

# AMNING OCH VÅRDKVALITET

**Breastfeeding and quality of care**

**Anette Ekström**



Karolinska Institutet

Stockholm 2005

Institutionen för Kvinnor och Barns Hälsa  
Enheten för Reproaktiv och Perinatal Omvårdnad  
Karolinska Institutet

# AMNING OCH VÅRDKVALITET

**Breastfeeding and quality of care**

**Anette Ekström**



Karolinska Institutet

Stockholm 2005

**Anette Ekström**

**A M N I N G   O C H   V Å R D K V A L I T E T**

**DENNA AVHANDLING TILLÄGNAS MIN FAMILJ**

Published and printed by Elanders Gotab  
Box 518, SE-162 15 Vällingby, Sweden, 2005

ISBN: 91-7140-240-3

# ABSTRACT

The over all objectives of this thesis was to map factors of importance for breastfeeding such as maternal background factors, maternal perception of breastfeeding support, confidence, caring routines, breastfeeding attitudes of health care professionals, and to investigate whether a training intervention within the care team of the antenatal (ANC) and child health centres (CHC) would improve maternal perception of support and strengthen maternal feelings for the baby.

**Material and method:** A questionnaire was sent to mothers when their babies were 9-12 months old (n=540). The questionnaire embraced questions regarding maternal background, caring routines, perception of support and duration of breastfeeding (I-II). Thereafter an attitudinal instrument was developed to measure breastfeeding attitudes in health care professionals (n=168). Four attitude dimensions were identified by factor analysis (III). Ten municipalities in a county of south west Sweden was paired and randomized to intervention or control (IV). Thus, all midwives and postnatal nurses working at the ANC or CHC in a randomised municipality were asked to participate in the study (n=81). Health professionals in the intervention group had a process-oriented training in breastfeeding counselling including planned continuity in family education and development of a common breastfeeding policy within the caring team. Changes in attitude were measured by the instrument developed in study III. For study V, mothers were recruited from the maternity and were allocated to intervention- or control group according to the randomization of municipalities in study IV (n=565). Questionnaires were sent out at three days, 3 and 9 months post partum to investigate how the care and counselling skills acquired by the health care professionals would be reflected in maternal perception of breastfeeding support and maternal feelings for and relation to the baby.

**Results:** Early initiation of suckling, late discharge from hospital (more than 72 hours) and perceived good support contributed positively to the duration of exclusive breastfeeding. Supplementation the first days after birth for other than medical reasons shortened the duration of breastfeeding. For primiparas, the partner's presence after childbirth contributed positively to the duration of exclusive breastfeeding. Multiparas who were aware of their mothers breastfeeding history had a longer breastfeeding period than those who did not know of their mother's breastfeeding history. Mothers were more satisfied with the breastfeeding information they had received at maternity than the breastfeeding information they got from the ANC and CHC (I-II). This induced the idea to develop an attitude instrument and start a training intervention for the care team at ANC and CHC. The attitudinal dimensions identified by the factor analysis were: The regulating factor comprising statements scheduling breastfeeding; the facilitating factor comprising statements showing confidence in the ability of the mother-infant dyad to breastfeed on their own; the disempowering factor comprising statements that objectified the woman and ascribed her no ability to breastfeed without guidance of the health care professional and the breastfeeding antipathy factor comprising statements that showed unwillingness and failing knowledge about breastfeeding (III). After training the health care professionals became less regulating and more facilitating (IV). Family classes provided the intervention mothers with better breastfeeding information, more knowledge about their social rights, the needs of the baby and a stronger social network than the control mothers (V). The postnatal nurse gave a better over all support, was a better listener, showed more understanding and provided the mother with better information about breastfeeding and the needs of the baby. Mothers in the intervention group reported that they interacted more with their baby. They had also more positive views on their baby and felt more confident and close with the baby than mothers in the control groups (V).

**Conclusion:** This study showed that it is important to adopt caring routines, which will facilitate breastfeeding. The health care professional needs to find out the background of the mother to be able to provide her with adequate breastfeeding counselling. Caring routines should include early suckling. Supplementation of the baby the first week after birth should only be given on medical grounds. This study showed that a process-oriented training in breastfeeding counselling alters attitudes of health care professionals in a positive way. The trained health care professionals organized continuity of family classes and developed a common breastfeeding policy and were more supportive in their encounters with the mothers. These behaviors strengthen the mother's feelings for her baby and brought about a richer interaction with her baby. A model to provide continuity of family classes, conducted by trained antenatal midwives and postnatal nurses should thus be practiced within the caring team around first time parents.

**Key words:** Breastfeeding, support, health professional, significant other, process-oriented training, WHO, BFHI, caring routines

# ABSTRAKT

**Det övergripande syftet med avhandlingen** var att kartlägga faktorer av betydelse för amning såsom bakgrund, mammans upplevelse av amningsstöd och trygghet, vådrutiner, vårdpersonalens amningsattityder samt att undersöka om en utbildningsintervention i vårdkedjan (MVC-BVC) kan förbättra mammans upplevelse av stöd och stärka hennes känslor för barnet.

**Material och metod:** I en kartläggning fick mammor svara på en enkät om sin bakgrund, vådrutiner, stöd och amningstid, när barnen var 9-12 månader (n=540) (Studie I-II). Ett amningsattitydformulär utarbetades därefter för att mäta amningsattityder hos vårdpersonal (n=168.) Fyra faktorer identifierades i faktoranalysen (III). Tio kommuner i ett län i sydvästra Sverige parades ihop och randomiserades till intervention eller kontroll (studie IV). Sålunda tillfrågades alla barnmorskor verksamma vid MVC och alla barnsjuksköterskor verksamma vid BVC i en randomiserad kommun om de ville delta i studien (n=81). Vårdpersonal i interventionsgruppen fick en processororienterad utbildning i amningsrådgivning, som skulle leda till kontinuitet i föräldrautbildningen samt utvecklande av en gemensam amningsstrategi i vårdkedjan. Det tidigare utarbetade amningsattitydformuläret användes för att mäta effekter av utbildningen (IV). I den V:e studien rekryterades mammor på BB som antingen bodde i interventionskommuner eller kontrollkommuner enligt studie IV (n=565). Enkäter sändes ut 3 dagar, 3 och 9 månader efter förlossningen för att undersöka hur vården och rådgivningsskickligheten som vårdpersonalen fått skulle återspeglas i mammans uppfattning om amningsstödet och hennes känslor för barnet och relationen till barnet (V).

**Resultat:** En tidig första amning, hemgång från BB mer än 72 timmar efter förlossningen och ett gott stöd bidrog till en längre helamningstid. Tillmatning med ersättning under barnets första levnadsvecka av andra skäl än medicinska motverkade helamningstidens längd. För förstföderskorna bidrog partners närvaro efter förlossningen till att helamningstiden blev längre. Omföderskor som kände till sin mammas amningshistoria helammade längre än de som inte kände till den. Mammorna var mer tillfreds med den amningsinformation de fick av barnmorskorna på BB, jämfört med amningsinformation de fick av MVC-barnmorskor eller BVC-sjuksköterskor (I-II). Detta fynd ledde vidare till idén att utveckla ett attitydformulär för att mäta amningsattityder hos vårdpersonalen och att genomföra en utbildningsintervention i vårdkedjan MVC-BB-BVC. Faktorer som identifierades i attitydformuläret var: Den *reglerande faktorn* omfattade påståenden som schemalade amningen; den *faciliterande faktorn* omfattade påståenden som underlättade amningen; den *distanserande faktorn* omfattade påståenden som objektifierade kvinnan och barnet och möjlighet att klara amningen var beroende av vårdpersonalen; den *amningsovänliga faktorn* omfattade påståenden som visade på ovilja och bristande kunskaper om amning (III). Efter amningsutbildningen blev vårdpersonalen mindre reglerande och mer faciliterande (IV). Föräldrautbildningen gav interventionsmammorna bättre amningsinformation, mer kunskaper om sina sociala rättigheter och barnets behov samt ett starkare socialt nätverk än kontrollmammorna. BVC-sjuksköterskan gav ett bättre övergripande stöd, var mer lyhörd och förstående samt gav bättre information om amning och barnets behov. Mammorna i interventionsgruppen uppgav att de samspelade mer med sitt barn. De hade också mer positiv uppfattning om barnet och de kände sig tryggare med barnet och kände större närhet till barnet än mammorna i kontrollgrupperna (V).

**Konklusion:** Studien visade att det är viktigt att tillämpa omvårdnadsrutiner som möjliggör amning. Vårdpersonalen behöver ta reda på mammornas bakgrund för att kunna erbjuda henne adekvat amningsrådgivning. Vådrutiner bör omfatta en första tidiga amning inom den första vakenhetsperioden. Tillmatning med ersättning till barnet den första levnadsveckan skall endast ske om medicinska skäl föreligger. Denna studie visade att en processororienterad utbildning i amningsrådgivning förändrar vårdpersonalens attityder på ett gynnsamt sätt. Den utbildade vårdpersonalen genomförde en sammanhållen föräldrautbildning, utarbetade en gemensam amningsstrategi och var mer stödjande i sina möten med mammorna. Vårdpersonalens beteenden stärkte mammans känslor för barnet och ledde till ett mer rikt samspel med barnet. En modell för att bereda kontinuiteten i föräldrautbildning under ledning av MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor bör sålunda tillämpas i vårdkedjan MVC-BB-BVC för blivande och nyblivna föräldrar.

**Nyckelord:** Amning, stöd, vårdare, anhöriga, processororienterad utbildning, attityder, WHO, BFHI, vådrutiner

## PUBLIKATIONER

- I: Ekström A, Widström A-M, Nissen E. (2003). Duration of Breastfeeding in Swedish Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Human Lactation*, May; 19(2), 172-178.
- II: Ekström A, Widström, A-M, Nissen E. (2003). Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish women. *BIRTH* 30:4, 261-266.
- III: Ekström A, Matthiesen A-S, Widström A-M, Nissen E. (2005). Breastfeeding Attitudes among Counselling Health Professionals. In press, *Scand. J of Public Health*.
- IV: Ekström A, Widström, A-M, Nissen E. (2005). Process-oriented Training in Breastfeeding Alters Attitudes to Breastfeeding in Health Professionals. In press, *Scand. J of Public Health*.
- V: Ekström A, Widström, A-M, Nissen E. Continuity of care by well trained breastfeeding counsellors improves the mothers' perception of support and strengthens maternal feelings for the baby. Manuscript.

