



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Magisternivå

Kvinnans tillit till amning

En enkätstudie på BB och Eftervårdsmottagningen i Värmland

Breastfeeding and self-efficacy

A survey in Postnatal ward and Postnatal carecenter in Värmland

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Författare: Linnéa Scholder & Nina Stanizewski

Handledare: Magdalena Mattebo

Examinator: Kerstin Erlandsson

Ämne/huvudområde: Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Kurskod: VV3013

Poäng: 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 160127

Högskolan Dalarna

791 88 Falun

Sweden

Tel 023-77 80 00

SAMMANFATTNING

Amningsfrekvensen i Värmland sjunker och är låg jämfört med riket. En bidragande faktor till den sjunkande amningsfrekvensen är bristen på tillit till amning. Det är viktigt att kunna identifiera kvinnor med låg tillit till amning för att vända den sjunkande amningsfrekvensen och stärka kvinnan i rollen som moder.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors tillit till amning på Barnbördshuset (BB) och Eftervårdsmottagningen i Värmland. Med enkäten BSES-SF identifieras kvinnor med låg tillit till amning och kvinnor som behöver ett ökat amningsstöd efter förlossning.

Design/Metod: Studien utfördes med kvantitativ ansats. Data inhämtades från enkäten BSES-SF som besvarats av 70 kvinnor på BB och Eftervårdsmottagningen i Värmland. All data analyserades genom SPSS.

Resultat: De flesta kvinnor ansåg att det var mycket viktigt med en fungerande amning och när kvinnorna skattade amningens betydelse framkom ett medelvärde på 8,66 där 0=inte alls viktigt och 10=mycket viktigt. Kvinnor som ammat tidigare skattade sin upplevda amningserfarenhet som mycket god. Varje enskild fråga på BSES-SF jämfördes mellan kvinnorna som vårdats på BB och Eftervårdsmottagningen. Det framkom en skillnad på åtta frågor där kvinnorna på Eftervårdsmottagningen skattade en högre tillit till amning jämfört med kvinnorna på BB. Utifrån totalsumman på BSES-SF med ett poängintervall mellan 14-70, framkom det att tilliten till amning skattades högre hos kvinnorna på Eftervårdsmottagningen (M=56,54) än på BB (M=49,88).

Slutsats och klinisk tillämpbarhet: BSES-SF kan utifrån studiens resultat vara ett användbart verktyg, framförallt på BB där kvinnorna skattat en lägre tillit till amning. Förstföderskor och omföderskor som upplevt en komplicerad förlossning kan vara i behov av större insatser av amningsstöd. Studiens resultat kan medföra att barnmorskan blir extra uppmärksam på de kvinnor vars amning inte fungerar och där extra stöd behövs för att öka tilliten.

Nyckelord: Amning, BSES-SF, Tillit

ABSTRACT

Breastfeeding frequency in Värmland decreases and is low compared with the national average. A contributing factor to the decline in breastfeeding rates is the lack of confidence in breastfeeding. It is important to identify women with low confidence to reverse the decline in breastfeeding frequency and strengthen her in her role as a mother.

Objective: The aim of this study was to investigate breastfeeding and self-efficacy in the Postnatal ward and Postnatal carecenter in Värmland. Using BSES-SF survey, women with low confidence in breastfeeding and women who need an increased breastfeeding support after delivery were identified.

Design/Methods: The study was conducted with a quantitative approach. Data was collected from BSES-SF, answered by 70 women in Postnatal ward and Postnatal carecenter in Värmland. All data were analyzed by SPSS.

Results: Most women felt that it was very important to have a functioning breastfeeding and when the women estimated the importance of breastfeeding it showed a mean of 8.66, where 0 = not at all important and 10 = very important. Women who breastfed previously rated their perceived breastfeeding experience as very good. Every single question on BSES-SF was compared between women who were treated in Postnatal ward and Postnatal carecenter. It showed a difference in eight questions, the women on the Postnatal carecenter estimated a higher confidence in breastfeeding compared with women in the Postnatal ward. The total sum of BSES-SF with a score range between 14-70, showed that trust in lactation was estimated higher among women in the Postnatal carecenter (M = 56.54) than in the Postnatal ward (M = 49.88).

Conclusion and clinical applicability: Primiparas and women with prior deliveries who now experienced a complicated childbirth may need extra breastfeeding support. The result of the study may lead to extra attention from the midwife to those women whose breastfeeding does not work and where additional support is needed to increase confidence. Based on the study's result BSES-SF can be a useful tool, especially in the Postnatal ward where women estimated a lower confidence in breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, BSES-SF, Self-efficacy

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	0
BAKGRUND	1
Amningens historia	1
Hjälporganisationer	2
Amningens fysiologi	3
Fördelar med amning för barnet	3
Fördelar med amning för kvinnan	4
Kvinnans tillit till amning	4
Barnmorskans roll i amningen och den viktiga anknytningen	5
Att mäta tillit	6
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Urval	8
Datansamling och genomförande	9
Bortfall	9
Dataanalys	9
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
RESULTAT	11
Demografisk data -total population	11
BSES-SF -total population	12
Demografisk- och bakgrundsdata BB respektive Eftervårdsmottagning	16
Kvinnans tillit till sin förmåga att amma - jämförelse mellan BB och Eftervårdsmottagningen	19
DISKUSSION	31
Sammanfattning av huvudresultat	31
Resultatdiskussion	31
<i>Total population</i>	31
<i>Jämförelse BB/Eftervårdsmottagning</i>	32
Etikdiskussion	34
Metoddiskussion	34
<i>Reliabilitet och Validitet</i>	34

<i>Bortfall</i>	35
<i>Generaliserbarhet</i>	35
SLUTSATS	36
KLINISK IMPLIKATION	36
REFERENSLISTA	37
Bilaga 1	42
Bilaga 2	43
Bilaga 3	44

INLEDNING

Graviditet, förlossning och vården av ett nyfött barn är en del av vissa kvinnors livsmål där amning ofta är en del av kvinnans identitet när hon påbörjar sin resa in i moderskapet. I barnmorskans yrkeskompetens inom sexuell och reproduktiv hälsa ingår förmågan att identifiera och bedöma eventuella amningskomplikationer och att ge stöd och råd vid amning. Amning har positiva effekter på både mor och barn och bröstmjölken innehåller livsviktig näring som ett spädbarn behöver för att kunna utvecklas normalt. Varje kvinna kan fysiologiskt sett amma och för att kunna ge kvinnan de bästa förutsättningarna krävs rätt information om amning samt stöd både från personal och familj. Kvinnans tillit till amning varierar beroende på hur kvinnan handskats med tidigare utmaningar, hur amning i kvinnans omgivning sett ut samt hur kvinnan mår psykiskt och fysiskt. Kvinnans tillit till sin förmåga att amma är viktig då bristen på tillit är en stor bidragande faktor till att amningsfrekvensen går ner. Är BSES-SF ett lämpligt verktyg för att identifiera nyförlösta kvinnor med låg tillit till amning och ge dem det stöd de behöver för att vända den nedåtgående amningstrenden i Värmland?

BAKGRUND

Amningens historia

Före 1930-talet skedde förlossningarna i hemmet och amningskunskaperna gick ofta från kvinna till kvinna och från generation till generation. Människorna levde nära naturen och familjerna var ofta större. Hos stora delar av befolkningen ingick amningen som en naturlig del av livet och många kvinnor hade alltid någon i omgivningen som ammade. (Svensson, 2009). I början av 1930-talet började sjukhusförlossningar bli vanligare och det inrättades vårdrutiner för mor och barn (Amningshjälpen, 2015; Svensson, 2009). Vårdrutinerna innebar att de nyfödda barnen skulle vistas i barnsal på grund av påstådd infektionsrisk och där personalen övervakade barnen. Mamman kunde inte längre höra eller se sitt barn vilket bidrog till att amningen minskade. Under 1950- och 1960-talet startade marknadsföringen av modersmjölkersättning och uppfödning med flaska blev allt vanligare. Kvinnan behövde då inte känna sig bunden till barn och hem (Svensson, 2009). År 1970 nåddes en lägstanivå då 35 % av antalet barn amrades helt vid två månaders ålder, 20 % vid fyra månader och mindre än 10 % vid sex månader (Kylberg, Westlund & Zwedberg, 2014).

Hjälporganisationer

Med anledning av den nedåtgående amningstrenden bildades år 1973 *Amningshjälpen* som bidrog till att fler kvinnor åter började amma (Svensson, 2009). Amningshjälpen är en ideell organisation som riktar sig till blivande och nyblivna föräldrar samt vårdpersonal som planerar sjukvård eller arbetar med amningsfrågor i praktiken. Amningshjälpens idéer om att vara lyhörd för barnets rytm och att amma utan klocka var kontroversiella tankar i mitten av 1970-talet, eftersom de officiella rekommendationerna var rakt motsatta. Att amma på barnets villkor var inte accepterat (Amningshjälpen, 2015). Under 1980-talet kom ny kunskap om amning fram då man bland annat lärde sig att amningen kommer igång tidigare om mor och barn får vara tillsammans direkt efter förlossningen. Barnet sågs nu som en kompetent individ som skulle ammas efter det egna behovet (Svensson, 2009). Världshälsoorganisationen [WHO] tillsammans med United Nations International Children Emergency Fund [UNICEF] gick år 1991 ut med ett initiativ kallat Baby Friendly Hospitals Initiative [BFHI] (WHO, 2015b). BFHI bygger på *Tio steg som främjar amning* och var en global kampanj som motiverades av den nedåtgående amningstrenden och de medicinska, sociala och ekonomiska konsekvenser det förde med sig (WHO, 2015b; Gerhardsson et al., 2014). Det viktigaste arbetet i *Tio steg som främjar amning* är att försöka ändra hälso-och sjukvårdspersonalens inställning till amning i hela världen, detta för att mödrar ska få ett aktivt stöd i sin amning.

Tio steg som främjar amning

1. Följa ett handlingsprogram för amning som all personal är medveten om.
2. Ha de kunskaper och färdigheter som behövs för att följa handlingsprogrammet.
3. Informera alla blivande mammor/föräldrar om fördelarna med att amma och hur man kommer igång med och upprätthålla amningen.
4. Låta barnet så snart som möjligt efter förlossningen ligga hud mot hud hos mamman under en till två timmar. Se till att barnet har fria luftvägar och mår bra. Uppmuntra mamman/föräldrarna att lägga märke till när barnet är redo att bli ammat och erbjuda hjälp om det behövs.
5. Visa mammorna hur de kan amma och hålla igång mjölkproduktionen, även om de måste vara åtskilda från sina barn.
6. Inte ge nyfödda barn annan föda än bröstmjolk, såvida det inte är medicinskt motiverat.

7. Ha samvård, det vill säga låt mammor/föräldrar och nyfödda barn vara tillsammans dygnet runt.
8. Uppmuntra mamman att amma så ofta barnet vill.
9. Informera mammor/föräldrar om att de vid amningsproblem kan undvika att ge barnet sug- och dinapp under första en till två levnadsveckorna för att underlätta att amningen ska komma igång.
10. Uppmuntra att det bildas stödgrupper för amning. Informera mammor/föräldrar när de skrivs ut från sjukhuset om möjligheten att få stöd och hjälp vid amningsmottagningar och BVC (Socialstyrelsen, 2014b).

I bakgrunden finns Förenta Nationernas [FN] barnkonvention som bland annat säger att barn har rätt till en adekvat uppfödning som innefattar amning och ett omhändertagande som karakteriseras av värme och omtanke (FN, 2015). År 1996 hade nästan alla förlossnings- och BB avdelningar i landet blivit utnämnda till amningsvänliga sjukhus vilket medförde en avsevärd förbättring av amningsrutiner på förlossnings- och BB avdelningar (Kylberg et al., 2014).

Amningens fysiologi

Redan under tidig graviditet sker en betydande förändring i bröstet med påverkan av hormoner för att kunna börja producera mjölk till det nyfödda barnet. I samband med förlossningen sätts mjölkproduktionen igång och bidrar till utdrivning av den bildande mjölken. Mjölkproduktionen kommer oftast igång snabbare om amningen startar direkt efter förlossningen. Under de kommande två dyggen efter förlossningen kan bröstvävnadens elasticitet tillåta att mjölken fortsätter att samlas. Efter två dygn sker en minskning av mjölkproduktionen om bröstet inte töms. Barnets sugande på bröstet är nödvändigt för att amningen ska fungera (Kylberg et al., 2014).

Fördelar med amning för barnet

Amning är det vanligaste sättet att ge spädbarn den näring de behöver för att kunna växa och utvecklas optimalt. Kolostrum är den gula mjölken som produceras i slutet av graviditeten och är den mest optimala näringen för ett nyfött barn (WHO, 2015a). Bröstmjölken innehåller viktiga ämnen som stärker immunförsvaret hos barnet och kan minska risken för infektioner, diarré, astma, öroninflammation, plötslig spädbarnsdöd, insulinbehandlad diabetes och som

gynnar den kognitiva utvecklingen (Dennis, 2001; Socialstyrelsen, 2014a). Bröstmjolk skyddar även på längre sikt mot bland annat övervikt och diabetes i vuxen ålder (Socialstyrelsen, 2014a). WHO rekommenderar helamning för alla barn i minst sex månader, bröstmjölken och D-vitamintillskott tillsammans räcker som enda näringskälla för de flesta barn under de sex första månaderna (Socialstyrelsen, 2014a). Därefter rekommenderas fortsatt amning tillsammans med lämpligt komplement upp till två år eller så länge mor och barn vill (WHO, 2015a).