## DEFINITIONER

Barnafödande	I denna avhandling avses tiden kring graviditet, förlossning och spädbarnstid
MVC	Mödravårdcentral eller barnmorskemottagning
BB	Förlossningsavdelning, barnbördshus eller BB-avdelning
BVC	Barnavårdscentral
Doula	Benämning på erfaren kvinna (inom barnafödande), som ger extra stöd till kvinnan och hennes partner under barnafödande period
Partner	I de flesta fall barnafadern, men kan också vara annan närstående
IG	Interventionsgrupp
KG	Kontrollgrupp
KGA	Kontrollgrupp A
KGB	Kontrollgrupp B
Helamning	Barnet får bröstmjolk, men kan ha fått AD-droppar och eller smakportioner (en tesked)
Delamning	Barnet får förutom bröstmjolk annan mat, där minst ett mål mat är utbytt
Total amningstid:	Helamning- och delamningstid tillsammans



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Föräldrautbildning under graviditeten och barnets första år.....	4
Stödets betydelse för amningen.....	5
Betydelsen av stöd för mammans relation till barnet.....	6
Bakgrundsfaktorer som relaterar till amningstidens längd.....	6
Vårdrutiner och amning.....	7
Vårdpersonalens amningsattityder.....	8
<b>Syfte</b> .....	<b>9</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>10</b>
Material och metod studie I och II.....	11
Material och metod studie III.....	12
Material och metod studie IV.....	12
Material och metod studie V.....	16
Statistik.....	18
<b>Resultat</b> .....	<b>20</b>
Resultat studie I och II: Kartläggning av amningsmönster och vårdrutiner.....	20
Resultat studie III: Utveckling av ett formulär för att mäta attityder till amning hos vårdpersonal.....	24
Resultat studie IV: Effekter av utbildning i amningsrådgivning på vårdpersonalen attityder.....	26
Resultat studie V: Mammors utvärdering av rådgivningen.....	27
<b>Diskussion</b> .....	<b>29</b>
Olika vårdrutiner relaterade till amningen.....	29
Kvinnornas eget nätverk och dess betydelse för amningen.....	31
Amningsinformation från MVC-barnmorska, BB-barnmorska och BVC-sjuksköterska.....	31
Amnings attityder hos vårdpersonal.....	32
Effekterna av utbildning i amningsrådgivning på vårdpersonalens amningsattityder.....	34
Förstföderns utvärdering av stöd från MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor.....	35
Stöd i relation till känslor för barnet.....	36
Föräldrautbildning vid MVC och BVC.....	36
<b>Konklusioner och rekommendationer för klinisk tillämpning</b> .....	<b>37</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>38</b>
<b>10 steg till en lyckad amning (bilaga)</b> .....	<b>42</b>
<b>Tillkännagivanden</b> .....	<b>43</b>

## **FÖRORD**

I mitt arbete som sjuksköterska inom primärvård och barnmorska vid både förlossnings- och BB-avdelning, har jag mött många blivande och nyblivna mammor och pappor. Det som har påverkat mig till att göra dessa studier är att jag har insett hur betydelsefullt bemötandet är för föräldrarna under denna känsliga period i livet. Vid tillfällen som dessa, sätts vårdpersonalens kompetens på prov, ingen nybliven mamma kan "luras" att tro att någon engagerar sig, om personen inte är närvarande i sina tankar eller saknar trygghet i situationen. Att ge det stöd som efterfrågas av mammor kräver både kunskap, lyhördhet och flexibilitet. Gränsen för om föräldrarna ska uppleva minnena från denna tid som positiva eller negativa kan vara hårfin. Ett lyckat stöd till den blivande och nyblivna familjen, är när de känner sig stärkta i sin föräldraroll. Mammans perspektiv har jag genom att jag har förmånen att vara mamma till fyra barn. Jag har även lärt mig mycket från alla mammor jag mött genom deras engagerade, öppna och förtroendefulla beskrivningar. Jag och många andra mammor minns vårdpersonalens ansiktsuttryck, tonfall och kroppsspråk tydligt, även om det har gått många år sedan barnet föddes. Dessa upplevelser och förtroenden har givit mig styrka, inspiration och kraft till att genomföra dessa studier.

## **BAKGRUND**

Ur ett folkhälsoperspektiv har de senaste årens forskning visat att amningen är viktig för både mor och barns hälsa. Amningen ger en naturlig kontakt mellan mor och barn som sannolikt har betydelse för barnets psykiska och känslomässiga utveckling (Hove, Brandon, Hininings, & Schoield, 1999). Ett barn som har ammat har minskad risk för allergier, infektioner, leukemi och diabetes (Anianssin et al., 1994; Beadudry, Dufour, & Marcoux, 1995; Davis, Savitz, & Graubard, 1988; Hansson, 2004; Kwan, Buffler, Abrams, & Kiley, 2004). Den nyblivna mamman har fördelar bland annat av att livmodern kontraheras vid amning, vilket minskar risken för onormalt stora blödningar (Henderson & Macdonalds, 2004). Senare i livet har kvinnor som ammat minskad risk för olika typer av cancersjukdomar (Titus-Ernstoff et al., 1998) och reumatiska sjukdomar (Karlson, Mandl, Hankinson, & Grodstein, 2004).

Förr gick kunskaperna om amning i arv från kvinna till kvinna, från generation till generation (Svensson & Nordgren, 2002). Människorna levde närmare varandra, familjerna var större och kvinnorna hade ofta någon i omgivningen som ammade. Tiderna förändrades och förlossningar på

sjukhus samt flaskuppfödning blev allt vanligare på 1930-1960- talet. En utbredd kunskap om amning försvann och uppfödningen blev en medicinsk angelägenhet. Mamman fick inte ha barnet hos sig på BB och barnet amrades på bestämda tider. Med glesa amningstillfällen och amningsstunder fick mammorna svårt att upprätthålla mjölkproduktionen, vilket resulterade i att barnen inte fick tillräckligt med mat. Barnmatsindustrin började sälja ersättningar och mammorna såg det som en befrielse, barnen blev nu mätta. I början av 1970-talet var amningsfrekvensen som lägst i Sverige, det var bara sex procent av barnen som fortfarande amrades efter ett halvår. Under mitten av 1970-talet började kvinnor amma längre och vårdrutiner som tilläggsmatning och separation mellan mor och barn började ifrågasättas (Svensson & Nordgren, 2002).

I världen växte behovet av amningsvänliga strategier fram. Frivilligorganisationer och hälsoarbetare med flera vände sig till världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s barnfond United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), som 1981 kom ut med riktlinjerna "*Den internationella barnmatskoden*". I den finns etiska riktlinjer kring marknadsföring av barnmatsprodukter och riktlinjer för hur amning ska skyddas, stödjas och främjas inom sjukvården (WHO, 1981). Alla medlemsländer uppmanades att följa barnmatskoden. Barnmatskoden anpassades till svenska förhållanden och antogs 1983 som en rekommendation (Socialstyrelsen, 1983). Innocentideklarationen tillkom 1990 på initiativ av UNICEF och WHO (WHO & UNICEF, 1990). Dess mål är att skydda, stödja och främja amning. Alla kvinnor ska få möjlighet att helamma sitt barn 4-6 månader och därefter ska barnet få annan mat under skydd av amning, upp till dess att barnet är två år eller så länge mor och barn vill. Att främja amning betyder att Innocentideklarationen ska implementeras i alla hälso- och sjukvårdsorganisationer som arbetar med blivande och nyblivna föräldrar, samt att amning är det normala och betraktas som normerande. Att stödja amning innebär att utarbeta policys och kvalitetssäkring i vårdkedjan mödravård (MVC)- BB och barnavårdscentraler (BVC). Stödgrupper i amning ska finnas både inom professionella och inom icke-professionella organisationer. Mammor ska få amma när och var de vill i samhället (WHO & UNICEF, 1990). Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) har initierats av UNICEF med stöd av WHO som en praktisk uppföljning av barnmatskoden. BFHI syftar till att öka förekomsten av amning. I första hand inriktas arbetet mot vårdrutiner, utbildning, information och attityder, i andra hand inom förlossnings- och BB vården. Ett centralt dokument i BFHI är det gemensamma uttalandet "*Att skydda, stödja och främja amning*" där "*Tio steg för lyckad amning*" ingår (WHO & UNICEF, 1990).

En svensk kommitté tillsattes som i samarbete med en expertgrupp från förlossningsvård, barnhälsovård och amningsrådgivning skulle arbeta fram en handlingsplan för deltagandet i BFHI

(Socialdepartementet, 1992). Kommitténs förslag till en långsiktig svensk amningsstrategi var att inkludera hela vårdkedjan MVC-BB-BVC. Målet var att alla BB-kliniker i Sverige skulle arbeta efter *"Tio steg för lyckad amning"* (bilaga) (Socialstyrelsen, 1993). Regionala utvärderingsteam skulle regelbundet utvärdera sjukhusens amningsvänlighet. Det regionala utvärderingsteamet skulle också ansvara för samordning, utbildning och information samt stödja och främja amningsarbetet i vårdkedjan MVC-BB-BVC så att strategier utformas och efterlevs. Det centrala ansvaret skulle ligga hos Socialstyrelsen som i samarbete med Folkhälsoinstitutet skulle arbeta fram riktlinjer för *"Att skydda, stödja och främja amning"*. *"Tio steg för lyckad amning"* innefattar bland annat att vårdpersonal ska ha en skriven amningsstrategi, som kontinuerligt utvärderas. Alla gravida kvinnor ska informeras om fördelarna med amningen och hur den upprätthålls, även om mor och barn blir skilda åt. Alla mammor ska få möjlighet att amma under barnets första vakenhetsperiod, möjlighet till samvård med barnet och tillämpa fri amning (Socialstyrelsen, 1993). De svenska riktlinjerna utgår i stort sett från WHO/UNICEF:s modell. Det som är ändrat för svenska förhållanden är steg 4, där vi uppmuntrar och stödjer mammor att börja amma sitt nyfödda barn under barnets första vakenhetsperiod, vanligtvis de första två timmarna efter födseln, istället för inom 30 minuter (Socialstyrelsen, 1993). Under 1994 så bedömdes endast fyra av BB-avdelningarna i Sverige som amningsvänliga enligt de tio stegen (Hofander & Hillervik, 1994). År 2003 bedömdes de flesta sjukhus som amningsvänliga och i åtta län var vårdkedjan MVC-BB-BVC amningsvänlig. Ett brev utgick från Folkhälsoinstitutet att de sjukhus som inte omutvärderats uppmuntrade att göra en omutvärdering (Kylberg, 2003).

Vid en konferens med amningsexperter och mammor i EU år 2004 skrevs fyra olika strategier för att arbeta efter amningsfrågor på nationell nivå i de europeiska medlemsländerna. De fyra olika strategierna är; I Att utarbeta en nationell amningspolicy och planer för kontinuerlig uppföljning och utvärdering; II Att ge mammor förutsättning för individuell amningsrådgivning av vårdpersonal och "lekmannarådgivare" (Amningshjälpen); III Att utarbeta riktlinjer för läroplaner till relevanta utbildningar inom hälso- och sjukvård och erbjuda kontinuerlig vidareutbildning baserad på WHO/UNICEFs riktlinjer eller andra evidensbaserade kurser i amning och laktationskunskap; IV Verka för en nationell lagstiftning baserad på *"Den internationella barnmatskoden"*, att hälsomyndigheter ska ansvara för en amningsvänlig vårdkedja MVC-BB-BVC och utbildning av vårdpersonal och "lekmannarådgivare" (Amningshjälpen) (WHO, 2004).