Fördelar med amning för kvinnan

Amning har inte bara positiva effekter på barnet, det har även stora fördelar för mamman. Bland annat minskar risken för blödning efter förlossningen, diabetes typ 2, bröstcancer och ovarialcancer (Dennis, 2001; Labbok, 2008). Helammas barnet vid fjärde till sjätte månaden påverkar detta kvinnans viktnedgång jämfört med delamning under samma period. Dessa effekter är viktiga för kvinnan för att inte få problem med övervikt efter graviditeten (Svensson, 2009). Fysiologiskt sett kan alla kvinnor amma. För att få de bästa förutsättningarna bör kvinnan få rätt information om amning och få stöd från familj, sjukvård och samhälle (Socialstyrelsen, 2015).

Kvinnans tillit till amning

“Self-efficacy” är det engelska begreppet för tillit. Tillit definieras som en individs upplevda förmåga att planera och utföra en specifik uppgift. Det är mer sannolikt att en individ med hög tillit till sig själv lyckas utföra den planerade uppgiften för att därefter nå ett önskat resultat (Meedya, S., Fahy, K., & Kable, K, A. 2010; Kingston, Dennis & Sword, 2007; Meedya, S., Fahy, K., Parratt, J., & Yoxall, J. 2015). Tilliten till amning påverkas av hur kvinnan handskats med tidigare utmaningar, om kvinnan har erfarenhet av andra kvinnor som ammat i sin omgivning, om kvinnan får stöd och uppmuntran från omgivningen och hur kvinnan mår psykiskt. Trötthet, stress, smärta och oro påverkar tilliten till amning negativt (Kingston et al., 2007; Kylberg et al., 2014; Meedya et al., 2015). Om kvinnan har haft låg tillit till sig själv innan graviditeten kommer det påverka och underminera hennes sätt att handskas med kommande svårigheter. Därför är det viktigt att kvinnan får tydlig information om den psykologiska omställningen en förlossning och amning innebär. Ett exempel är att om kvinnan är medveten om att trötthet är normalt efter förlossningen så kommer tröttheten inte att påverka

hennes tillit till amning (Meedya et al., 2015). Under många år skulle kvinnor amma sina barn enligt strikta scheman vilket gjorde att amningen för många blev besvärlig och svår att genomföra. Eftersom schemamatning framställdes som det rätta för alla barn drogs slutsatsen att det var kvinnorna och deras bröst det var fel på, inte schemamatningen. Kvinnornas självförtroende och tilltron till deras egna kroppar sänktes hos generationer av kvinnor och synen på att amning är svårt har lett till en osäkerhet som fortfarande lever kvar (Kylberg et al., 2014). Tillit till amning är också avgörande för hur länge kvinnan kommer amma och det är nödvändigt med tillit för att kvinnan ska amma en längre tid (Meedya et al., 2015). Under lång tid har dock kvinnor i vårt samhälle saknat den tilltron till den egna förmågan. Råd från hälso- och sjukvård är viktiga men de kan aldrig ersätta den självtillit och styrka kvinnor får genom ordentliga kunskaper och starkt stöd från andra kvinnor. ”Amningskriser” är vanliga under den första perioden av amningen men det rör sig ofta om ganska lätt avhjälpbara problem, om bara hjälpen kommer snabbt nog eller om kvinnan själv har beredskapen. Många av problemen skulle inte behöva bli ett problem om kvinnan tror på sin kropps förmåga och är beredd på att amningen inte alltid fungerar friktionsfritt (Kylberg et al., 2014). De flesta kvinnor med låg tillit till sin förmåga att amma avslutar sin amning tidigare än planerat jämfört med kvinnor med hög tillit. Kvinnor med hög tillit till amning är mer benägna att tänka positivt, hitta lösningar och överkomma hinder för att kunna fortsätta amma (Meedya et al., 2015).

Barnmorskans roll i amningen och den viktiga anknytningen

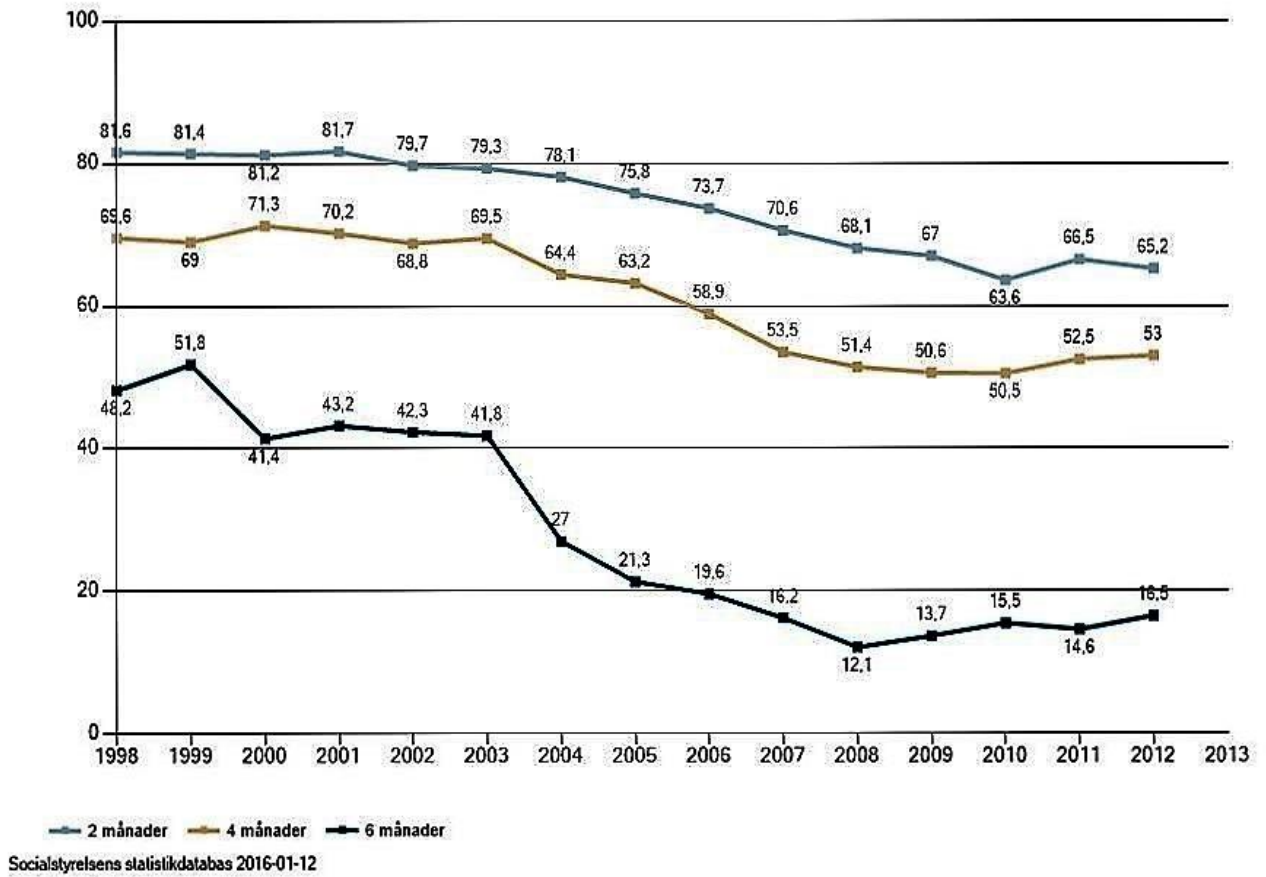
Får barnet komma upp på kvinnans bröst direkt efter förlossningen startar en rad beteenden hos barnet med syfte att förbereda sig själv och mamman för amning. Denna hud-mot-hud kontakt bidrar till att det viktiga samspelet mellan mor och barn tar sin början enligt anknytningsteorin (Ekström, Widström & Nissen, 2002). Anknytningsteorin handlar om den process som resulterar i att ett känslomässigt band uppstår mellan barnet och dess närmaste vårdare (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2008). Om ett barn börjar amma inom den första timman efter förlossningen finns en signifikant större chans att längden på barnets både hel-och delamning ökar. Kan barnmorskan 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). Hur amningsstarten börjar på förlossningen och sedan fortskrider under de första dagarna har stor betydelse för det fortsatta amningsförloppet. Personalens kunskaper, förmåga att lyssna och förståelse samt deras attityder till amning kan spela stor roll för den

nyblivna mamman och hennes möjligheter att utföra amningen. Det är viktigt att barnmorskan ser till kvinnan och barnets behov och kan ge ett professionellt stöd i amning vilket kan stärka kvinnans inställning till amning (Bäckström, Wahn & Ekström, 2010, Kylberg et al., 2014). De första dagarna efter förlossningen är viktiga för hur samspelet mellan mor och barn kommer att fungera. Det är nu mamma och barn lär känna varandra och mamman lär sig tolka barnets signaler. Personalen ska dela med sig av sina kunskaper om amning då den har en central plats i omvårdnaden kring mamma och barn. Många kvinnor behöver få bekräftelse på att deras bröst går att amma med (Kylberg et al., 2014).

Att mäta tillit

Att mäta tilliten till amning har vid tidigare studier varit svårt då det inte funnits bra mätinstrument, därför utformades en skala, Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form [BSES-SF] för att lättare kunna identifiera kvinnor med låg tillit (Kingston et al., 2007). Skalan är baserad på Banduras teori om "Self-efficacy" (Meedya et al., 2015; Gerhardsson et al., 2014). BSES-SF har visat sig vara ett värdefullt instrument för att identifiera när amningsstöd behövs under den postnatala perioden och har översatts till en rad olika språk (Gerhardsson et al., 2014). En tidigare studie visar att det finns brister i samarbetet och i kontinuiteten av amningsstödet i hela vårdkedjan inom landstinget i Värmland. Det har även framkommit att det finns ett behov för gemensamma åtgärder och strategier i öppen- och slutenvården för att kunna förbättra samarbete, kommunikation samt tillgängligheten av amningsstöd (Fransson & Westin, 2015). Även om amningsfrekvensen i Sverige är hög jämfört med andra västerländska länder har siffrorna sjunkit de senaste åren (Gerhardsson et al., 2014). Idag ammas 66% av antalet barn helt vid två månaders ålder jämfört med 90% 1998, 53% vid fyra månaders ålder jämfört med 69% 1998 och 15% vid sex månaders ålder jämfört med 39% 1998. Även amningsfrekvensen i Värmland visar på lägre siffror än tidigare (Socialstyrelsen, 2015).

Amningsstatistik, Procent, Enbart ammade barn, Värmlands län



(Socialstyrelsen, 2015).

PROBLEMFORMULERING

I Värmland är andelen ammande kvinnor låg jämfört med riket och amningsfrekvensen fortsätter att sjunka. En ökad amningsförekomst leder till flera hälsovinster för både kvinnan och barnet. Amningen har också medicinska, sociala och ekonomiska fördelar. Bristen på tillit till amning är en stor bidragande faktor till att amningsfrekvensen går ner. Kvinnans tillit till sin förmåga att amma är viktig för att vända den sjunkande amningsfrekvensen. Det är därför viktigt att identifiera kvinnors tillit till amning.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors tillit till amning på BB och Eftervårdsmottagningen i Värmland. Med enkäten BSES-SF identifieras kvinnor med låg tillit till amning och kvinnor som behöver ett ökat amningsstöd efter förlossning.

METOD

Design

För att genomföra studien valde författarna en kvantitativ ansats. En kvantitativ studie ska kunna utföras flera gånger och då ska samma resultat erhållas vid varje tillfälle. I den kvantitativa ansatsen är forskaren objektiv och håller distans till studieobjektet för att undvika att förutfattade meningar påverkar resultatet så långt det är möjligt. I en studie med kvantitativ ansats är data numerisk och resultatredovisning presenteras i form av statistiska beräkningar med hjälp av tabeller och figurer med förklarande text. Författarna har studerat alla variabler vid ett och samma tillfälle, vilket innebär att studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval

När enkäten delades ut använde författarna ett slumpmässigt urval som betyder att varje individ i den grupp författarna vill undersöka har samma möjligheter att bli utvald. Att använda sig av ett slumpmässigt urval bidrar till att resultatet kan generaliseras till en större population (Forsberg & Wengström, 2003). Inklusionskriterier var kvinnor som vårdats på BB och Eftervårdsmottagningen i Värmlands läns landsting och som avsåg att amma. Exklusionskriterier var icke svensktalande kvinnor och kvinnor vars barn som vårdats på

neonatalavdelning. Av de barn som föddes skrevs 16 stycken in på neonatalavdelning och har därför inte inkluderats i enkätundersökningen.