Amningsstatistiken för 1996 då den första studien startade (barn födda 1994) visar att 33% av barn vid sex månaders ålder i det studerade länet helammades. Motsvarande statistik för hela Sverige var 43%. Socialstyrelsens amningsttistik visar att sedan 1997 har andelen barn som helammats vid sex månaders ålder minskat från 43% till 33%, dock ligger det studerade länet stabilt på 33% (Socialstyrelsen, 2004). Sänkningen kan tänkas bero på omorganisationen av BB och BVC. Det kan tyckas att Sverige redan ligger långt framme när det gäller amningsfrekvens. Mammor stannar betydligt kortare tid på BB efter att barnet fötts och vårdrutiner förändras. Vi vet ännu inte vilken effekt dessa förändringar kan komma att få för mammor och deras barn. Socialstyrelsen rekommenderar ett samarbete mellan kvinnoklinik och barnhälsovård. Barnhälsovården har en mycket viktig roll speciellt med tanke på den så kallade tidiga hemgången från BB. Den förutsätter effektiva system för uppföljning och stöd (Socialstyrelsen, 1994b).

### **Föräldrautbildning under graviditeten och barnets första år**

FN:s generalförsamling antog 1989 *barnkonventionen*. Sverige antog denna konvention 1990. Alla länder som erkänner barnkonventionen skall till fullo sträva efter att säkerställa att föräldrar och barn, erbjuds information och undervisning om barnhälsovård, fördelarna med amning samt att få det stöd som behövs (FN, 1990).

Enligt Socialstyrelsen är syftet med föräldrautbildning att öka kunskapen om barnafödande och föräldraskap samt att ge föräldrar förutsättningar att forma nätverk. Föräldrautbildning är en viktig del av förebyggande psykosocialt arbete och når ungefär 70% av alla förstagångsföräldrar. Alla föräldrar som väntar eller har barn under ett års ålder bör få erbjudande om stöd i föräldraskapet genom MVC och BVC (Hwang & Wickberg, 2001; Socialstyrelsen, 1997). Föräldragruppen bör träffas 5-10 gånger innan barnet föds och 4-10 gånger under barnets första år. Varje träff rekommenderas ta 1-2 timmar (Socialstyrelsen, 1997). Alla föräldrar vill inte delta i föräldrautbildning i grupp, därför behöver även den individuella föräldrautbildningen stärkas (Socialstyrelsen, 1994a). I en svensk studie har visats att kvinnor med sämre socio-ekonomisk bakgrund och med rädsla inför förlossningen inte deltar i föräldrautbildningen (Fabian, Radestad, & Waldenstrom, 2004). De som inte deltar i grupperna har ett särskilt stort behov av stöd. Vårdpersonal i vårdkedjan MVC-BB-BVC ska både göra medicinska kontroller och stödja den blivande och nyblivna familjen psykosocialt (Socialstyrelsen, 1997). Det har under tiden visat sig att de medicinska frågorna överbetonas framför de relationsorienterade och psykosociala frågorna i föräldrautbildningen vid MVC och BVC (Hwang & Wickberg, 2001). Det psykosociala stödet bör alltså utvecklas ytterligare i föräldrautbildningen.

Mödra- och barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa bygger enligt Medicinska forskningsrådet på tre principiella förhållningssätt; 1) Ett flexibelt och individuellt riktat stöd till barnfamiljer. 2) Ett starkt markerat ansvar under barnets första två år, med speciell uppmärksamhet på att stödja anknytningsprocessen och tidigt stöd i föräldraskapet. 3) Ett samarbete mellan forskningsinstitutioner och lokala och regionala barnhälsovårdsenheter, för att tillsammans utforma barnhälsovårdens policy (MFR, 1999).

### **Stödets betydelse för amningen**

Oakley beskriver begreppet stöd som en attityd och ett förhållningssätt hos vårdpersonalen där ett icke fördömande lyssnande är viktigt (Oakly, 1994). Stöd kring barnafödande innefattar tre delar; *"Emotionellt stöd"* som kännetecknas av att individen känner sig trygg i relation till den person som ger stödet *"Informativt stöd"* handlar om den kunskap som förmedlas kring barnafödandet *"Instrumentellt eller praktiskt stöd"* utgör handlingar som ges i samband med barnafödande (Oakly, 1994). Simkin lägger även till en fjärde del i definitionen av stöd. Hon menar att vårdpersonalen agerar som kvinnans *"Förespråkare"* i de fall hon inte själv kan tala för sin sak (Simkin, 1996). Kvinnors behov av stöd under barnafödande kan beskrivas utifrån tre teman; *"Att bli sedd som en individ"*, *"Att ha en förtroendefull relation"* samt *"Att få det individuella behovet som är unikt för varje kvinna tillfredsställt"*. Det är också betydelsefullt med öppenhet, att ha en känsla av trygghet och att kvinnan får vara delaktig i beslut som berör henne (Berg, Lundgren, Hermansson, & Wahlberg, 1996).

Sambandet mellan stöd under barnafödandet och amningstidens längd beskrivs i flera studier (Bar-Yam & Darby, 1997; Giugliani, Caiffa, Vogelhut, Witter, & Perman, 1994; Humphreys, Thompson, & Miner, 1998). I vårdkedjan MVC-BB-BVC är personalens stöd betydelsefullt. Bergman visar att mammor är mer nöjda med det stöd de fått av BB-personal, än det stöd de fått från MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor (Bergman, Larsson, Lomberg, Möller, & Mårild, 1993). I en studie från Finland visas att både först- och omfödorskör önskat mer stöd i barnskötning och amning från personalen på BB. För att lyckas med amningen behöver speciellt förstfödorskör professionellt stöd från personalen på BB (Tarkka & Paunonen, 1996). Det är betydelsefullt att vårdpersonal ger sitt stöd till personer från mammans nätverk, till exempel barnafadern och andra anhöriga, så att de kan stödja den nyblivna mamman (Tarkka, Paunonen, & Laippala, 1998). Detta kan i sin tur medföra att barnafadern kan ge ett bättre stöd. En positiv attityd och goda kunskaper om amning hos barnafadern

har visat sig ge gynnsamma effekter (Bar-Yam & Darby, 1997; Giuliani, Caiffa, Vogelhut, Witter, & Perman, 1994; Humphreys et al., 1998; Ingram & Johnson, 2004; Tarkka et al., 1998).

### **Betydelsen av stöd för mammans relation till barnet**

Kvinnor som fått extra stöd av en doula (oprofessionell kvinna som är erfaren i att ge stöd till föräldrar under barnafödande) interagerar mer med barnet än de som inte fått stöd av en doula (Sosa, Kennel, Klaus, & Robertson, 1980). Kvinnor som fått extra stöd skapar snabbare en relation till barnet än de kvinnor som inte fått extra stöd (Widström et al., 1990; Wolman, Chalmers, Hofmeyr, & Nikodem, 1993). Widström har visat att om barnet ligger hud mot hud på sin mors bröst och antingen suger eller berör bröstvårtan under första levnadstimman, har mammorna barnet hos sig 100 minuter längre/dag under BB tiden, än de mammor vars barn inte suger eller berör bröstvårtan under första levnadstimman (Widström et al., 1990). En möjlig förklaring till dessa fynd skulle kunna vara att barnets beteende leder till ökad oxytocinfrisättning hos mamman vilket kan tänkas stärka banden mellan mor och barn (Uvnäs Moberg, 1996). På samma sätt kan man tänka sig att en stödjande person förmedlar närhet och trygghet, vilket hjälper till att mamman förbereds fysiskt och psykiskt för amningen och interaktionen med barnet.

### **Bakgrundsfaktorer som relaterar till amningstidens längd**

Högre utbildningsgrad och mammans ålder är positivt relaterat till amningstidens längd (Beccera & Smith, 1990; Clements et al., 1997; Michaelsen, Larsen, Thomsen, & Samuelson, 1994; Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer, & Williams, 1994; Widström et al., 1990). Mammor med lägre utbildningsnivå tillmatar barnet med ersättning tidigare och slutar att amma tidigare än mammor med högre utbildningsnivå (Ummarino et al., 2003). I en annan studie har man däremot inte kunnat identifiera något samband mellan amningstidens längd med mammans ålder och utbildningsgrad (Hill, Humenick, Argubright, & Aldag, 1997).

Mammor som röker ammar oftare en kortare tid än mammor som inte röker (Blomquist, Jonsbo, Serenius, & Persson, 1994; Piper & Park, 1996) och de startar inte lika ofta med amningen (Berg, 1990; Donath, Amir, & Team, 2001). Detta mönster visar sig oavsett vilken socialgrupp mammorna tillhör (Clements et al., 1997; Nylander & Matheson, 1989).

Det finns studier som visar att förstföderskor initierar amning oftare än omföderskor (Ford & Lobbok, 1990), men att omföderskor ammar en längre tid (Bourgoin et al., 1997; Piper & Park, 1996; Salt,

Law, Bull, & Osmond, 1994). Det är troligt att mammans ålder, paritet, utbildningsnivå och rökning spelar en viss roll för amningstidens längd.

### **Vårdrutiner och amning**

Tidig första amning efter förlossningen ger längre amningstid (De Chateau, Holmberg, Jakobsson, & Wiberg, 1977) och tätare amningar (Salaria, Easton, & Cater, 1978). Tidig amning minskar tillmatning och ger längre amningstid (DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2003). Bourgoin har inte kunnat påvisa något samband mellan tidig amning och längre amningstid (Bourgoin et al., 1997).

Av de barn som föds friska är det mindre än 10 % av barnen som behöver tillmatning med ersättning av medicinska skäl de första levnadsdagarna. Tillmatning av ersättning utan medicinska skäl förekommer ofta på BB i Sverige (Hofander & Hillervik, 1994). Att tillmata nyfödda barn med modersmjölkersättning är en vådrutin som är negativ för amningstidens längd (Bourgoin et al., 1997; DiGirolamo, Grummer-Strawn, & Fein, 2001; Nylander & Matheson, 1989). Nyfödda barn till förstföderskor får oftare tillägg än barn till omföderskor (Michaelsen et al., 1994).

På senare år har det blivit allt vanligare att mammor går hem tidigt från BB, så kallad tidig hemgång (som tidigast 6 timmar efter barnets födelse, om mor och barn bedöms som friska). I en randomiserad svensk studie fann man att nyblivna mödrar som gått på tidig hemgång från BB-avdelning (inom 72 timmar) ammar längre och deras barn får mindre modersmjölkersättning än de mammor som stannat längre på BB-avdelning (Waldenström, Sundelin, & Lindmark, 1987). I andra svenska studier fann man inga skillnader i amningstidens längd beroende på mammans vårdtid på BB (Jansson & Rydberg, 1998; Kvist, Persson, & Lingman, 1996; Svedulf, Bergbom Engberg, Berthold, & Höglund, 1998). I en nyare studie av Waldenström, jämförs mammor som går hem från BB inom ett dygn, med de som går hem efter sex dygn. I denna studie påvisas ingen skillnad avseende totalamningstidens längd. De mammor som gick hem tidigt från förlossningen var äldre, omföderskor, rökare och de hade en lägre socioekonomisk standard och ett bristande stöd från partnern. Dock hade de haft en första positiv amningsupplevelse. De mammor som gick hem mer än sex dygn efter förlossningen födde oftare med kejsarsnitt, prematurt och hade lågviktiga barn (Waldenström & Aarts, 2004).

Mer forskning behövs om hur bakgrundsfaktorer och vådrutiner påverkar amningstidens längd hos först- och omföderskor.



### **Vårdpersonalens amningsattityder**

Attityder baseras på känslor inför och kunskap om en företeelse. Valet av hur man handlar grundar sig på attityden till företeelsen (Zanna & Rempel, 1986). Ajzen beskriver i sin teori "*Theory of reasoned action*" att människors beteende baseras på två faktorer, den ena är personlig och den andra är social. Den personliga faktorn bygger på personens attityd (Ajzen & Fishbein, 1980). Egna upplevelser är av betydelse för hur amningsattityder formas (Raphael-Leff, 2001). Den sociala faktorn refererar till hur individen uppfattar den norm som råder i samhället (Ajzen & Fishbein, 1980). Värderingar och attityder i samhället gentemot moderskap återspeglas i hälso- och sjukvårdens organisationer. Vården som ges till kvinnorna styrs av de kunskaper, färdigheter och de traditioner som råder i organisationen och hos vårdpersonalen (Silverman, 1970).

Sjuksköterskor med positiva amningsattityder ger ofta bra amningsstöd (Bernaix, 2000), medan brist på amningskunskaper och negativa amningsattityder resulterar i bristande amningsstöd och kortare amningstid (DiGirolamo et al., 2003; Sikorski, Renfrew, Pindoria, & Wade, 2002). Martens har visat att vårdpersonal som utbildats i amning med utgångspunkt från WHO:s strategi om en amningsvänlig vårdkedja utvecklar inte en positivare amningsattityd (Martens, 2000). Däremot visar Owoaje att vårdpersonal utvecklar en positiv amningsattityd efter en liknande utbildning (Owoaje, Oyemade, & Kolude, 2002). De attitydinformulär som användes i ovanstående studier är inte tillämpliga i svenska samhället, på grund av att de var utformade för amerikanska förhållanden där amning inte är lika vanligt förekommande som i Sverige, vilket avspeglade sig i påståendena. Dessutom är båda studierna tvärsnittsstudier, vilket gör att bestående effekter på attitydförändringar inte har utvärderats.

Studier visar att kvinnans sociodemografiska faktorer, stöd från både vårdpersonal och kvinnans eget nätverk samt vårdrutiner är av betydelse för amningen, föräldrarollen och känslorna inför barnet. Därför är det av stor betydelse att fortsatta studier bedrivs i att utarbeta evidensbaserade amningsstrategier för vårdkedjan MVC-BB-BVC, med syfte att främja amningen och föräldrarollen.

## SYFTE

*Det övergripande syftet med avhandlingen* var att kartlägga faktorer av betydelse för amning såsom, bakgrund, mammans upplevelse av amningsstöd och trygghet, vårdrutiner, vårdpersonalens amningsattityder samt att undersöka om en utbildningsintervention för vårdpersonal i vårdkedjan (MVC-BVC) kan förbättra mammans upplevelse av stöd och stärka hennes känslor för barnet.

### Specifika syften i delarbetena:

- **I:** Att utvärdera betydelsen av olika sociodemografiska bakgrundsvariabler, vårdrutiner, såsom tidig amning, tillmatning med ersättning, samt tidig hemgång i relation till hel- och totalamningstidens längd hos först- och omfödernkor.
- **II:** Att undersöka om kvinnornas upplevelse av amningsstöd och trygghet påverkar amningstidens längd hos först- och omfödernkor.
- **III:** Att utveckla ett attitydformulär (baserat på WHO:s riktlinjer: Att skydda, stödja och främja amning) för att undersöka amningsattityder hos MVC-barnmorskor, BB-barnmorskor, BB-barnsköterskor och BVC-sjuksköterskor i relation till ålder, amningsintresse och profession.
- **IV:** Att utvärdera effekterna av en processororienterad utbildning i amningsrådgivning på MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskors amningsattityder samt deras samstämmighet i amningsfrågor.
- **V:** Att jämföra förstfödernkans uppfattning om emotionellt och informativt amningsstöd, kontinuitet i vården och känslor för barnet, efter amningsrådgivning på MVC och BVC, där vårdpersonalen antingen fått en processororienterad utbildning i amningsrådgivning eller inte fått det.

## MATERIAL OCH METOD

I studierna I och II gjordes en retrospektiv kartläggning av faktorer som påverkade amningstidens längd. I studie III utvecklades ett amningsattitydformulär för vårdpersonal och i studie IV användes attitydformuläret för att mäta amningsattityder före och efter en utbildning om amning. I studie V utvärderade mammor det stöd de fått från vårdpersonalen samt sin relation och sina känslor för barnet. Studiernas design, material, datainsamlingsmetod och datainsamlingsperiod redovisas i tabell 1.

**Tabell 1: Studiernas metod (material, datainsamlingsmetod och datainsamlingsperiod i studierna I-V).**

Studie	Metoder	Material	Data Insamlings metod	Datainsamlings-period
I	Retrospektiv kartläggning	Förstföderskor n=194 Omföderskor n=294	Enkätstudie	1996
II	Retrospektiv kartläggning	Förstföderskor n=194 Omföderskor n=294	Enkätstudie	1996
III	Utveckling av ett attitydformuläret	Barnmorskor MVC n=37 Sjuksköterskor BVC n=66 Barnmorskor BB n=52 Barnsköterskor BB n=13	Enkätstudie	1999
IV*	Randomiserad interventionsstudie med 1 års uppföljning av vårdpersonal	Barnmorskor MVC n=28 Sjuksköterskor BVC n=53	Enkätstudie Före och ett år efter interventionen i IG+KG samt direkt efter interventionen i IG	1999- 2001
V**	Longitudinell uppföljning av interventions-effekterna av studie IV mammornas utvärdering	Förstföderskor vårdade i de kommuner som randomiserats i studie IV n=565  KGA: n=167 IG: n=212 KGB: n=186	Enkätstudie 3 dagar 3 månader 9 månader efter förlossningen	2000-2002 KGA: Före interventionseffekter kan mätas IG + KGB: Samtidigt när interventionseffekter kan mätas

\* I studie IV förkortas interventionsgruppen (IG), kontrollgruppen (KG)

\*\* I studie V förkortas interventionsgruppen (IG), kontrollgrupp A (KGA) och kontrollgrupp B (KGB)

## Material och metod studie I och II

Enkäten som utarbetades för studien, pilottestades av 20 mammor när deras barn var 9-12 månader och korrigerades innan datainsamlingen börjades.

I studierna I-II ingår alla svensktalande mammor, som fött barn vaginalt med enkelbörd utan allvarlig sjukdom hos barnet, från ett län i sydvästra Sverige. Till alla kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna (n=540) skickades skriftlig information tillsammans med enkäten ut via post när barnen var 9-12 månader. Detta bedömdes vara ett tillräckligt stort stickprov för att kartlägga betydelsen av sociodemografiska faktorer och vådrutiner för att kartlägga amningens varaktighet. Kvinnor som samtyckte fyllde i formuläret och returnerade det i medföljande kuvert. En påminnelse skickades till de mammor som inte svarade på enkäten vid första utskicket.

Totalt tackade 488 mammor ja till att delta i studien, vilket motsvarade en svarsfrekvens på 90%. Inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan först- och omföderskor i utbildningsnivå, rökning, förlossningssätt eller om barnet vårdats på neonatalavdelning. Partnern som oftast var barnafadern eller någon annan närstående deltog vid förlossningen i 98 % av fallen, för både först- och omföderskor. Av de mödrar som inte svarade var det lika fördelning mellan först- och omföderskor.

Enkäten innehöll frågor om sociodemografiska variabler såsom ålder, utbildningsnivå, rökvanor, hur länge mammorna själva blivit ammade och upplevelsen av förlossningen. Frågor ställdes om vådrutiner på BB, tidpunkt för första amningstillfället och hur länge barnet ammadades. Upplevelser av stöd kring amningsfrågor, kvalitén på amningsinformation och trygghet skattades på visuell analog skalor (VAS) (Gift, 1989) som gick från 0,0 cm den lägsta skattningen till 10,0 cm, den högsta skattningen. För värdering av stöd var den lägsta skattningen ”inte alls fått det stöd som behövdes” till den högsta skattningen ”fått det stöd som behövdes”. För värdering av amningsinformation var den lägsta skattningen ”inte alls bra” till den högsta skattningen ”mycket bra”. För värdering av trygghet var den lägsta skattningen ”inte alls trygg” till den högsta skattningen ”mycket trygg” .

Vid tidpunkten för datainsamling var det en vanlig vådrutin att lägga det nyfödda barnet hud mot hud på mammans bröst direkt efter förlossningen. När det gällde tidpunkten för mamman att gå hem från BB efter förlossningen förekom det två olika rutiner: ”*Tidig hemgång*” (mindre än 72 timmar efter förlossningen) eller så kallad ”*Sen hemgång*” (mer än 72 timmar efter förlossningen). Traditionella rutiner var att mamman stannade ungefär fem dagar efter förlossningen, utan något planerat hembesök

av BB-barnmorska. Vid tidig hemgång erbjöds mammor ett hembesök av BB-barnmorska när de varit hemma i två dagar. Efter ytterligare två till tre dagar, besökte mor och barn barnmorska och barnläkare på BB. Samtliga mammor erbjöds ett hembesök av BVC-sjuksköterskan cirka tio dagar efter hemgången från BB.