Datainsamling och genomförande

Mätinstrumentet BSES-SF har använts i enkätundersökningen för att mäta kvinnans tillit till sin förmåga att amma. BSES-SF är en validerad svensk översättning av ett amerikanskt mätinstrument som består av 14 påståenden som mödrar besvarar utifrån en femgradig skala där 1=litar inte alls på min förmåga och 5=litar helt på min förmåga. För att producera ett intervall summeras poängen från 14-70 där de högre nivåerna indikerar högre tillit till förmågan att amma (Gerhardsson et al., 2014). Tillsammans med BSES-SF delades ett informationsbrev ut som innehöll information om vad studien innebar och varför studien genomfördes samt en enkät med bakgrundsfrågor om kvinnan och barnet. Enkäten delades ut av barnmorskor på respektive enhet. Barnmorskorna fick muntlig och skriftlig information om vad studien och enkäten innebar. Kvinnorna erhöll BSES-SF enkäten vid samma tillfälle som Fenylketonuri-provet [PKU] togs då barnet var 48 timmar gammalt. Ingen påminnelse om att fylla i enkäten delades ut. Enkäterna delades ut under perioden 9-23/11 och totalt antal utdelade enkäter var okänt. Vid planerad insamling var inte antalet enkäter tillräckligt och författarna tog beslutet att förlänga datainsamlingstiden med två veckor. Slutgiltig insamlingstid blev 9/11-6/12. Under perioden som enkäten delades ut förlöstes 203 kvinnor. Totalt samlades 70 stycken ifyllda enkäter in.

Bortfall

Bortfallet beräknades till 117 kvinnor utifrån antalet förlösta under insamlingsperioden. Bortfallet kan ha påverkats av de kvinnor som inte önskat amma, kvinnor som ej velat delta i studien och kvinnor som ej erhållit enkäten.

Dataanalys

För att genomföra studien analyserades resultatet med hjälp av Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] IBM version 23 som är ett dataprogram för statistisk analys (Forsberg & Wengström, 2013). I SPSS använde sig författarna av beskrivande statistik där det statistiska programmet räknade ut centralmått och spridningsmått. I den analytiska statistiken testades grupperna BB och Eftervårdsmottagningen mot varandra genom Mann Whitney U-test är ett icke parametriskt test som jämförde medelvärdet mellan de två grupperna. Därefter räknades

p-värdet ut som står för den statistiska signifikanta skillnaden mellan grupperna. Är p-värdet under 0,05% ses det som signifikant (Wahlgren, 2012; Institutionen för folkhälso-och vårdvetenskap, 2013). Materialet bestod av bakgrundsfrågor och enkätsvar som bearbetades och granskades av båda författarna. Enkäterna bearbetades och granskades en åt gången och statistiken fördes in i SPSS. En sammanställning av insamlad data kunde sedan färdigställas och presenteras i form av tabeller, figurer och histogram. Figurer och histogram ger ett helhetsintryck av hela materialets utseende, medan tabeller ger ett direkt och exakt resultat (Olsson & Sörensen, 2007).

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Inom de forskningsetiska principerna finns det fyra stycken huvudkrav som forskaren måste ta hänsyn till. *Informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. De barnmorskor som lämnade ut enkäten gav muntlig information och skriftlig information till deltagaren om vad studien och enkäten innebar, detta enligt *informationskravet*. Enligt *samtyckeskravet* informerades deltagaren om att de själva hade rätt att bestämma över sin medverkan och att en ifylld enkät räknades som informerat samtycke. I enlighet med *konfidentialitetskravet* var enkäten helt anonym och kodades. Kodade uppgifter lagrades på IT-server vid Högskolan Dalarna som garanterar integritet avseende datasekretess. Alla skriftliga uppgifter förvarades inlåsta och behandlades under sekretess samt arkiverades vid Högskolan Dalarna i 10 år, varefter allt material destrueras enligt Högskolans rutiner. Alla kvinnor informerades om att deltagandet inte hade någon betydelse för fortsatt vård och att insamlad information enbart användes i ändamål för forskning enligt *nyttjandekravet*. Deltagaren lade själv sin ifyllda enkät i förseglad låda som sedan samlades in av författarna (Vetenskapsrådet, 2002). Författarna har tagit del av lagen om upphovsrätt. Upphovsrätten är en laglig rätt som ägs av den som ursprungligen skapade verket. Författarna har inte fuskat, plagierat eller förfalskat material (Justitiedepartementet, 1960). Författarna har fyllt i blanketten för ”*etisk egengranskning*”. Alla frågor har besvarats *nej* och författarna har därför tagit ställning till att inget etiskt godkännande från Forskningsetiska nämnden behövde inhämtas (Högskolan Dalarna, 2015).

RESULTAT

Demografisk data -total population

Totalt samlade författarna in 70 enkäter. Av studiens deltagare vårdades 33 kvinnor på BB och 37 vårdades på Eftervårdsmottagningen. Medelåldern bland kvinnorna som deltog i studien var ca 30 år (29,94) och rangen var mellan 20-44 år. Den största andelen var omföderskor som bestod av 63% och 93% av dem hade erfarenhet av amning sedan tidigare. Samtliga barn föddes i fullgången tid. Majoriteten av förlossningarna avslutades vaginalt och resterande 16 % innefattade komplicerade förlossningar med sugklocka, akut- eller elektivt sectio. Av samtliga barn fick 32 % bröstmjölksersättning. Alla deltagare var sammanboende med partner. De flesta kvinnor som hade erfarenhet av amning sedan tidigare skattade den mycket högt och för många var det mycket viktigt med en fungerande amning. Se tabell 1.

Tabell 1. Bakgrundsdata för total population

Bakgrundsdata	Minimum	Maximum	Medelvärde	Standardavvikelse
Upplevda amningserfarenheter (n=40) (0=inte bra) (10=mycket bra)	0	10	7,98	2,896
Hur viktig är amningen för dig personligen? (N=70) (0=inte alls viktigt) (10=mycket viktigt)	3	10	8,66	1,693

BSES-SF -total population

Medelvärden på frågorna i enkäterna från BB och Eftervårdsmottagningen gav ett jämt resultat och varierade mellan cirka 3,4-4,2. Frågan i BSES-SF som visade det lägsta medelvärdet var kvinnans tillit till sin förmåga att avgöra om hennes barn får tillräckligt med mjölk. På frågorna som visade det högsta medelvärdet svarade kvinnorna att de alltid kan komma fram till att de vill fortsätta amma samt att de kan hantera det faktum att amning kan ta mycket tid. Se tabell 2.

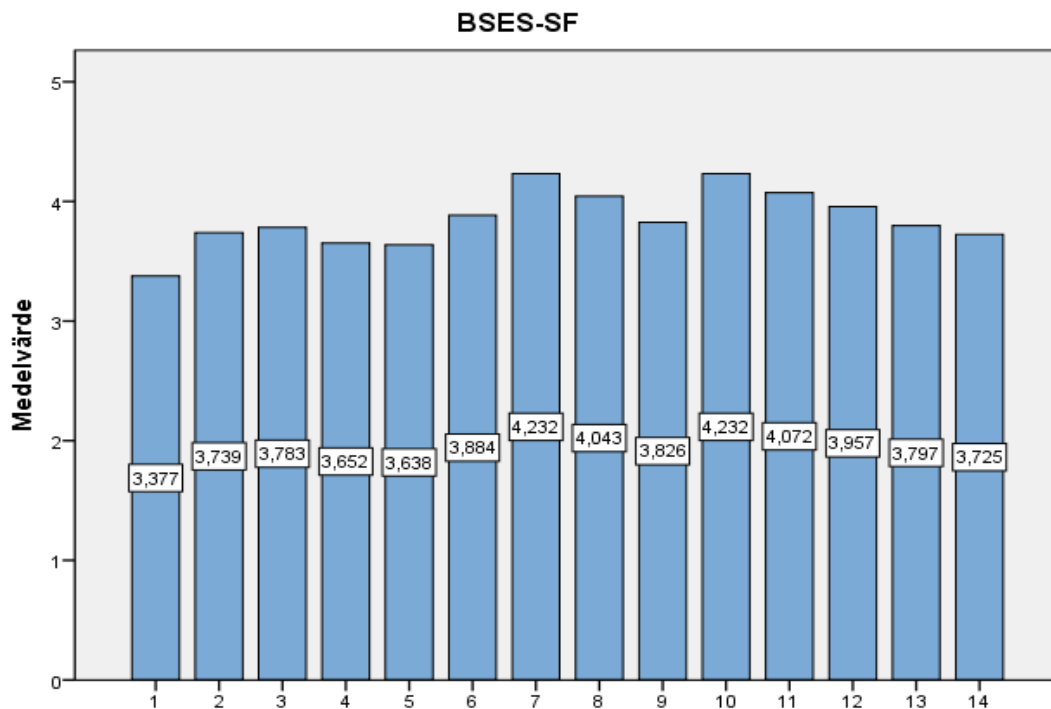
Tabell 2. Beskrivande statistik på BSES-SF för total population

BSES-SF enkätfrågor	Medel- värde	Standard- avvikelse	Min	Max
1.Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk (N=70)	3,377	1,034	1	5
2.Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar (N=70)	3,739	1,081	1	5
3.Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölk ersättning som tillägg (n=69)	3,783	1,305	1	5
4.Jag kan alltid se till att mitt barn har bra tag under hela amningen (N=70)	3,652	1,104	1	5
5.Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredsställande sätt (n=69)	3,638	1,111	1	5
6.Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter (n=69)	3,884	1,022	1	5
7.Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma (N=70)	4,232	0,981	1	5
8.Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande (N=70)	4,043	1,186	1	5
9.Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse (n=69)	3,826	1,057	1	5

10.Jag kan alltid hantera det faktum att amning kan ta mycket tid (N=70)	4,232	0,797	2	5
11.Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst (n=69)	4,072	0,929	2	5
12.Jag kan alltid fortsätta amma mitt barn vid varje amningstillfälle (n=69)	3,957	1,049	1	5
13.Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov (n=69)	3,797	1,183	1	5
14.Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart (n=69)	3,725	1,097	1	5

Medelvärdet på samtliga enkätsvar från BB och Eftervårdsmottagningen visas nedan. Se figur 1a.

Figur 1a. Tillit till din förmåga att amma -total population



- 1: Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk
- 2: Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar
- 3: Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölksersättning som tillägg
- 4: Jag kan alltid se till att mitt barn har ett bra tag under hela amningen
- 5: Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredsställande sätt
- 6: Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter
- 7: Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma
- 8: Jag kan alltid känna mig bekväm, med att amma med andra familjemedlemmar närvarande
- 9: Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse
- 10: Jag kan alltid hantera det faktum att amning kan ta mycket tid
- 11: Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst
- 12: Jag kan alltid fortsätta att amma mitt barn vid varje amningstillfälle
- 13: Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov
- 14: Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart

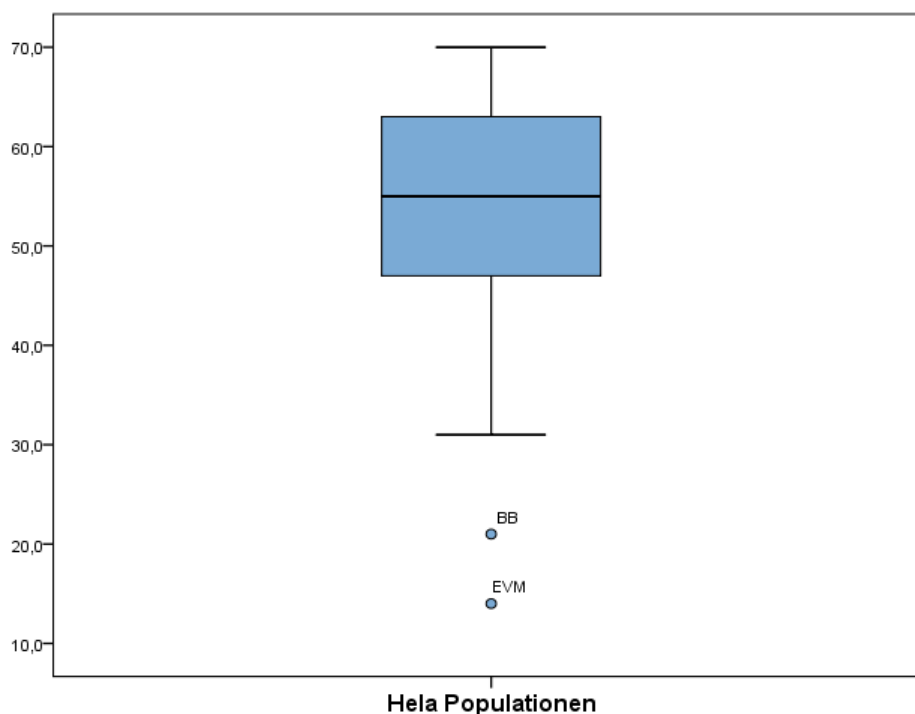
Tabell 3. Beskrivande statistik för totalpoäng på BSES-SF -hela populationen

BB och EVM*		Medelvärde, SD
Totalsumma	(N=70)	M=53,40 SD=12,37

*EVM = Eftervårdsmottagning

Här visas medelvärdet på totala populationen och utöver det spridningen på svaren utifrån medelvärdet. Det finns två markeringar utplacerade för BB och Eftervårdsmottagningen som står för den lägsta summan för enskild enkät. Se figur 1b.

Figur 1b. Totalpoäng på BSES-SF -total population.



Demografisk- och bakgrundsdata BB respektive Eftervårdsmottagning

I tabell 4 presenteras egenskaperna hos den undersökta populationen i respektive grupp. Datan jämfördes mellan grupperna och ett framräknat *p*-värde, som anger om det fanns en skillnad mellan grupperna presenteras. Resultatet visade att ingen skillnad mellan grupperna fanns vad gäller kvinnans ålder ($p=0,206$), civilstånd ($p=1,0$), paritet ($p=0,105$), tidigare amningserfarenheter ($p=0,807$) och hur viktig amningen är för kvinnorna ($p=0,290$). Däremot sågs en skillnad mellan grupperna avseende förlossningssätt ($p<0,001$), om barnet erhållit ersättning ($p<0,001$) och om mamman ammat tidigare eller ej ($p=0,026$). (Se tabell 4 på nästa sida).

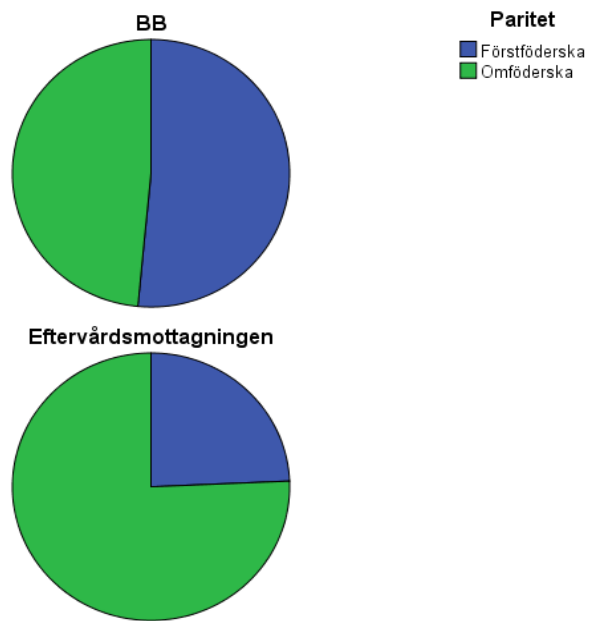
Tabell 4. Demografisk- och bakgrundsdata BB respektive Eftervårdsmottagning

Demografisk data	Vårdats på BB (n=33)	Vårdats på EVM* (n=37)	BB vs EVM* <i>p</i> -värde
Kvinnans ålder (År) Medelvärde SD	(n=33) M=29,18 SD=5,096	(n=37) M=30,62 SD=5,833	0,206
Civilstånd Gift/Sammanboende	(n=33) 33	(n=37) 37	1,000
Paritet Förstföderska Omföderska	(n=33) 17 16	(n=37) 9 28	0,105
Ammat tidigare Ja Nej	(n=33) 13 20	(n=37) 28 9	0,026
Upplevda amningserfarenheter (0=Inte bra) (10=Mycket bra) Medelvärde SD	(n=13) M=8,38 SD=2,599	(n=27) M=7,78 SD=3,055	0,807
Hur viktig amningen är (0=Inte alls viktig) (10=Mycket viktig) Medelvärde SD	(n=33) M=8,27 SD=2,050	(n=37) M=9,00 SD=1,225	0,290
Förlossningssätt PN VE Sectio	(n=33) 22 4 7	(n=37) 36 0 1	<0,001
Ersättning Ja Nej	(n=31) 18 13	(n=35) 3 32	<0,001

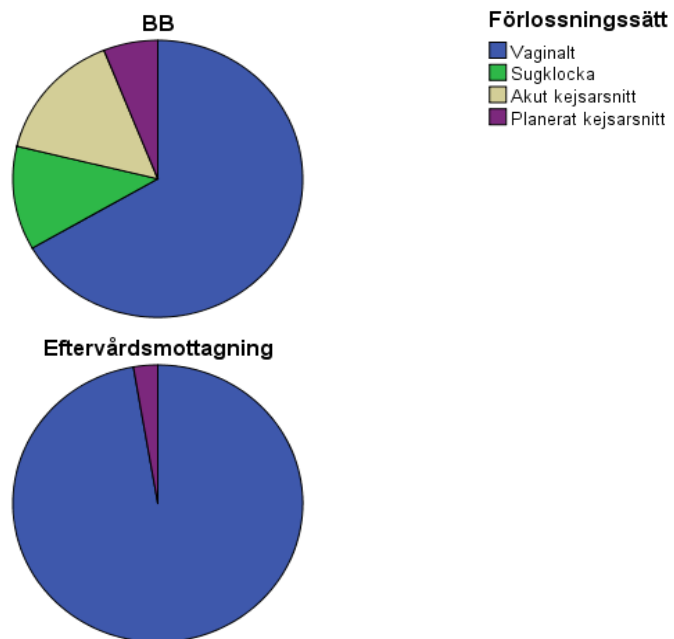
*EVM = Eftervårdsmottagning

Nedan förtydligas bakgrundsdata för: Paritet, förlossningssätt och bröstmjölksersättning. Se figur 1c-1e.

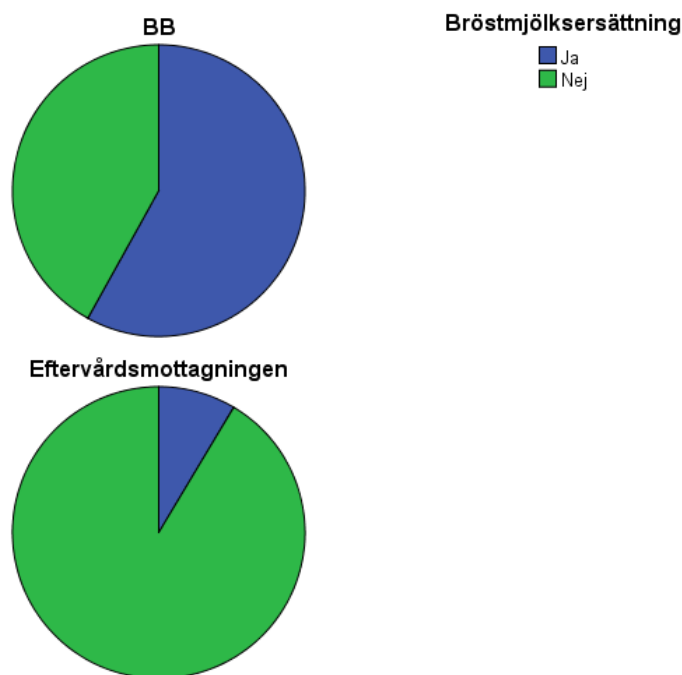
Figur 1c.



Figur 1d.



Figur 1e.



Kvinnans tillit till sin förmåga att amma - jämförelse mellan BB och Eftervårdsmottagningen

Svaren på varje enskild fråga på BSES-SF skalan har jämförts mellan kvinnorna som vårdats på BB och Eftervårdsmottagningen. Det framkom en skillnad på åtta frågor. På de åtta frågorna skattade kvinnorna på Eftervårdsmottagningen högre tillit till amning jämfört med kvinnorna på BB. Dessa åtta frågor berörde kvinnans upplevda förmåga att klara att amma lika bra som andra utmaningar ($p=0,023$), att amma utan att ge bröstmjölsersättning som tillägg ($p<0,001$), att klara av amningen på ett tillfredsställande sätt ($p=0,034$), att känna sig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande ($p=0,020$), att känna sig nöjd med amningsupplevelsen ($p=0,020$), att fortsätta amma vid varje amningstillfälle ($p=0,011$), att fylla barnets amningsbehov ($p=0,007$) och att avgöra när barnet ammat klart ($p<0,001$). Se tabell 5.

Tabell 5. Beskrivande statistik. Jämförelse mellan BB och Eftervårdsmottagningen på varje enskild fråga på BSES-SF utfört med Mann Whitney U-test.

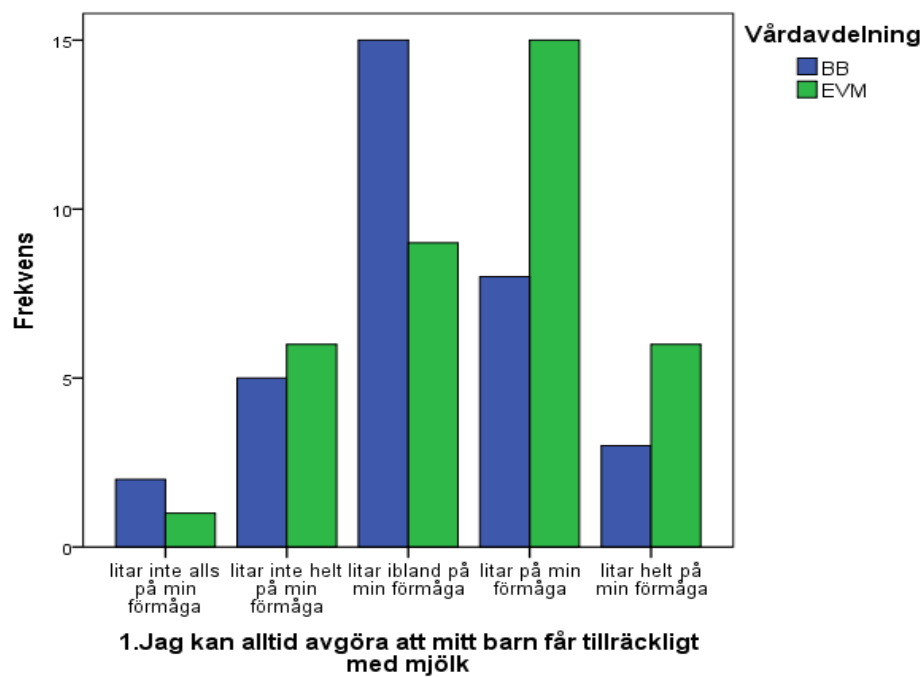
Enkätfrågor	Vårdats på BB/EVM*	Medelvärde, SD	BB vs. EVM* <i>p</i> -värde
1.Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk	BB (n=33)	M=3,15 SD=1,004	0,119
	EVM* (n=37)	M=3,58 SD=0,976	
2.Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar	BB (n=33)	M=3,39 SD=1,116	0,023
	EVM* (n=37)	M=4,06 SD=0,860	
3.Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölksersättning som tillägg	BB (n=33)	M=3,18 SD=1,380	<0,001
	EVM* (n=36)	M=4,33 SD=0,956	
4.Jag kan alltid se till att mitt barn har bra tag under hela amningen	BB (n=33)	M=3,42 SD=1,251	0,180
	EVM* (n=37)	M=3,86 SD=0,931	
5.Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredsställande sätt	BB (n=33)	M=3,33 SD=1,242	0,034
	EVM* (n=36)	M=3,92 SD=0,906	
6.Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter	BB (n=33)	M=3,64 SD=1,141	0,054
	EVM* (n=36)	M=4,11 SD=0,854	
7.Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma	BB (n=33)	M=4,09 SD=1,128	0,445

	EVM* (n=37)	M=4,36 SD=0,833	
8.Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande	BB (n=33)	M=3,67 SD=1,267	0,020
	EVM* (n=37)	M=4,39 SD=0,964	
9.Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse	BB (n=33)	M=3,52 SD=1,149	0,020
	EVM* (n=36)	M=4,11 SD=0,887	
10.Jag kan alltid hantera det faktum att amning kan ta mycket tid	BB (n=33)	M=4,30 SD=0,810	0,314
	EVM* (n=37)	M=4,17 SD=0,775	
11.Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst	BB (n=33)	M=4,00 SD=1,031	0,584
	EVM* (n=36)	M=4,14 SD=0,833	
12.Jag kan alltid fortsätta amma mitt barn vid varje amningstillfälle	BB (n=33)	M=3,64 SD=1,141	0,011
	EVM* (n=36)	M=4,25 SD=0,874	
13.Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov	BB (n=33)	M=3,36 SD=1,365	0,007
	EVM* (n=36)	M=4,19 SD=0,822	
14.Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart	BB (n=33)	M=3,21 SD=1,166	<0,001
	EVM* (n=36)	M=4,19 SD=0,786	

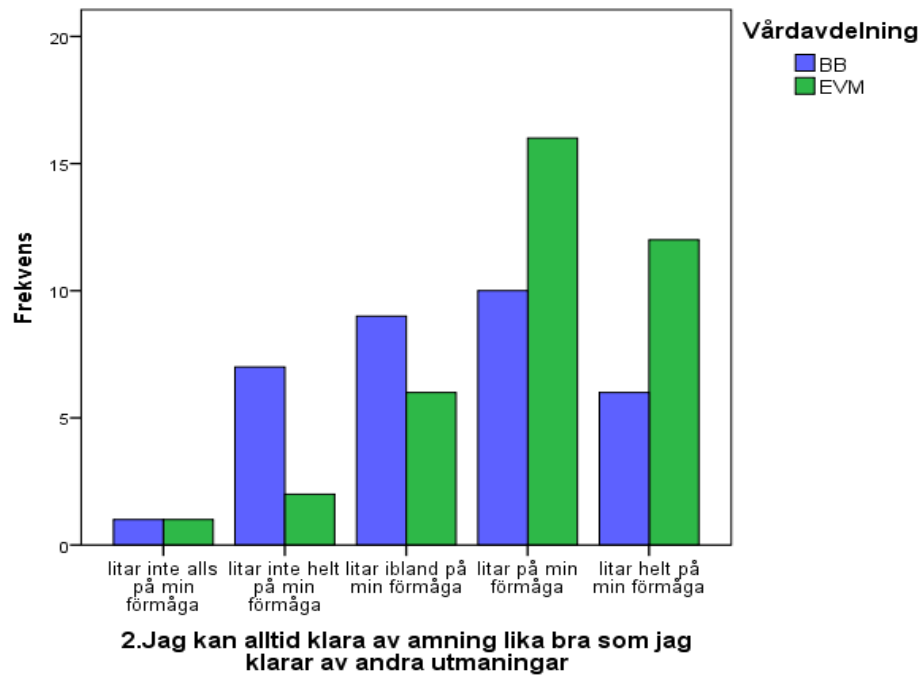
*EVM = Eftervårdsmottagning

Resultatet på BSES-SF frågorna för BB och Eftervårdsmottagningen visas i separata staplar för att lättare kunna utläsa skillnaderna mellan de olika enheterna. Kvinnor som vårdats på Eftervårdsmottagningen hade i mindre utsträckning än kvinnor som vårdats på BB svarat *litar inte alls på min förmåga*. På de frågor där det fanns en signifikant skillnad är figurerna markerade med *. Se figur 1f-14.