### **Material och metod studie III**

#### **Utveckling av amningsattitydformuläret och pilottestning**

En expertgrupp av barnmorskor och barnsjuksköterskor konsulterades för att etablera innehålls- och begreppsvaliditet för ett attitydformulär rörande amningsattityder. Attitydformuläret pilottestades i ett annat län i Sverige av 50 MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor (opublicerade data). Utöver attitydformuläret i pilotstudien fanns även möjlighet för deltagarna att kommentera om något påstående upplevdes oklart. Attitydformuläret omfattade 60 påståenden. Enkäten omfattade påståenden av attityd och kunskapskaraktär med 4-gradiga svarsalternativ från ”Håller absolut inte med”, ”Håller inte med”, ”Håller med” till ”Håller absolut med” (De Vellis, 2003). Innehållet i formuläret utgick från dokumentet *”Tio steg till lyckad amning”* (Socialstyrelsen, 1993). Efter pilottesten, ändrades 9 påståenden och 13 påståenden togs bort på grund av att de kunde misstolkas. Efter pilottesten återstod 47 påståenden som slutligen utgjorde attitydformuläret. Vårdarnas amningsintresse skattades på en VAS från 0,0 cm (den lägsta skattningen, inget amningsintresse alls) till 10,0 cm (den högsta skattningen, mycket stort amningsintresse) (Gift, 1989).

Vårdpersonal från MVC, BB och BVC i det studerade länet tillfrågades om deltagande i studien, totalt 207 personer. 160 personer svarade att de ville medverka i studien vilket utgjorde en svarsfrekvens på 81,2 %. Svarsfrekvensen fördelades på följande sätt; 86 % av MVC-barnmorskor, 90,4 % av BVC-sjuksköterskor, 75,4 % av BB-barnmorskor och 59,1% av BB-barnsköterskorna deltog i studien. Medelåldern varierade från 44 till 50 år. BB-barnmorskor utgjorde den yngsta gruppen. Deltagarna hade varit yrkesverksamma i 12-21 år.

### **Material och metod studie IV**

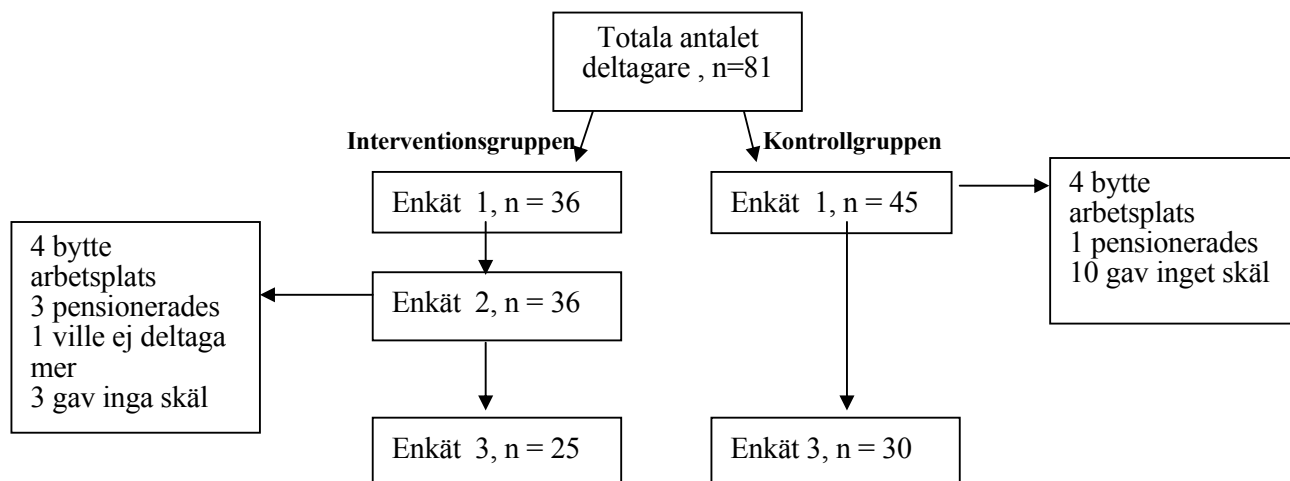
De tio största kommunerna i länet matchades i par utifrån kunskaper från delstudie I och II beträffande amningsidens längd och antal förstföderskor i kommunen. De parvisa kommunerna randomiserades sedan till antingen interventions- eller kontrollgrupp av en för studien neutral person. Det län som studerades bestod av 13 kommuner med tillhörande vårdcentraler med både mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. Både stad och landsort var representerade. Tre

kommuner exkluderades från studien för att de inte kunde matchas med någon annan kommun på grund av storlek eller mammornas amningstid. (Figur 1).

<b>10 kommuner randomiserades till antingen intervention eller kontrollgrupp</b>	
<b>Deltagare i Interventions gruppen</b>	<b>Deltagare i Kontrollgruppen</b>
<b>Kommun nr: A 1</b> MVC barnmorskor n = 6 BVC sjuksköterskor n = 9	<b>Kommun nr: A 2</b> MVC barnmorskor n = 3 BVC sjuksköterskor n = 12
<b>Kommun nr: B 1</b> MVC barnmorskor n = 6 BVC sjuksköterskor n = 4	<b>Kommun nr: B 2</b> MVC barnmorskor n = 2 BVC sjuksköterskor n = 2
<b>Kommun nr: C 1</b> MVC barnmorskor n = 8 BVC sjuksköterskor n = 13	<b>Kommun nr: C 2</b> MVC barnmorskor n = 7 BVC sjuksköterskor n = 14
<b>Kommun nr: D 1</b> MVC barnmorskor n = 4 BVC sjuksköterskor n = 5	<b>Kommun nr: D 2</b> MVC barnmorskor n = 3 BVC sjuksköterskor n = 5
<b>Kommun nr: E 1</b> MVC barnmorskor n = 2 BVC sjuksköterskor n = 4	<b>Kommun nr: E 2</b> MVC barnmorskor n = 3 BVC sjuksköterskor n = 4

**Figur 1: Antal MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor som tillfrågades om att delta i studien från respektiven kommun. Kommunerna hade randomiserats till antingen interventions- eller kontroll grupp**

Totalt tillfrågades 116 personer som arbetade på någon av de randomiserade vårdcentralerna (44 MVC-barnmorskor och 72 BVC-sjuksköterskor). De som samtyckte att delta, 81 personer och utgjorde 69,8% i svarsfrekvens (28 MVC-barnmorskor=63,6% och 53 BVC-sjuksköterskor=73,6%). Vid uppföljningen efter ett år hade ytterligare 26 deltagare fallit ur studien, vilket resulterande i att 21 (75%) av MVC-barnmorskorna och 34 (64,2%) av BVC-sjuksköterskorna fullföljde studien (Figur 2). Ingen skillnad förelåg mellan deltagare och bortfall beträffande bakgrundsdata (ålder och yrkesverksamma år).



**Figur 2: Deltagarantal i interventions och kontrollgruppen**

Nedan följer bakgrundsdata för deltagarna i artikel IV. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna, avseende ålder, yrkesverksamma år och profession (Tabell 2).

**Tabell 2: Ålder, yrkesverksamma år och profession i interventions (IG)- och kontrollgrupp (KG), för deltagarna i studie IV**

	IG n=25		KG n=30		p
Ålder; år (m,SD)	48.0	5.9	50.6	7.5	0.173
Yrkesverksamma år (m,SD)	16	7.6	13.7	7.2	0.254
MVC Barnmorskor (n)	11		10		0.471
BVC Sjuksköterskor (n)	14		20		

*Studie IV interventionen:* MVC-barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna i interventionsgruppen genomgick en processorienterad utbildning (Jerlock, Falk, & Severinsson, 2003). Utbildningen skedde vid totalt sju tillfällen, exklusive hemarbete i grupper, där MVC- barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna skulle samarbeta inom respektive kommuner. Deltagarna delades upp i fem smågrupper. Det gemensamma för varje grupp var att de tillhörde samma kommun och att både MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor ingick. Varje grupp hade en kursledare. Kursledare var

tre amningskunniga barnmorskor och en amningskunnig barnsjuksköterska. Kursledarna var utvalda för att stärka processen i vårdkedjan och för att kunna representera förlossnings-BB-neonatalavdelning samt tidig-hemgångs-enheter.

I utbildningen lades stor vikt vid egna amningserfarenheter (både privata och professionella) attityder, samarbete och kommunikationsmetoder i vårdkedjan. Undervisningen bestod av evidensbaserade föreläsningar och gruppdiskussioner. Utbildningen styrdes av de processer som skedde i gruppen. Gruppdiskussioner berörde rådgivning och reflektioner kring egna amningserfarenheter. Utbildningens ”examensuppgift” var att deltagarna skulle enas om ett likartat förhållningssätt och utarbeta en gemensam amningsstrategi och föräldrautbildning. De skulle planera en föräldrautbildning inom Socialstyrelsens riktlinjer (Socialstyrelsen, 1997). Olika teman som togs upp i relation till rådgivning och uppläggning av föräldrautbildning i utbildningen var:

- Föräldraskapet- mamma-papparollen
- Samlevnadsfrågor / amningsfrågor
- Olika kulturer / amningsfrågor
- Föräldrarledighet, könsroller / amningsfrågor
- Anknätningsproblem- depressioner/ amningsfrågor
- Relationer, socialt nätverk, vårdgivare, släkt/vänner / amningsfrågor
- Svåra förlossningar / amningsfrågor
- Svårt sjuka barn / amningsfrågor
- ”Speciellt utsatta i samhället”, ex missbrukare, unga ensamstående mödrar, invandrare / amningsfrågor
- Hur kvalitetssäkrar vi de *”Tio steg för lyckad amning”* i MVC-BB-Kuvösavdelning-BVC
- Hur skapar vi nätverk i vårdkedjan, för en gemensam amningspolicy?

Deltagarna i både interventions (IG)- och kontrollgruppen (KG) ombads att fylla i attitydformuläret (från studie III) före utbildningens start i interventionsgruppen och ett år efter att utbildningen avslutats i kontrollgruppen. Dessutom fylldes attitydformuläret i ytterligare en gång, av interventionsgruppen direkt efter avslutad amningsutbildningen. Upplevelsen av samstämmighet i amningsrådgivning mellan MVC-barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna skattades av deltagarna på en VAS som gick från 0,0 cm den lägsta skattningen (ingen samstämmighet alls) till 10,0 cm den



högsta skattningen (helt tillfredsställande samstämmighet) (Gift, 1989). Vårdpersonalens uppfattning om samstämmigheten skattades av deltagarna i både interventionsgruppen och kontrollgruppen innan amningsutbildningen startade i interventionsgruppen och ett år efter att utbildningen var avslutad.

### **Material och metod studie V**

Material och metod för studie V utgjordes av en longitudinell studie. Kvinnor som fött sitt första barn fick utvärdera vården och stödet de fått från MVC och BVC samt i föräldrautbildning och hur det påverkat relation till och känslor för barnet.

Innan varje enkät skickades ut pilottestades den av 20 mammor tre dagar, tre och nio månader efter förlossningen. Mammorna tillfrågades om de ville tillägga något till enkäterna om graviditeten, förlossningen och eftervården, som vi inte frågat om. De skulle också skriva om några frågor var för intima eller oklara. Inga större innehållsmässiga förändringar gjordes i den slutgiltiga enkäten.