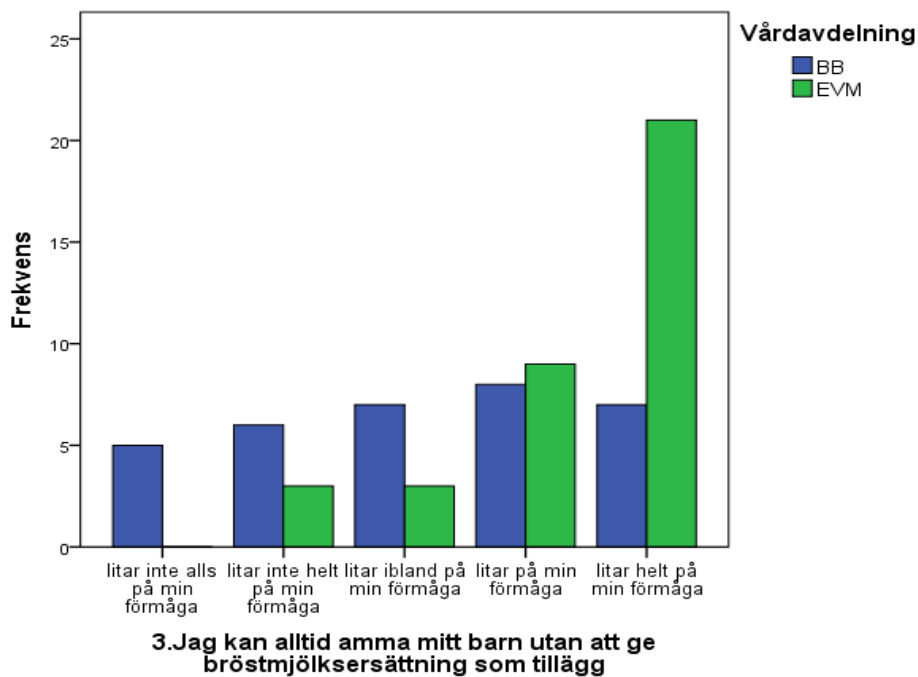
Figur 1f.



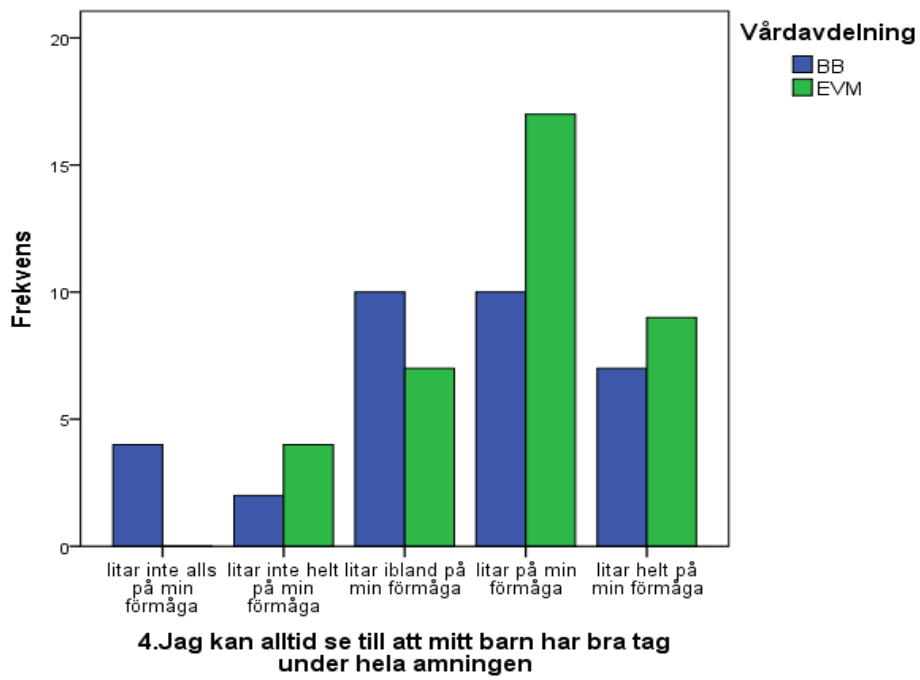
Figur 2.*



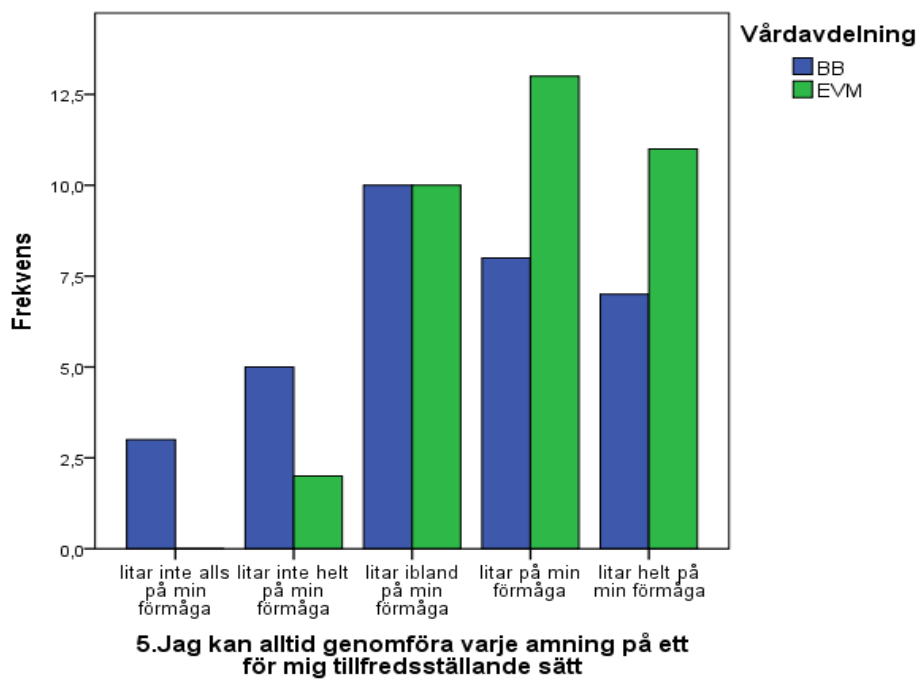
Figur 3.*



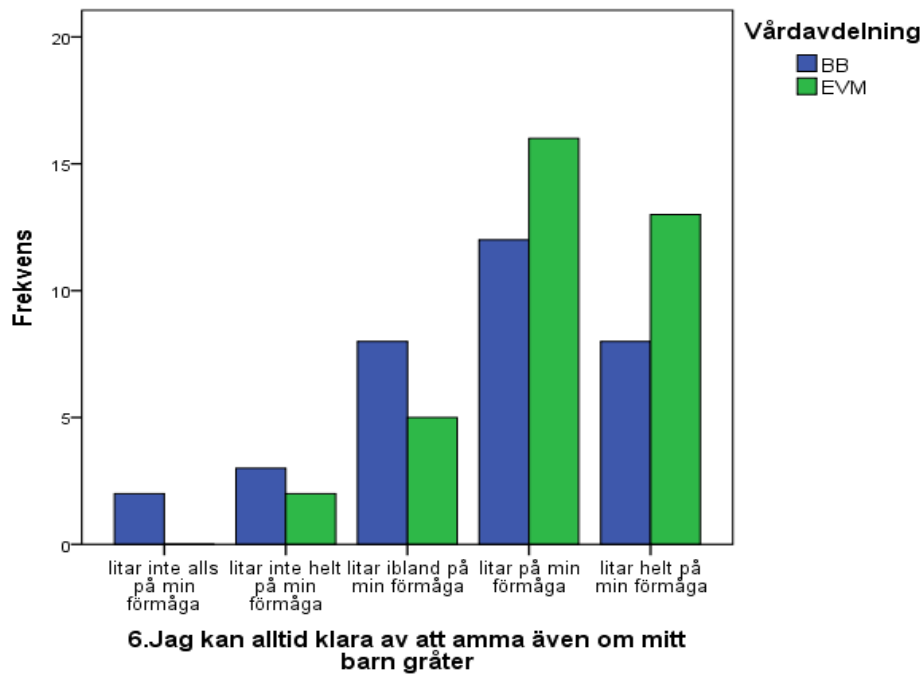
Figur 4.



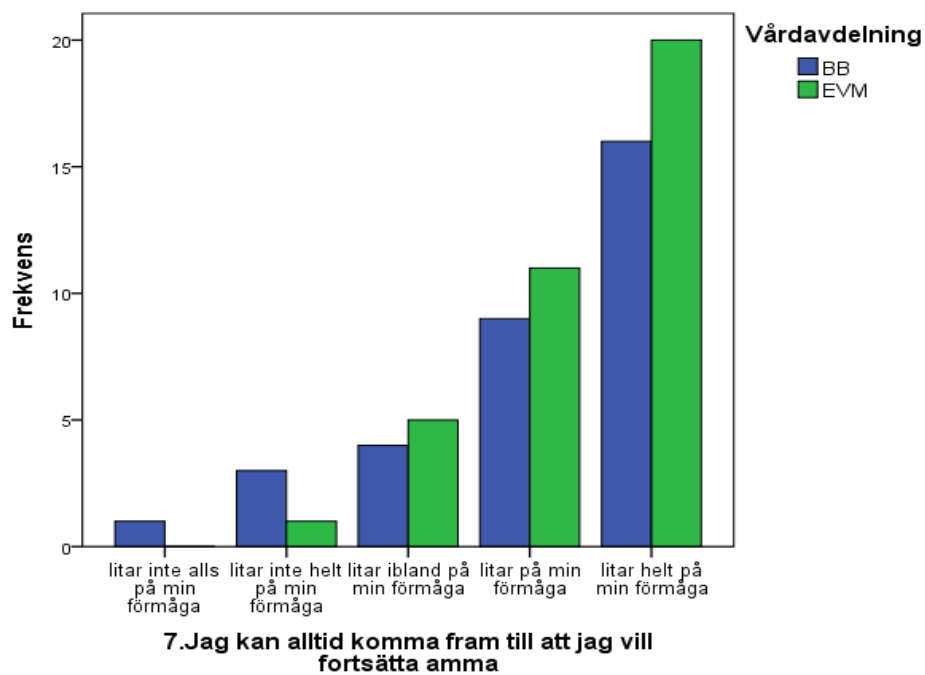
Figur 5.*



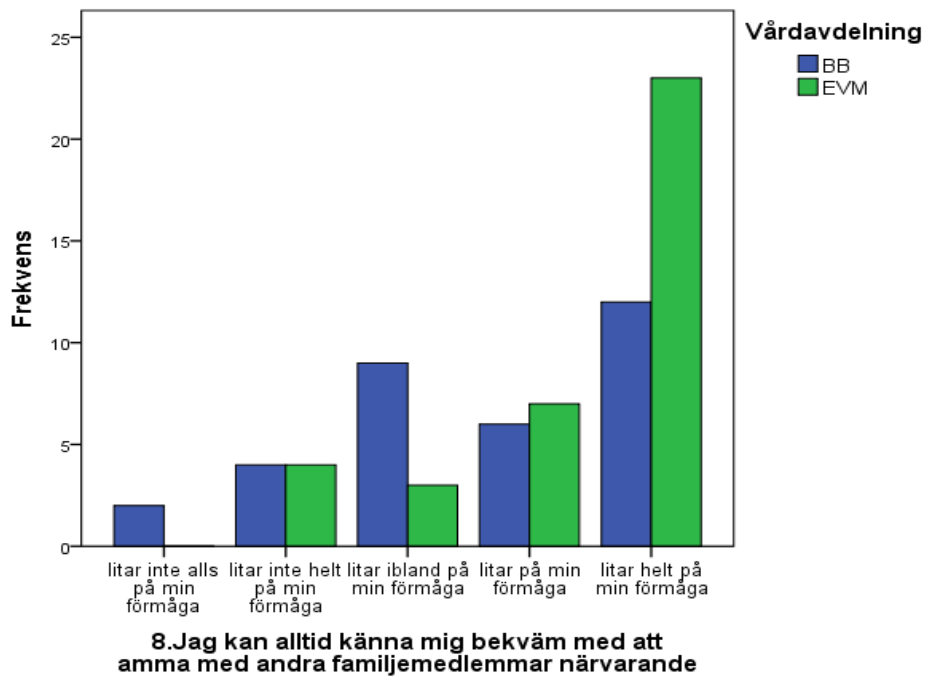
Figur 6.



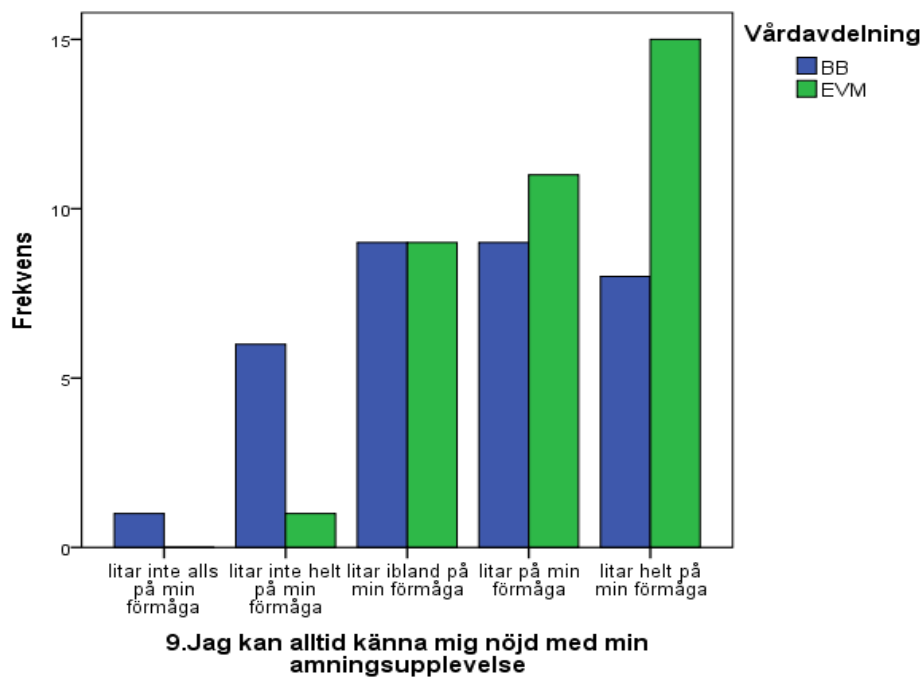
Figur 7.



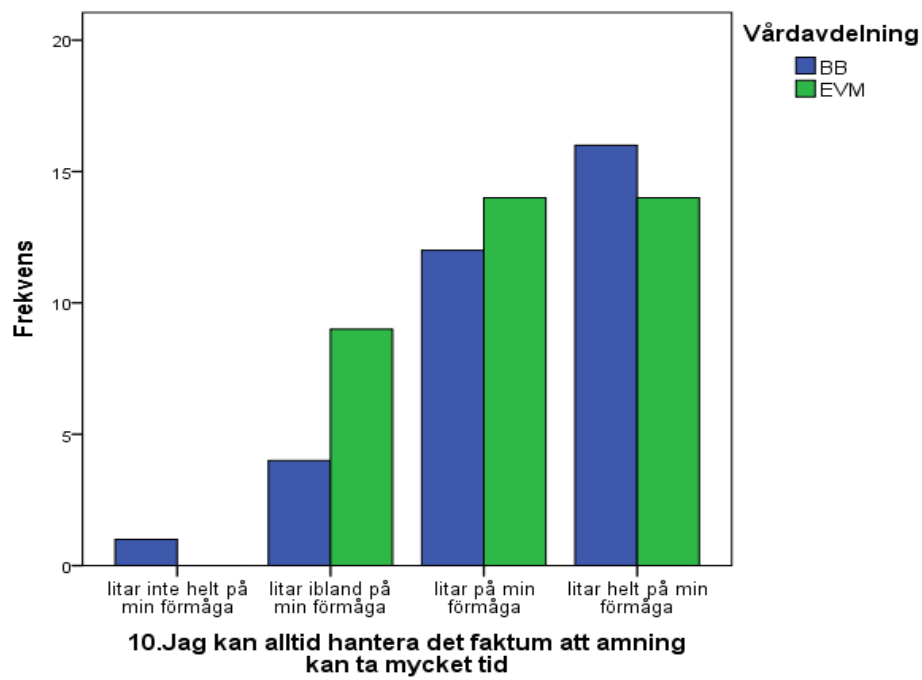
Figur 8.*



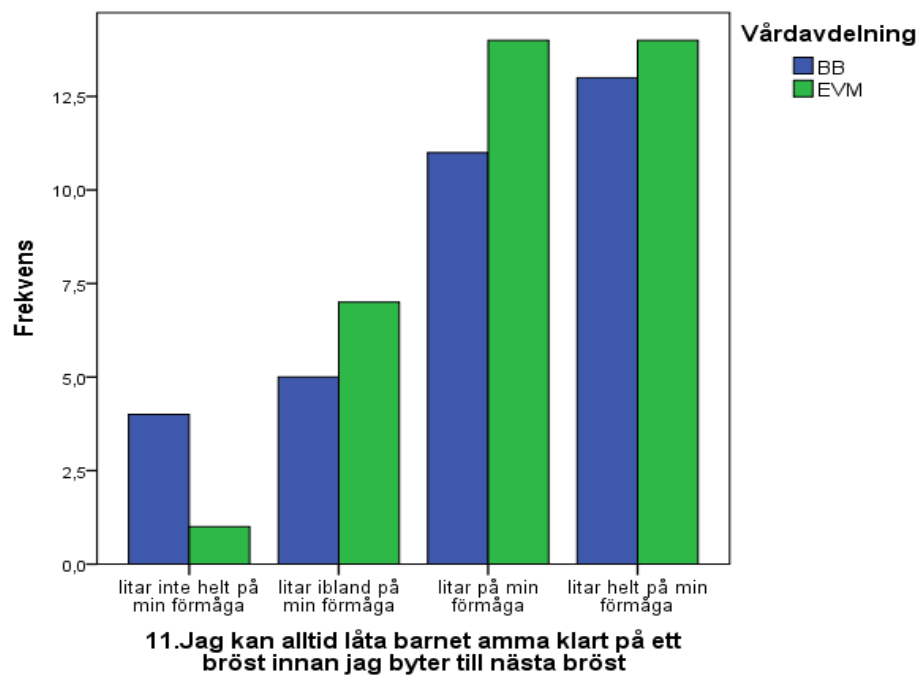
Figur 9.*



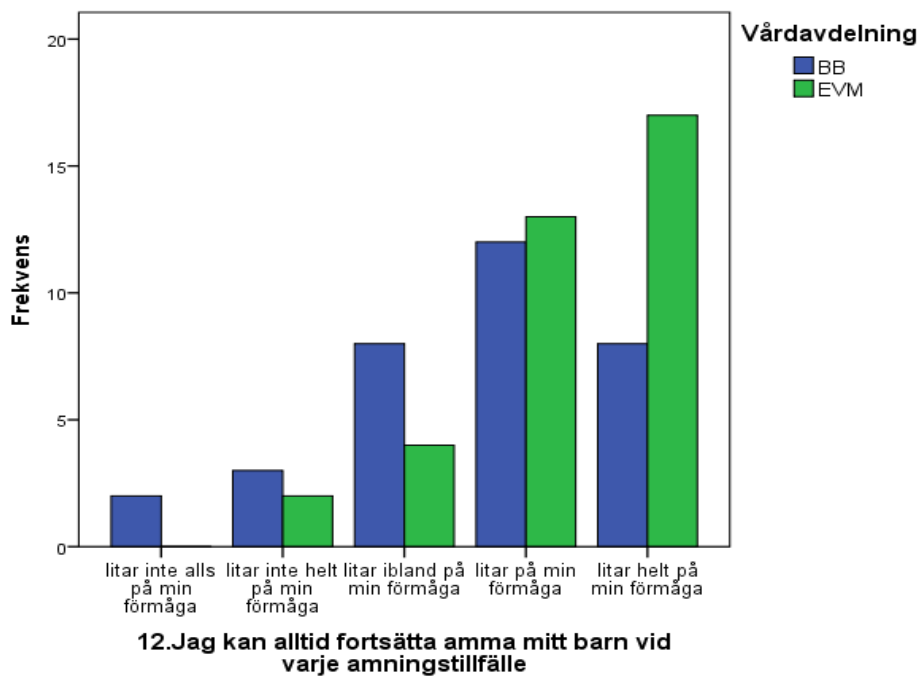
Figur 10.



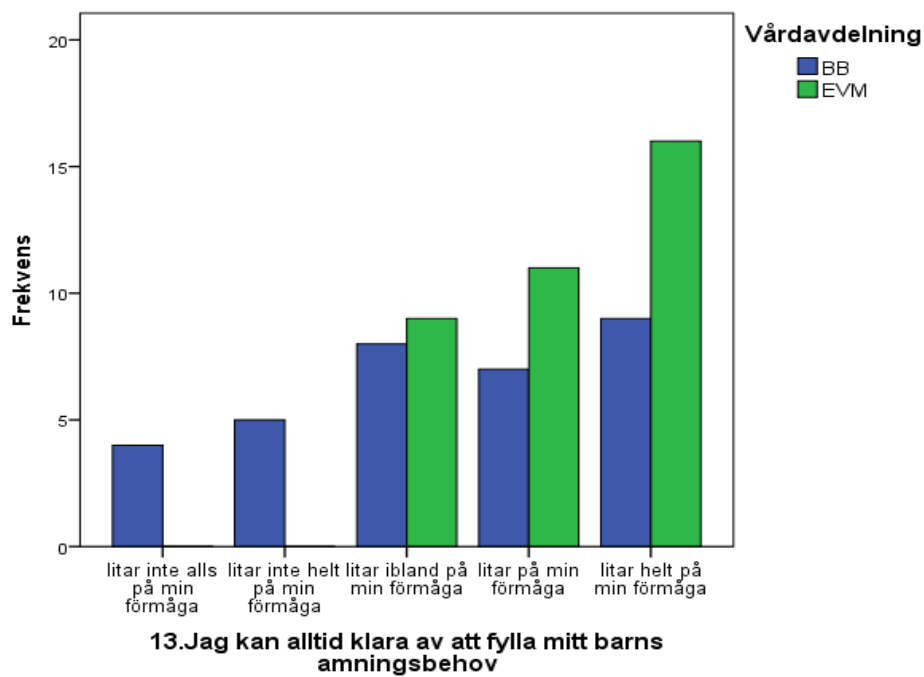
Figur 11.



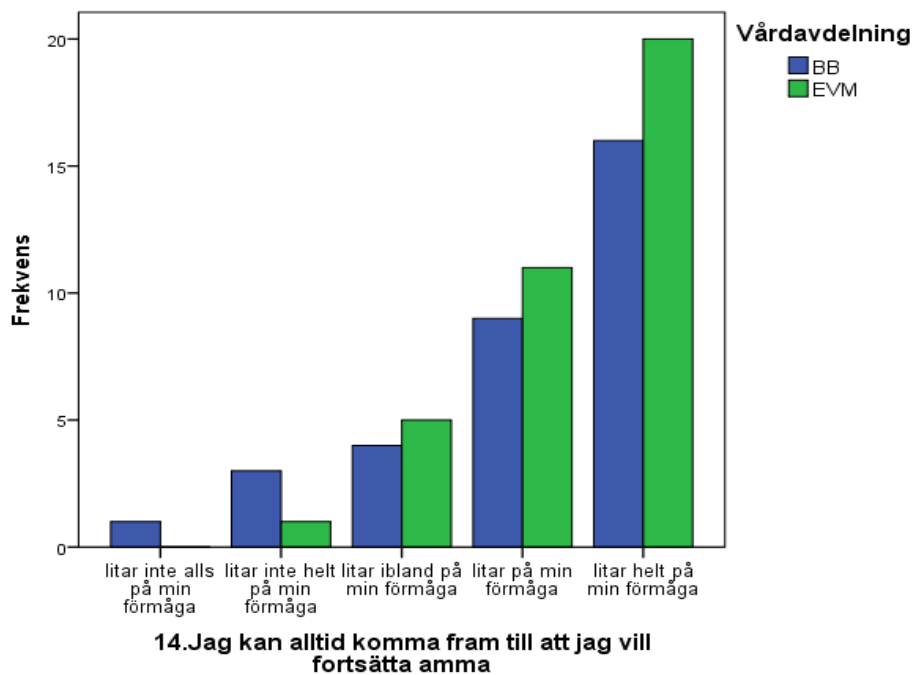
Figur 12.*



Figur 13.*



Figur 14.*



Ingen signifikant skillnad ses mellan totalsumman för BB och Eftervårdsmottagningen. Medelvärde för totalsumman är högre på Eftervårdsmottagningen. Se tabell 6.