Svensktalande förstfödelskor som födde väsentligen friska fullgångna barn med enkelbörd, antingen vaginalt spontant, med sugklocka eller via kejsarsnitt inbjöds att delta i studien. Beroende på vilken kommun kvinnorna tillhörde fick de vård vid interventions- eller kontrollcentralerna utifrån randomiseringen i studie IV. Två kontrollgrupper ingick i studien med syfte att mäta eventuella förändringar över tid. Datainsamlingsperiod för enkät 1 och för kontroll grupp A (KGA) ägde rum innan effekterna av interventionen kunde studeras. Datainsamlingsperiod för kontroll grupp B (KGB) och interventionsgruppen (IG) skedde samtidigt, när interventionseffekter kunde studeras fullt ut.

Alla nyblivna förstfödelskor som uppfyllde inklusionskriterierna inbjöds att delta i studien när barnet var tre dagar, totalt 584 mammor. Av dessa gav 565 mammor sitt medgivande om deltagande i studien. Den första enkäten delades ut på BB när barnen var tre dagar. Uppföljande enkäter skickades till mammorna tre och nio månader efter förlossningen. Svarsfrekvens för enkäterna redovisas i tabell 3. Det var inga signifikanta skillnader i bakgrundsdata gällande ålder, graviditetsveckor, civilstånd, förlossningsätt eller antalet barn vårdade på neonatalavdelning mellan IG, KGA och KGB. Bakgrundsdata på bortfallen vid första enkättillfället skiljer sig inte från deltagarnas bakgrundsdata (data redovisas ej).

**Tabell 3: Svarefrekvens för mammorna i interventionsgruppen (IG), kontroll grupp A (KGA) och kontroll grupp B (KGB) för de tre olika enkäterna**

	<b>IG n=212</b>	<b>KGA n=167</b>	<b>KGB n=186</b>	<b>Totalt n=565</b>
<b>Tre dagar efter förlossningen, n (%)</b>	190 (90%)	167 (100%)	172 (93%)	529 (94%)
<b>Tre månader efter förlossningen, n (%)</b>	145 (68%)	126 (76%)	114 (61%)	385 (68%)
<b>Nio månader efter förlossningen, n (%)</b>	132 (62%)	106 (64%)	107 (58%)	345 (62%)

Mammor visste inte om MVC-barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna i deras kommun fått utbildning i amning och träning i samarbete för föräldrautbildningen eller inte. I IG utformades föräldrautbildningen av MVC-barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna tillsammans. I denna grupp ombads även MVC-barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna att utveckla ett system där grupperna i föräldrautbildningen skulle bestå enligt socialstyrelsens riktlinjer även efter att barnen fötts (Socialstyrelsen, 1997).

Barnmorskorna på BB delade ut den första enkäten till förstföderna, tre dagar efter förlossningen. Enkät två och tre skickades till kvinnorna tre och nio månader efter förlossningen. I den första enkäten ingick retrospektiva frågor om graviditeten och kvinnornas bakgrund samt obstetriska data. Alla tre enkäterna innehöll frågor om amningsdata, känslor för barnet, föräldrautbildningen och uppfattning om emotionellt och informativt stöd från MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor.

Kvinnorna tillfrågades i alla enkäter om de deltagit i föräldrautbildning och deras uppfattning om *föräldrautbildningen*. I föräldrautbildningen kunde stödet erhållas från både vårdpersonalen och deltagarna i gruppen. Kvinnorna ombads att värdera kontakten med andra mammor och erhålla färdigheter för föräldrarollen. Dessa påståenden grupperades som emotionellt stöd. Dessutom fick kvinnorna värdera sina kunskaper om sociala rättigheter, graviditet, förlossning, amning och barnets behov. Dessa grupperades som informativt stöd.

I alla enkäterna fick kvinnorna värdera det *stöd de fått från MVC-barnmorskorna och BVC-sjuksköterskorna*, på 7-gradiga likertskalor. De skattade sin uppfattning om vårdpersonalens

lyhördhet, förståelse, tid avsatt för mötet, lugn och förberedelse för föräldrarollen. Dessa skalor grupperades som emotionellt stöd. Amningsinformation och förberedelser för barnets behov grupperades som informativt stöd. Dessutom inkluderades en skattning av det övergripande stöd kvinnorna fått från de vårdpersonalen.

För att få kunskaper om mammornas relation till och känslor för sitt barn fick kvinnorna värdera sju påståenden: ”Jag pratar mycket med mitt barn”, ”Jag vet vad mitt barn vill”, ”Jag vilar bäst när barnet är hos mig”, ”Mitt barn är sötare än andra barn”, ”Jag känner mycket starka moderskänslor”, ”Jag känner att barnet är mitt” och ”Jag njuter mycket av att amma”. Följande sju påståenden ställdes för att beskriva känslorna för barnet; ”Svår-Lätt”, ”Osäker-Säker”, ”Obehaglig-Behaglig”, ”Otrygg-Trygg”, ”Bräcklig-Stabil”, ”Långt ifrån-Nära”, ”Kall-Varm”.

Stödet från vårdpersonalen och relationen till och känslor för barnet skattades på en Likert skala 1-7 (De Vellis, 2003). Ibland representerade 7 det mest positiva påståendet och ibland, det mest negativa påståendet, med syftet att undvika rutinmässigt ifyllande av enkäterna.

### **Statistik**

Data i studierna I-V, bearbetades med dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, version 10.0, 11.0 och 11.5) (SPSS., 2002).

Som beskrivande centralmått och spridningsmått användes antingen median (md) och kvartilavstånd ( $Q_1 - Q_3$ ) (Studie I-II) eller medelvärde (m) och standard avvikelse (SD) (Studie III-IV). Som beskrivande sambandsmått användes Spearmans' rangkorrelations koefficient (Studie II-III).

För att testa skillnader mellan grupper användes Kruskal-Wallis test (Studie I) eller Mann-Whitney U-test (Studie IV). Skillnader mellan två tidpunkter inom med Wilcoxon's signed-ranks-test (Studie IV).

Skillnaden i mammornas tillfredsställelse med amningsinformation på MVC-BB-BVC analyserades med Friedmans test (Studie III). För att testa skillnader mellan grupper för nominaldata användes  $\chi^2$  test (Studie I-V) (Altman, 1995).

ANOVA användes för att analysera skillnader mellan amningsattityder i olika till professioner (Studie IV-V). ANCOVA användes för att testa skillnader i attityder mellan grupper och professioner (Studie

IV). För att testa skillnader över tid och mellan individer i grupper användes univariat, tvåvägs ANOVA för var och en av de fyra skalorna (Studie IV) (Altman, 1995).

För att analysera inflytandet av paritet, rökning och utbildningsnivå på tidig (0) respektive sen hemgång (1) användes en explorativ logistisk regressionsanalys (Studie I). Explorativ linjär regressionsanalys användes för att förklara betydelsen av sociodemografiska data och vårdrutiner i förhållande till de beroende variablerna helamning respektive delamning (Studie I) samt för att klargöra skillnader mellan MVC-barnmorskor och BB-barnmorskor i den amningsovänliga faktorn (Studie III). I den senare analysen utgjorde den amningsovänliga faktorn utgjorde den beroende variabeln och de oberoende variablerna var arbetsplats (MVC eller BVC) och ålder (Studie III) (Altman, 1995).

För faktoranalysen i studie III användes en modell med maximum likelihood skattning och varimaxrotation (De Vellis, 2003). En faktor inkluderades om faktorladdningen var mer än 0.33. Trettiofyra av de 47 påståendena genererade fyra faktorer. De negativa påståendena vändes. Därefter räknades medelvärdet ut för varje faktor och individ separat. Ju högre medelvärdet var ju starkare var amningsattityden (Studie III).

Cronbach's alpha användes för att testa homogeniteten i de fyra faktorerna (Studie III) (De Vellis, 2003). Tukey's HSD test användes för "post hoc" jämförelser, för att undvika masssignifikans (Studie IV) (Altman, 1995). I 7-gradiga likert skalorna vändes alla påståenden så att 7 alltid representerade en positiv skattning (Studie V). P-värden  $< 0.05$  räknades som signifikanta i samtliga studier.

### **Etiskt tillstånd**

Etisk tillstånd har beviljats från Etiska kommittén vid Göteborgs Universitet, för studierna I-II: L 587-97 och L 005-98 och för studierna III-V: L 188-99. När den etiska ansökan för studierna III-V. beviljades, förutsattes att den vårdpersonal som tillhörde kontrollgruppen i studie III-IV, skulle erbjudas en liknande utbildning som vårdpersonalen i interventionsgruppen efter studiernas avslutande.

## RESULTAT

### Resultat studie I och II: Kartläggning av amningsmönster och vådrutiner

*Bakgrundsdata:* Inga signifikanta skillnader kunde påvisas mellan först- och omfödernor i utbildningsnivå, rökning, förlossningssätt eller om barnet vårdats på neonatalavdelning. Partnern, vanligtvis barnafadern eller vid något enstaka tillfälle annan närstående deltog vid förlossningen i 98 % av fallen (Studie I-II).

I studie I var det inga signifikanta skillnader mellan först- och omfödernors helamningstid, (Md 6.0, 4.0-6.5 månader). Det fanns inte heller några signifikanta skillnader mellan först- och omfödernors totalamningstid; förstfödernor (Md 8.0, 5.5-10.0 månader); omfödernor (Md 8.0, 5.5-10.0 månader). Femton procent av förstfödernorna och 20 procent av omfödernorna ammade fortfarande när de svarade på enkäten. De skiljde sig inte signifikant från de övriga i förhållanden till bakgrundsdata, däremot var det fler omfödernor som fortfarande ammade ( $p < 0.001$ ) när de svarade på enkäten. Paritet och utbildningsnivå hade inget samband med amningstiden. Högre ålder samvarierade med totalamningstid för omfödernor. Det var 12% av förstfödernorna och 11% av omfödernorna som rökte vid besvarandet av enkäten. Både först- och omfödernor helammade kortare tid än de kvinnor som inte rökte ( $p < 0.05$ ) (Studie I).

*Vådrutiner:* Det var fler omfödernor som ammade inom en timma efter förlossningen, än förstfödernor 76 vs. 64% ( $p = 0.002$ ). Om barnets första amningstillfälle var inom en timma efter födseln ammade förstfödernorna sina barn längre ( $p < 0.05$ ). Fyrtiotvå (22.2%) av förstfödernornas barn och 55 (18.7%) av omfödernornas barn fick tillmatning med ersättning första veckan. Av dessa barn fick 90% modersmjölkersättning på BB. I en jämförelse mellan mammor till barnen som tillmatades och mammor till barnen som inte tillmatades fanns inga signifikanta skillnader beträffande rökning, paritet eller tidpunkten för hemgång från BB. Av förstfödernornas barn fick fler tillmatas med ersättning första veckan om barnet amrades första gången efter första levnadstimman (34%) jämfört med om barnets första amningstillfälle var inom första levnadstimman (17,5%) ( $p = 0.01$ ). Tillmatning med ersättning förekom på grund av medicinska skäl. Orsakerna till tillmatningen var sjukdom hos mamman; vård på neonatalavdelning, hypoglykemi hos barnet eller viktreduktion hos barnet med mer än 10% av födelsevikten. Tillmatning med ersättning förekom även utan medicinska skäl. Orsaken kunde vara att barnet var ledset, mamman var trött, eller att mammans bröstmjölks "inte räckte till". Tillmatning med

ersättning utan medicinska skäl medförde en kortare helamningstid för både först- och omföderskor ( $p < 0.001$ ) (Studie I). De kvinnor som gick hem från BB inom 72 timmar efter förlossningen hade en kortare helamningstid än de som stannade längre på BB ( $p < 0.01$ ).

För att analysera inflytandet av paritet, rökning, utbildningsnivå, tiden för första amningstillfället, tiden för hemgång från BB och tillmatning med ersättning på amningstidens längd gjordes en explorativ linjär regressionsanalys med helamningstidens längd som beroende variabel och en motsvarande regression med delamningstidens längd som beroende variabel (Tabell 4).

Resultaten visade att ett tidigt första amningstillfälle och hemgång mer än 72 timmar efter förlossningen från BB bidrog positivt till en längre *helamningstid*. Rökning och tillmatning utan medicinska skäl bidrog till att förkorta helamningstiden. Paritet, ålder och utbildningsnivå hade ingen signifikant betydelse för helamningstidens längd (Tabell 4).

Högre ålder och ett tidigt första amningstillfälle bidrog positivt till en längre *delamningstid*. Rökning och tillmatning utan medicinska skäl bidrog att förkorta delamningstiden. Paritet, utbildningsnivå och tidpunkten för hemgång från BB hade ingen signifikant betydelse för delamningstidens längd (Tabell 4).

För att förstå betydelsen av paritet, rökning och utbildningsnivå för tidpunkten för hemgång från BB, gjordes en explorativ logistisk regression. Resultatet visade att det var fler omföderskor (34%) än förstföderskor (15%) som gick hem tidigt från BB ( $p < 0.001$ ) och fler rökare ( $p = 0.002$ ). Kvinnornas utbildningsnivå hade inget signifikant samband med tidig eller sen hemgång från BB ( $p = 0.79$ ) (Studie I).

*Amningshistoria:* Totalt kunde 296 kvinnor (60.7%) svara på hur länge de själva blivit ammade som barn (totalamningstid). Omföderskor som visste hur länge de ammat som barn hade en längre hel- och totalamning än de som inte svarade på frågan. Helamningstid för de som svarade var (Md 6.0, 4.3-6.5 månader) och för de som inte svarade (Md 5.5, 4.0-6.0 månader) ( $p = 0.006$ ). Motsvarande totalamningstid för de som svarade var (Md 8.0, 6.0-11.0 månader) och för de som inte svarade (Md 7.5, 5.0-9.0 månader) ( $p = 0.007$ ). Inga signifikanta skillnader fanns hos förstföderskorna. Vid VAS skattning av mormors attityd till amning trodde de flesta kvinnor att deras egna mammor (mormor) hade en positiv attityd till amning, men inte att ”mormors” attityd skulle påverka dem.

**Tabell 4: Faktorer som påverkar amningstidens längd (explorativ linjär regression)**

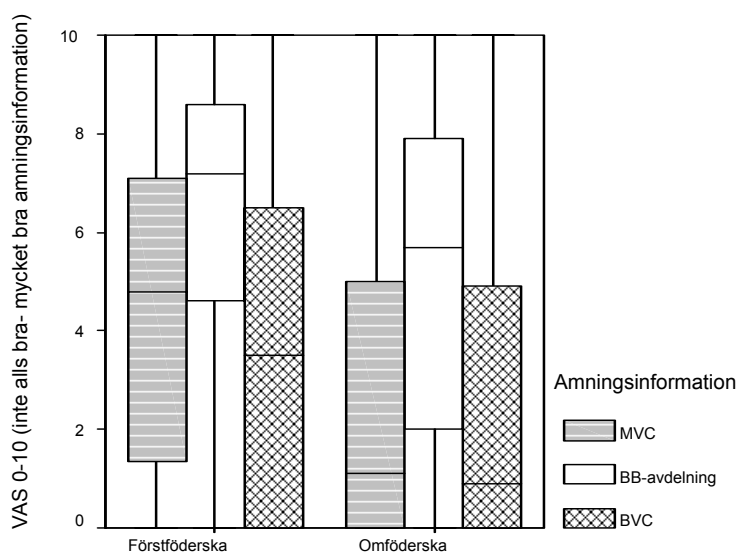
	Hel amningstid n= 444			Total amningstid n= 442		
	Coefficient	S.E. <sup>1</sup>	p	Coefficient	S.E. <sup>1</sup>	p
Intercept	0.437	0.87	0.000	6.139	1.281	0.000
0= Förstföderska, 1= Omföderska	0.239	0.239	0.717	0.418	0.353	0.171
Ålder, år	0.250	0.025	0.363	0.108	0.037	0.004
Utbildning, år	0.172	0.172	0.418	0.078	0.255	0.762
Antal cigaretter/ dag	-0.015	0.006	0.019	-0.025	0.009	0.008
Första amningstillfället < 1 timma, 0= nej, 1= ja	0.739	0.237	0.002	0.843	0.349	0.016
Modersmjölkersättning av medicinska skäl = 1, resterande = 0	-0.368	0.479	0.442	0.584	0.703	0.407
Modersmjölkersättning utan medicinska skäl = 1, resterande = 0	-1.244	0.000	<0.001	-1.173	0.416	0.005
Hemgång från BB- avdelning; > 72 timmar = 1, ≤ 72 timmar = 0	0.242	0.242	0.002	0.18	0.357	0.615
Overall	R Square = 11.4% Adjusted R Square = 9.8% p< 0.001			R Square = 8.2% Adjusted R Square = 6.5% p< 0.001		

*Stöd och trygghet:* Ju bättre mammorna skattade amningsstödet desto längre var helamningstiden för både förstföderskor och omföderskor ( $R_S$  0.31,  $p < 0.001$  och  $R_S$  0.28,  $p < 0.001$ ). Skattningen av amningsstödet korrelerade också med totalamningstid för både först- och omföderskor ( $R_S$  0.23,  $p = 0.002$  och  $R_S$  0.15,  $p = 0.01$ ).

Förstföderskorna skattade sin upplevelse av trygghet lägre, när barnet var 0-1 vecka, än omföderskorna gjorde (Md 4.9, 3.1- 7.3) och (Md 7.7, 5.0- 8.9) ( $p < 0.001$ ). När barnet blev äldre än 6 månader var det inga signifikanta skillnader. Förstföderskor kände sig tryggare med sin partner under förlossningen än vad omföderskor gjorde (Md 9.3, 8.8- 9.6) och (Md 9.1, 8.5- 9.4) ( $p = 0.003$ ). Förstföderskornas partner stannade med kvinnan och det nyfödda barnet längre än vad omföderskornas partner gjorde (Md 5.0 (3.5- 7.3 timmar) och Md 4.0 (3.0-5.0 timmar) ( $p < 0.001$ ). Ju längre partnern stannade hos förstföderskan efter förlossningen desto längre varade helamningen och totalamningen ( $R_S$  0.28,  $p < 0.001$  och  $R_S$  0.26,  $p = 0.002$ ). Först- och omföderskors åsikter om hur trygga de kände sig när barnet var äldre än sex månader, korrelerade med hur trygga de kände

sig med partnern under förlossningen, ( $R_s$  0.518,  $p < 0.001$  och  $R_s$  0.39,  $p < 0.001$ ) och det amningsstödet de fått ( $R_s$  0.23,  $p = 0.002$  och  $R_s$  0.26,  $p < 0.001$ ).

Kartläggningen i studie I och II visade att förstföderna var mer nöjda med amningsinformationen de fått från MVC ( $p = 0.008$ ), BB ( $p = 0.010$ ) och BVC ( $p = 0.047$ ) än omföderna. Både först- och omföderna var mer nöjda med den amningsinformation de fick från barnmorskorna på BB, jämfört med den amningsinformation de fått på MVC och BVC ( $p < 0.001$ ) (Figur 3).



**Figur 3 Kvinnornas skattning hur bra amningsinformationen var vid MVC-BB-BVC**



### Resultat studie III: Utveckling av ett formulär för att mäta attityder till amning hos vårdpersonal

Fyra olika attityder identifierades och benämndes utifrån resultaten i faktoranalysen; den reglerande (förklarade 17% av variansen), den faciliterande (förklarade 7% av variansen), den distanserande (förklarade 5% av variansen) och den amningsovänliga faktorn (förklarade 4% av variansen).

- Den *Reglerande faktorn* fokuserade på påståenden som schemastyrde amningen.
- Den *Faciliterande faktorn* fokuserade på påståenden som underlättade amningen.
- Den *Distanserande faktorn* fokuserade på påståenden som objektifierade kvinnan och barnet och råden utgick inte alls utifrån mammans behov.
- Den *Amningsovänliga faktorn* fokuserade på påståenden som visade på ovilja och bristande kunskaper om amning (Tabell 5).

*Amningsintresse:* Deltagarna skattade sitt amningsintresse med hjälp av VAS. Skattat amningsintresse korrelerade positivt med den faciliterande skalan ( $R_S$  0.24,  $p=0.002$ ), negativt med den distanserande skalan ( $R_S$  -0.21,  $p=0.008$ ) och med den amningsovänliga skalan ( $R_S$  -0.18,  $p=0.035$ ). Ju äldre deltagarna var, desto högre värden hade de på den reglerande skalan ( $R_S$  0.39,  $p<0.001$ ) och den distanserande skalan ( $R_S$  0.17,  $p=0.05$ ) och ju lägre värden på den faciliterande skalan ( $R_S$  -0.26,  $p=0.001$ ).

*Amningsintresse i relation till attityd:* Amningsattityder skiljde sig åt mellan MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor. Barnmorskor skattade lägre på den reglerande skalan (m 2.18) än vad BVC-sjuksköterskor gjorde (m 2.95), ( $p<0.001$ ) och högre på den faciliterande skalan (m 3.46 och m 3.01,  $p<0.001$ ) och på den amningsovänliga skalan (m 2.00 och m 1.85,  $p=0.001$ ) än vad BVC-sjuksköterskor gjorde. För att undersöka varför barnmorskorna å ena sidan skattade högt på den amningsovänliga skalan och å den andra sidan högre på den faciliterande skalan utfördes en regressionsanalys. Som beroende variabel användes den amningsovänliga skalan, oberoende variabler var barnmorskornas arbetsplats (MVC/ BB) och ålder. Det visade sig att arbeta på MVC ( $p=0.033$ ) och ha högre ålder ( $p=0.003$ ) förklarade 22% av variationen i skattningen på den amningsovänliga skalan, för barnmorskor.