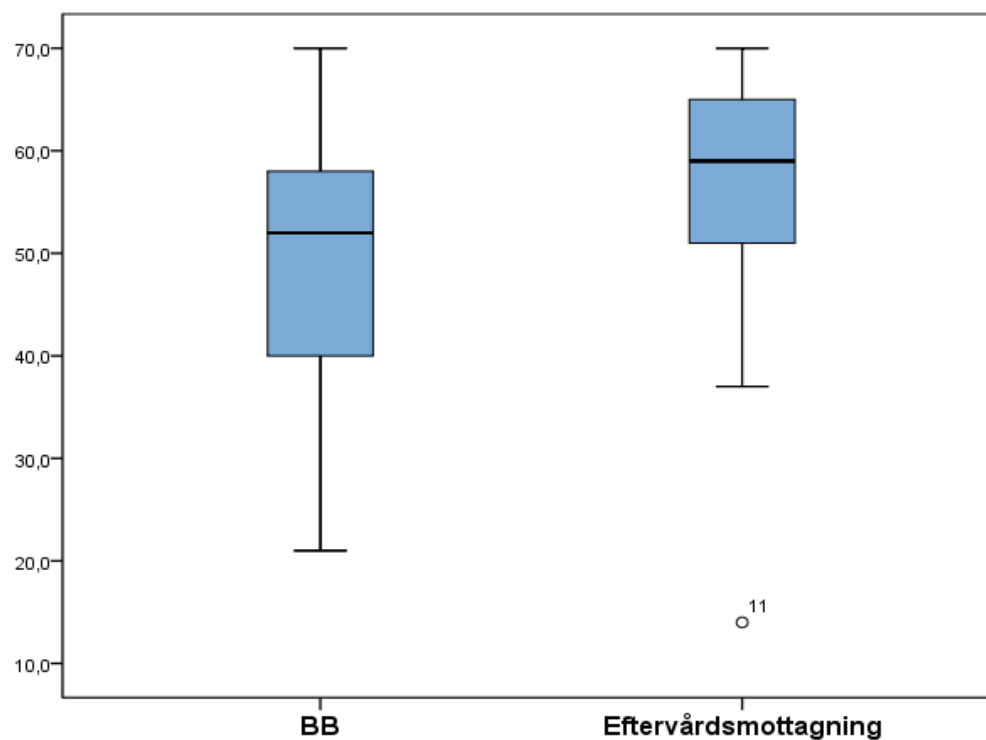
Tabell 6. Jämförelse av totalpoäng för BSES-SF mellan grupperna BB och Eftervårdsmottagningen samt framräknat p-värde enligt Mann Whitney U -Test

BB/EVM*	Medelvärde, SD	BB vs EVM* <i>p</i> -värde
BB (n=33)	M=49,88 SD=12,64	0,21
EVM* (n=37)	M=56,54 SD=11,39	

*EVM = Eftervårdsmottagning

En spridning av totalsummorna för BSES-SF ses bland kvinnorna från BB respektive Eftervårdsmottagningen. Poängintervallet var mellan 14-70, där de högre nivåerna indikerade högre tillit till förmåga att amma. Den övre nivån var lika mellan de två grupperna medan den nedre nivån var lägre hos de kvinnor som vårdats på BB. Medelvärdet på Eftervårdsmottagningen var högre än på BB och största andelen totalsummor låg på en högre medelnivå hos båda grupperna. Ett enkätsvar betraktades avvikande och markerades med en ring i figuren. Se figur 15.

Figur 15. Totalpoäng för BSES-SF på BB respektive Eftervårdsmottagning



DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors tillit till amning på BB och Eftervårdsmottagningen i Värmland. Med enkäten BSES-SF identifieras kvinnor med låg tillit till amning och kvinnor som behöver ett ökat amningsstöd efter förlossning. De flesta kvinnor ansåg att det var mycket viktigt med en fungerande amning och när kvinnorna skattade amningens betydelse framkom ett medelvärde på 8,66 där 0=inte alls viktigt och 10=mycket viktigt. Kvinnor som ammat tidigare skattade sin upplevda amningserfarenhet som mycket god. Varje enskild fråga jämfördes mellan kvinnorna som vårdats på BB och Eftervårdsmottagningen. Det framkom en skillnad på åtta frågor där kvinnorna på Eftervårdsmottagningen skattade en högre tillit till amning jämfört med kvinnorna på BB. Utifrån totalsumman på BSES-SF framkom det att tilliten till amning skattades högre på Eftervårdsmottagningen än på BB.

Resultatdiskussion

Total population

Mer än hälften av kvinnorna som medverkat i studien var omfödreskor och den största andelen av dem hade erfarenhet av amning. De kvinnor som ammat tidigare fick beskriva hur de upplevde sin erfarenhet av amning. Skalan var mellan 0=inte bra till 10=mycket bra och medelvärde på kvinnornas svar var 7,98. I en studie av Gerhardsson et al. (2014) framkom det att kvinnors tillit till amning ökar ju fler barn de fött, det har även visat sig att de kvinnor med positiv amningserfarenhet skattade sin tillit till amning högre än de med negativ erfarenhet. En positiv amningserfarenhet har visat sig ha en långsiktig betydelse och påverkar moderns beslut av att amma nästkommande barn (Simard et al., 2005).

En stor del av förstfödreskorna i studien vårdades på BB. Eftersom kvinnors tillit till amning ökar ju fler barn de fött anser författarna att den stora andelen förstfödreskor som vårdats på BB kan ha bidragit till den lägre totalsumman av BSES-SF poängen, jämfört med de kvinnor som vårdats på Eftervårdsmottagningen. Enligt Gerhardsson et al. (2014) har förstfödreskor som vårdats på BB skattat en lägre tillit till amning än förstfödreskor som skrivits ut vid tidig hemgång.

I resultatet framkom det att cirka en tredjedel (35%) av det totala antalet kvinnor som vårdats på BB hade genomgått en komplicerad förlossning. De kvinnor som vårdats på BB hade en lägre totalpoäng på BSES-SF än de kvinnor som vårdats på Eftervårdsmottagningen och enligt

Tokat, Okumus & Dennis (2010) har kvinnor som genomgått kejsarsnitt ett lägre totalvärde på BSES-SF än kvinnor som fött vaginalt.

Resultatet i studien visade att 58 % av barnen på BB tillmatats med bröstmjölk ersättning och Ekström et al. (2002) har visat i en studie att mödrar vars barn som tillmatats hade lägre tillit till amning. Vidare i en studie av Baxter (2008) har det visats att de barn som förlöstes med kejsarsnitt fick bröstmjölk ersättning i högre grad än de som fötts vaginalt.

Samtliga kvinnor i studien var sammanboende med partner. Tidigare forskning har visat att partnern är den viktigaste stödpersonen vid amning (Hall & Hauck, 2007). Bandura (1977) menar att den feedback och uppmuntran man får av människor i sin närhet påverkar tilliten till den egna förmågan att klara av olika uppgifter. Tidigare studie har visat att med ett upplevt stöd ifrån närstående och professionell personal så ökar möjligheten för barn att bli helt ammade upp till sex månader, vilket är WHO:s rekommendationer (Blixt, Mårtensson & Ekström, 2014). I BSES-SF summerades poängen från 14-70 där de högre poängen indikerade en högre tillit till förmågan att amma. Medelvärdet för samtliga kvinnor i studien uppmättes till 53, vilket visade på en relativt hög tillit. Författarna tror att studiens resultat troligtvis inte hade visat lika högt medelvärde om inte alla kvinnor var sammanboende med partner.

På en fråga i BSES-SF som handlade om kvinnans upplevda förmåga att alltid avgöra om barnet får tillräckligt med mjölk skattade både kvinnorna på BB, Eftervårdsmottagningen och som total grupp den lägsta poängen. Innan amningen är etablerad är det enligt Hall & Hauck (2007) vanligt förekommande att kvinnan funderar över om hennes mjölk tillgång är tillräcklig. Med rätt information och professionellt stöd minskar risken att kvinnan ger sitt barn bröstmjölk ersättning och istället väljer att amma exklusivt (Li, Fein, Chen & Grummer-Strawn, 2008). Studiens resultat gällande denna fråga stämde överens med tidigare forskning. Författarna tror att information om amning under graviditeten kan vara bristfällig vilket skulle kunna leda till en osäkerhet kring kvinnans egna mjölmängd och barnets behov de första dagarna.

Jämförelse BB/Eftervårdsmottagning

Den positivt upplevda amningserfarenheten var högre på BB jämfört med Eftervårdsmottagningen. I Gerhardsson et al. (2014) studie hade kvinnor med en positiv amningserfarenhet högre tillit till sin amning än kvinnor med en mindre positiv amningserfarenhet. Trots att kvinnorna på BB skattade sin upplevda amningserfarenhet högre

var totalsumman på BSES-SF lägre på BB än på Eftervårdsmottagningen. Enligt Gerhardsson et al. (2014) skattar förstföderskor en lägre tillit till amning jämfört med omföderskor och i enlighet med detta ansåg författarna att den stora andelen förstföderskor på BB skulle kunna bidra till en lägre totalsumma på BSES-SF. Även andelen kvinnor med en tidigare positiv amningserfarenhet som varit med om en komplicerad förlossning kan bidra till en lägre totalsumma då komplicerade förlossningar kan leda till en lägre tillit till amning (Tokat et al., 2010). Författarna anser att det kan vara förstföderskorna och kvinnorna som genomgått en komplicerad förlossning som har sämre tillit till sin amning och som behöver extra amningsstöd.

På åtta enskilda frågor på BSES-SF kunde en skillnad ses mellan grupperna; Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar, Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölk ersättning som tillägg, Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredsställande sätt, Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande, Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse, Jag kan alltid fortsätta amma mitt barn vid varje amningstillfälle, Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov och Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart.

Av de barn som fått bröstmjölk ersättning vårdades den största andelen på BB. Tidigare studie har visat att kvinnor vars barn tillmatats vid något tillfälle har en lägre totalpoäng på BSES-SF och alltså en lägre tillit till amning än kvinnor vars barn som enbart ammat (Dennis, 2003). Får ett barn ersättning utan medicinsk indikation kan modern uppleva att hon inte kan tillmötesgå sitt barns behov och därmed känna lägre tilltro till sig själv och sin förmåga att amma (Ekström et al., 2003). Författarna anser att den stora andelen kvinnor som vårdats på BB och vars barn erhållit bröstmjölk ersättning kan ha bidragit till en lägre totalsumma på BSES-SF.

På Eftervårdsmottagningen skattade kvinnorna högre tillit till sin förmåga att amma och känna sig bekväma med andra familjemedlemmar närvarande än kvinnorna på BB. Författarna anser att det högre antalet omföderskor på Eftervårdsmottagningen kan ha varit en bidragande faktor. Kvinnorna på Eftervårdsmottagningen skrivs ut tidigare än kvinnorna på BB och har vid ifyllandet av BSES-SF oftast hunnit vara hemma och ammat med familjemedlemmar närvarande vilket kan göra att de skattar sin förmåga att känna sig bekväma högre.

Eftervårdsmottagningen har ett högre medelvärde på den totala summan på BSES-SF än BB, trots detta visar p-värdet ingen signifikant skillnad mellan grupperna (tabell 6). Detta kan bero på för få deltagare.

Etikdiskussion

Enligt informationskravet har ett informationsbrev gällande studien lämnats ut till deltagarna tillsammans med enkäten för att författarna ville säkerställa att kvinnorna fått samma information. Genom att enkäten var anonym enligt konfidentialitetskravet behövde deltagarna inte svara upp till någon annans förväntningar och därmed inte känna krav på att ge ett svar som deltagaren trodde att författaren ville höra, vilket troligtvis gav mer sanningsenliga svar.

Enligt nyttjandekravet fick kvinnan själv lämna in enkäten i förseglad låda och blev informerad om att deltagandet i studien inte hade någon betydelse för fortsatt vård, vilket författarna anser bidrog till ett mer kravlöst deltagande. Om inte kvinnan upplever kravet på sig att medverka i studien och heller inte får några påminnelser är det lättare att avstå sitt deltagande, vilket kan bidra till färre deltagarantal (Vetenskapsrådet, 2002).

Metoddiskussion

Då enkäten som författarna använt sig av bestod av slutna frågor har en kvantitativ metod använts för att kunna analysera den statistiska datan. En fördel med att använda sig av en kvantitativ metod är objektiviteten. Författarna har inte varit i kontakt med någon av studiens deltagare eftersom kontakten har skett på distans via en tredje part, därmed har det subjektiva inslaget i samband med datainsamlingen neutraliserats (Olsson & Sörensen, 2007). De som varit i kontakt med kvinnorna i studien är de barnmorskor som delat ut den och deras objektivitet kan inte garanteras av författarna.

Reliabilitet och Validitet

Studiens tillförlitlighet bygger på två viktiga begrepp, reliabilitet och validitet. Reliabilitet är tillförlitligheten vid en mätning och resultatet ska vara detsamma vid upprepade mätningar oavsett vem som utför testet. Har mätinstrumentet en låg reliabilitet minskar resultatets trovärdighet. Validiteten innebär ett mätinstruments förmåga att mäta det som avses att mätas (Polit & Beck, 2008). En tidigare svensk studie har testat reliabiliteten i BSES-SF enkäten med hjälp av *Cronbachs alpha* med ett resultat som var 0,91 (Gerhardsson et al., 2014). Reliabiliteten uttrycks vanligtvis genom en koefficient som kan variera mellan 0 och 1, där 1 innebär en mycket hög reliabilitet (Forsberg & Wengström, 2013). I den svenska studien har validiteten i BSES-SF testats med hjälp av *begreppsvaliditet*. *Begreppsvaliditeten* bekräftades genom att poängen i BSES-SF var högre hos omfödernor, kvinnor med positiv

amningserfarenhet och ju fler barn desto högre tillit. Kvinnor som planerat att delvis amma hade lägre poäng än kvinnor som planerat amma helt (Gerhardsson et al., 2014). Fördelen med att använda ett tidigare validerat mätinstrument var att reliabiliteten och validiteten ansågs som god.

Bortfall

Delar av studiens bortfall kan eventuellt bero på att enkäten inte delades ut till alla kvinnor som innefattades av författarnas inklusionskriterier. Att barnmorskan glömde att dela ut enkäten eller att barnmorskan medvetet avstod att dela ut enkäten kan ha bidragit till en del av bortfallet. Författarna vet inte om alla kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna har blivit tillfrågade att medverka i studien vilket kan ha bidragit till bortfallet. Eftersom författarna inte kunnat analysera bortfallet begränsas också studiens generaliserbarhet. I enkäten med bakgrundsvariabler som visas i *Tabell 1* saknades en fråga på fyra stycken enkäter vilket ledde till ett internt bortfall. Frågan som saknades hade av oklar anledning fallit bort, frågan var *Mitt barn har fått ersättning vid minst ett tillfälle*. En kvinna i studien valde att inte svara på 8 stycken frågor i BSES-SF enkäten. Vid en enkätundersökning är det vanligt att svarsprocenten varierar mycket och det externa bortfallet är större jämfört med strukturerade intervjuer (Forsberg & Wengström, 2003).

Generaliserbarhet

Svarsprocenten på BSES-SF var 37% vilket kan anses lågt. Den data som samlats in måste ses ur ett bredare perspektiv för att få en uppfattning om möjligheterna att generalisera resultaten utanför den population som författarna studerat (Olsson & Sörensen, 2007). Då författarna enbart studerat material från 70 deltagare under en begränsad tidsperiod kan inte resultatet generaliseras mer än till den specifika populationen. För att kunna generalisera resultatet till en större population krävs ytterligare studier med ett större urval. Trots de metodologiska bristerna i studien anser författarna att instrumentet är användbart.

SLUTSATS

Studiens resultat kan tyda på att förstföderskor och omföderskor som upplevt en komplicerad förlossning har ett större behov av insatser av amningsstöd för att främja exklusiv amning. BSES-SF kan utifrån studiens resultat vara ett användbart verktyg, framförallt på BB där kvinnorna skattat en lägre tillit till amning. Förhoppningsvis kan studiens resultat medföra att barnmorskan blir extra uppmärksam på de kvinnor vars amning inte fungerar och där extra stöd behövs för att öka tilliten. I en stödjande vårdrelation kan det medföra att mor-barn kontakten förbättras och att mamman ammar sitt barn under längre tid vilket gynnar både mor och barn såväl fysiskt och psykiskt.

KLINISK IMPLIKATION

Bristen på tillit till amning är viktigt att uppmärksamma för att kunna ge mor och barn ett adekvat stöd i vårdkedjan i syfte att höja tilliten. BSES-SF är ett validerat och lämpligt kliniskt redskap som kan användas för att identifiera kvinnor med nedsatt tillit till sin förmåga att amma. För att kunna ge ett optimalt stöd bör barnmorskan se individuellt på varje kvinnas skattade tillit till amning. Skattar kvinnan en generellt hög tillit till amning på BSES-SF kan ändå enstaka fråga vara skattad lägre, det är då viktigt att rikta stödet dit tilliten saknas. Många kvinnor i studien hade låg tillit till förmågan att avgöra om barnet får tillräckligt med mjölk. För att höja tilliten anser författarna att ytterligare information kring amning krävs redan under graviditeten. Förslagsvis skulle BSES-SF även kunna vara ett användbart verktyg på Mödravårdscentralen för att lyfta amningen och identifiera kvinnor med låg tillit till amning. BSES-SF ska dock ses som ett komplement och kan inte ersätta samtal och en närvarande vårdare.

REFERENSLISTA

Amningshjälpen. (2015). *Historik 1973-1998: Kapitel 1*. Hämtad 29 november, 2015, från Amningshjälpen, <http://www.amningshjalpen.se/foreningsinfo/historik>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Baxter, J. (2008). Women's experience of infant feeding following birth by caesarean section. *British Journal Midwifery*, 14(5), 290-295. doi: 10.12968/bjom.2006.14.5.21054

Blixt, I., Mårtensson, L.B. & Ekström, A.C. (2014). Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges. *International Breastfeeding Journal*, 9(9:15). doi: 10.1186/1746-4358-9-15

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2008). Anknýtning i praktiken: Tillämpningar av anknýtningsteorin. Falkenberg: Natur & Kultur.

Bäckström, C.A., Wahn, E.I.H. & Ekström, A.C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5(20), 1-20.

Dennis, C-L. (2001). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *JOGNN*, 31(1) 12-32. Från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11843016>

Dennis, C.-L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(6), 734- 744.
doi:10.1155/2012/562704

Ekström, A., Widström, A.-M., & Nissen, E. (2002). Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *Journal of Human Lactation*, 19(2), 172-178.

doi:10.1177/0890334403252537

FN. (2015). *FN:s konvention om barnets rättigheter antagen av FN:s generalförsamling den 20 november 1989* [Broschyr]. Stockholm: Svenska FN-förbundet

United Nations Association of Sweden. Från

http://www.manskligarattigheter.se/dynamaster/file_archive/020521/a2fe55424340e999aed047eb281537d7/fn_891120.pdf

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm. Natur & Kultur.

Fransson, H., & Westin, S. (2015). *"Vi gör så gott vi kan"* (Examensarbete, Högskolan Dalarna, Institutionen för sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa).

Gerhardsson, E., Hedberg Nyqvist, K., Mattsson, E., Volgsten, H., Hildingsson, I., & Funkqvist, E-L. (2014). The Swedish Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and Validity Assessment. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 1-6. doi: 10.1177/0890334414523836

Hall, W.A., & Hauck, Y. (2007). Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A Quasi-experimental study. *International Journal Of Nursing Studies*, 44(5), 786-795. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.006

Högskolan Dalarna. (2015). *Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt som involverar människor* [Broschyr]. Falun: Forskningsetiska nämnden. Från

<http://www.du.se/forskningsetik>

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. (2013). *SPSS Manual*. [Broschyr]. Uppsala: Uppsala Universitet.

Justitiedepartementet L3. (1960). *Lag (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk*. Hämtad 27 nov 2015, från Justitiedepartementet L3, <http://www.notisum.se/rnp/sls/fakta/a9600729.htm>

Kingston, D., Dennis, C. L. & Sword, W. (2007). Exploring breastfeeding self-efficacy. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(3), 207-215.

Kylberg, E., Westlund, M., & Zwedberg, S. (2014). *Amning idag*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Labbok, M, H. (2008). Effects of Breastfeeding on the Mother. *Pediatric Clinics*: 48(1), 143-158. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70290-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70290-X)

Li R., Fein S.B., Chen J. & Grummer-Strawn L.M. (2008) Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Paediatrics* 122, 69-76.

Meedya, S., Fahy, K., & Kable, K, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, 23(4), 135-145. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>

Meedya, S., Fahy, K., Parratt, J., & Yoxall, J. (2015). Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum – The theoretical foundations of a successful program (Review). *Women and Birth*, 28(4), 265-271. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.06.006>

Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm. Liber AB.

Polit, D.F & Beck, C.T. (2008). *Nuring Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8.ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Simard, I., Turgeon O'Brien, H., Beaudoin, A., Turcotte, D., Damant, D., Ferland, S., ... Champoux, L. (2005). Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *Journal of human lactation*, 21(3), 327-337. doi:10.1177/0890334405275831

Socialstyrelsen. (2014a). *Amning och föräldrars rökvanor: Barn födda 2012* [Broschyr]. Stockholm: Sveriges officiella statistik. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19537/2014-9-37.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Statistikdatabas för amning*. Hämtad 29 november, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/amning>

Socialstyrelsen. (2014b). Tio steg som främjar amning: baserat på WHO:s Ten steps to successful breastfeeding [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19565/2014-10-27.pdf>

Svensson, K. (2009). *Amning ur ett kulturellt, historiskt och socialt perspektiv samt vägledning*. A. Kaplan., B. Hogg., I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (3.uppl., s 470-471). Lund: Studentlitteratur AB.

Tokat, M.-A., Okumus, H., & Dennis, C.-L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding self-efficacy scale - Short form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, 26(1), 101-108. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.002>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer: Inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [Broschyr]. Stockholm: Erlanders Gotab.

[https://fronter.com/hda/links/files.phtml/346726175.\\$154997598\\$/Kursmaterial/7.+ETIK+I+AKADEMISKT+ARBETE/forskningsetiska+principer.pdf](https://fronter.com/hda/links/files.phtml/346726175.154997598/Kursmaterial/7.+ETIK+I+AKADEMISKT+ARBETE/forskningsetiska+principer.pdf)

Wahlgren, L. (2012). *SPSS: Steg för steg*. Lund: Studentlitteratur AB.

WHO. (2015a). *Breastfeeding*. Hämtad 25 November, 2015, från WHO, <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

WHO. (2015b). *Nutrition. Baby-friendly Hospital Initiative*. Hämtad 4 December, 2015, från WHO, <http://www.who.int/nutrition/topics/bfni/en/>

Bilaga 1.

Information om en studie

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie om tillit till amning.

Inom kvinnosjukvården i Värmland arbetar vi fortlöpande med att söka förbättra vården och som ett led i detta arbete vill vi testa ett amningsformulär.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering. Ett ifyllt frågeformulär räknas som ditt samtycke till deltagande i studien. Frågeformuläret kodas och är helt anonymt. Alla skriftliga uppgifter förvaras inlåsta och behandlas under sekretess samt arkiveras vid Högskolan Dalarna i 10 år varefter allt material destrueras enligt Högskolans rutiner. Kodade uppgifter lagras på IT-server vid Högskolan Dalarna som garanterar integritet avseende datasekretess.

Undersökningen genomförs för att lära mera om hur vi skall förbättra vårt amningsstöd inom Kvinnosjukvården och testa om ett amningsformulär kan bidra till att lättare identifiera de kvinnor som behöver extra stöd tills amningen etableras. De avidentifierade frågeformulären kommer att analyseras av två barnmorskestudenter vid Högskolan Dalarna under handledning. Resultatet kommer att redovisas som ett examensarbete i form av uppsats på magisternivå.

Vänligen fyll i frågeformuläret och lämna till ansvarig barnmorska. Ansvarig och kontaktperson är Karin Ängeby som du kan ringa eller skriva till för mer information, se kontaktuppgifter nedan.

Karin Ängeby

Barnmorska och doktorand

Obstetrisk öppenvårdsenhet

054-617408

E-post: karin.angeby@liv.se

Bilaga 2.

Bakgrundsfrågor om dig och ditt barn

1. Min ålder.....år.

2. Jag är gift eller sammanbor med partner? (Ringa in det som stämmer).

Ja

Nej

3. Jag har barn sedan tidigare.

4. Jag har ammat..... barn sedan tidigare.

5. Om du har ammat tidigare, hur är då dina erfarenheter av att amma? Ringa in det som stämmer.

(0=inte bra och 10=mycket bra).

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

6. Hur viktig anser du att amningen är för dig personligen?

(0= inte alls viktig och 10=mycket viktigt)

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10

7. Mitt barn föddes i graviditetsvecka.....

8. Min förlossning avslutades:

Vaginalt

Sugklocka

Akut kejsarsnitt

Planerat kejsarsnitt

9. Jag blev vårdad efter förlossning på BB (avdelning 14):

Ja

Nej

10. Mitt barn har fått ersättning vid minst ett tillfälle:

Ja

Nej

Bilaga 3.

Tillit till din förmåga att amma

Välj det svar som passar bäst på följande påståenden, som beskriver om du litar på din förmåga att amma din nyfödda bebis. Vänligen markera svaret genom att ringa in det nummer som bäst beskriver hur du känner. Det finns inget rätt eller fel svar.

1 = litar inte alls på min förmåga

2 = litar inte helt på min förmåga

3 = litar ibland på min förmåga

4 = litar på min förmåga

5 = litar helt på min förmåga

		Litar inte alls			Litar helt	
1	Jag kan alltid avgöra att mitt barn får tillräckligt med mjölk	1	2	3	4	5
2	Jag kan alltid klara av amning lika bra som jag klarar av andra utmaningar	1	2	3	4	5
3	Jag kan alltid amma mitt barn utan att ge bröstmjölksersättning som tillägg	1	2	3	4	5
4	Jag kan alltid se till att mitt barn har bra tag under hela amningen	1	2	3	4	5
5	Jag kan alltid genomföra varje amning på ett för mig tillfredsställande sätt	1	2	3	4	5
6	Jag kan alltid klara av att amma även om mitt barn gråter	1	2	3	4	5
7	Jag kan alltid komma fram till att jag vill fortsätta amma	1	2	3	4	5
8	Jag kan alltid känna mig bekväm med att amma med andra familjemedlemmar närvarande	1	2	3	4	5
9	Jag kan alltid känna mig nöjd med min amningsupplevelse	1	2	3	4	5
10	Jag kan alltid hantera det faktum att amning kan ta mycket tid	1	2	3	4	5
11	Jag kan alltid låta barnet amma klart på ett bröst innan jag byter till nästa bröst	1	2	3	4	5
12	Jag kan alltid fortsätta amma mitt barn vid varje amningstillfälle	1	2	3	4	5
13	Jag kan alltid klara av att fylla mitt barns amningsbehov	1	2	3	4	5
14	Jag kan alltid avgöra när mitt barn ammat klart	1	2	3	4	5