**Tabell 5: De fyra faktorerna som blev resultatet av faktoranalysen. Ett påstående inkluderades i faktorn om laddningen var >0.33. Påstående med negativ laddning är kursiverade**

<b>Faktor laddning</b>	<b>Fråga nummer</b>	<b>Den reglerande faktorn</b>	<b>Cronbach's alpha: 0.80</b>
0.89	30	Det är lämpligt att introducera smakportioner då barnet är 4 månader	
-0.57	45	<i>Det är lämpligt att introducera smakportioner då barnet är 6 månader</i>	
0.56	40	Jag tycker att man bör rekommendera mammorna att sträva efter ett längre amningsuppehåll under natten	
-0.55	4	<i>Barn som ej vill suga kan lämnas ifred första dygnet</i>	
0.51	12	Det är inte bra om barnet börjar att använda bröstet som napp	
0.48	25	Jag vet allt jag behöver veta om amning	
0.44	11	Nattamning är tröttande för mammorna	
0.43	7	De flesta mammor är ej mottagliga för amningsinformation före graviditets vecka 24	
0.39	38	Vi i vårdkedjan ger mammorna de råd de behöver	
0.37	36	Barn som ammas länge brukar inte ta annan mat	
<b>Faktor laddning</b>	<b>Fråga nummer</b>	<b>Den faciliterande faktorn</b>	<b>Cronbach's alpha: 0.60</b>
0.69	24	En ammande mamma, som behöver ge barnet extra mat, rekommenderas ge det med kopp eller sked	
0.46	5	Det är viktigt att mor och barn får vara tillsammans dygnet runt	
0.46	41	Jag är förbehållslöst positiv till fri amning, oberoende av klockan	
0.45	20	Amning skyddar barnet mot sjukdomar	
-0.43	22	<i>Det är för mycket prat om amning</i>	
0.42	10	Jag lär mammorna att det är bra om de kan handmjölka	
-0.41	37	<i>Jag anser att man bör uppmana mamman att sluta amma, när barnet är 1 år</i>	
0.38	27	BB bör ha övernattningsmöjlighet för partnern	
-0.34	23	<i>Jag talar inte så mycket om amning, eftersom de mammor som inte ammat kan få dåligt samvete till följd av det</i>	
<b>Faktor laddning</b>	<b>Fråga nummer</b>	<b>Den distanserande faktorn</b>	<b>Cronbach's alpha: 0.62</b>
0.60	3	De flesta barn behöver hjälp av personalen att ta bröstet första gången	
0.53	42	På BB är det störande för mammorna när någon av rumskamraternas barn skriker	
0.52	1	De flesta mammor är ej mottagliga av amningsinformation under graviditeten	
0.49	13	De flesta mammor är ej mottagliga för amningsinformation under graviditets vecka 35-40	
0.47	7	De flesta mammor är ej mottagliga för amningsinformation före graviditets vecka 24	
0.46	43	Då mamman börjat ersätta bröstmjolk mot mat/välling slutar hon snart att amma	
0.40	6	Det är tröttsamt för mammorna att ha barnet hos sig på BB	
<b>Faktor laddning</b>	<b>Fråga nummer</b>	<b>Den amningsovänliga faktorn</b>	<b>Cronbach's alpha: 0.29</b>
-0.55	33	<i>Mjölckstockning orsakas ofta av felaktig sugteknik</i>	
-0.46	2	<i>Det är viktigt att barnet suger på bröstet under sina 2 första levnadstimmor</i>	
0.45	9	Barnets position vid bröstet har inget att göra med såriga bröstvårtor	
-0.38	46	<i>Jag har lätt för att leva mig in i hur en mamma känner för sin amning</i>	
0.37	22	Det är för mycket prat om amning	
-0.36	21	<i>Kontakten mellan mor och barn främjas genom amning</i>	
-0.36	31	<i>Mammor som är otrygga behöver extra stöd genom vårdkedjan</i>	
0.35	14	Efter förlossningen blir de flesta mammor pigga först när de slutat att amma	
0.34	23	Jag talar inte så mycket om amning eftersom de mammor som inte ammat kan få dåligt samvete till följd av det	

**Resultat studie IV: Effekter av utbildning i amningsrådgivning på vårdpersonalen attityder**

Innan interventionens start var det inga signifikanta skillnader i någon av skalorna mellan interventionsgruppen (IG) och kontrollgruppen (KG). Medelvärdena i de fyra skalorna skiljde sig inte signifikant mellan deltagarna och bortfallen innan amningsutbildningen startade. Direkt efter amningsutbildningen skedde störst förändringar i de reglerande och faciliterande skalorna. För att studera om effekterna kvarstod efter ett år gjordes ytterligare en uppföljning. Ett år efter interventionen skattade IG lägre på den reglerande skalan än de gjorde innan utbildningen ( $F=10.004$ ,  $p<0.001$ ). Värdena på den faciliterande skalan ökade både för IG ( $F= 6.669$ ,  $p = 0,003$ ) och KG ( $F= 4.804$ ,  $p = 0.037$ ) under det första året efter interventionen. I KG förändrades inte värdena på den reglerande skalan signifikant över första året. Det skedde inga signifikanta förändringar under det första året varken i den distanserande eller amningsovänliga skalan vare sig för IG eller KG.

**Skillnader mellan MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor**

I *interventionsgruppen* sänkte BVC-sjuksköterskorna sina värden på den reglerande ( $F= 8.824$ ,  $p = 0.001$ ) och den distanserande skalan ( $F= 3.715$ ,  $p = 0.038$ ) och höjde sina värden på den faciliterande skalan ( $F= 5.845$ ,  $p = 0.008$ ) under det första året efter interventionen. MVC-barnmorskorna ändrade inte sina värden på någon av skalorna förutom på den amningsovänliga skalan där värdena sänktes ( $F= 5.304$ ,  $p = 0.014$ ). I *kontrollgruppen* sänktes MVC-barnmorskornas värden på den distanserande skalan under året efter amningsutbildningen i IG ( $F= 10.495$ ,  $p= 0.01$ ).

Efter ett år skattade IG lägre på den reglerande skalan jämfört med KG. Denna skillnad kvarstod mellan grupperna när hänsyn till profession tagits ( $F= 16.399$ ,  $p <0.001$ ).

**Samstämmighet i amningsrådgivning mellan MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor**

*Samstämmighet* i amningsrådgivning skattades med hjälp av VAS i både IG och KG, före och ett år efter interventionen. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna före eller efter interventionen. Både IG och KG höjde sina värden signifikant i samstämmighet under det första året efter interventionen (IG,  $p=0.002$  och KG,  $p=0.023$ ).

## **Resultat studie V: Mammors utvärdering av rådgivningen**

### **Föräldrautbildning under graviditet**

Föräldrautbildningen startade tidigare i *graviditeten* i IG jämfört med KGA och KGB ( $p<0.001$ ) däremot deltog KG mammorna oftare i föräldrautbildningen jämfört med mammorna i IG ( $p=0.034$ ).

### **Föräldrautbildning nio månader efter förlossningen**

Fler mammor i IG deltog i föräldrautbildning ( $p=0.003$ ) fler gånger ( $p<0.001$ ). Dessutom var det oftare samma grupp som innan förlossningen ( $p<0.001$ ) jämfört med KGA och KGB. BVC-sjuksköterskorna deltog oftare föräldrautbildningen under graviditeten i interventionsgruppen (IG) än BVC-sjuksköterskorna i kontrollgrupperna ( $p<0.001$ ). MVC-barnmorskorna deltog däremot inte signifikant fler gånger i föräldrautbildningen efter förlossningen, i IG än jämfört med KGA och KGB. Det var ingen signifikant skillnad i hur många gånger partnern deltog i någon av de tre grupperna.

### **Effekter av interventionen och mammornas skattning av föräldrautbildningen**

Under *graviditeten* skattade mammorna i IG att de fick bättre amningsinformation jämfört med mammorna i KGB ( $p=0.022$ ), bättre förberedelse för föräldrarollen ( $p=0.043$ ) och de skattade amningsinformationen bättre ( $p=0.021$ ) under graviditeten, jämfört med KGA. *Tre månader efter förlossningen* skattade mammorna i IG att de fick bättre amningsinformation jämfört med mammorna i KGB ( $p=0.010$ ). *Nio månader efter förlossningen* var mammorna i IG mer tillfredsställda med den amningsinformation de fått, jämfört med mammorna i KGA ( $p=0.003$ ), Mammorna i IG fick ett större nätverk ( $p<0.001$ ), de var mer tillfredsställda med informationen om sociala rättigheter ( $p<0.001$ ) och erhållna kunskaper om barnets behov ( $p=0.044$ ) jämfört med mammorna i KGB. Mammorna i IG hade fått bättre kunskaper i vart de skulle vända sig om de fick problem med barnet eller amningen jämfört med mammorna i KGA ( $p=0.003$ ).

### **Övergripande stöd av MVC-barnmorskan och BVC-sjuksköterskan**

Under *graviditeten* skattade mammorna i IG och KGB det övergripande stödet från MVC-barnmorskan bättre än mammorna i KGA ( $p<0.001$ ), men det var ingen skillnad mellan mammorna i IG och KGB. *Tre månader efter förlossningen* skattade mammorna i IG att de fick bättre övergripande stöd från BVC-sjuksköterskorna, än mammorna i KGB ( $p=0.029$ ) och KGA

( $p=0.020$ ). *Nio månader efter förlossningen* fick fortfarande mammorna i IG bättre övergripande stöd från BVC sjuksköterskorna, än mammorna i KGA ( $p=0.002$ ).

### **Emotionellt stöd av MVC-barnmorskan och BVC-sjuksköterskan**

Under *graviditeten* var det ingen skillnad i skattningen av emotionellt stöd från MVC-barnmorskan mellan mammorna i IG och KGB. Mammorna i IG skattade MVC-barnmorskorna som lugnare ( $p<0.001$ ) och att de ansåg att de fick bättre förberedelse för föräldrarollen än vad mammorna i KGA gjorde ( $p<0.001$ ). *Tre månader efter förlossningen* skattade mammorna i IG BVC-sjuksköterskorna som mer lyhörda ( $p<0.001$ ) och förstående ( $p<0.001$ ) än mammorna KGB och KGA. IG mammorna fick mer tid vid besöken ( $p=0.005$ ) och uppfattade att BVC-sjuksköterskan var lugnare ( $p=0.015$ ) än vad mammorna i KGA gjorde. *Nio månader efter förlossningen* skattade mammorna i IG fortfarande BVC-sjuksköterskorna som mer lyhörda ( $p<0.001$ ) än vad KGB ( $p<0.001$ ) och KGA gjorde ( $p=0.002$ ). Mammorna i IG skattade även BVC-sjuksköterskan som mer förstående än mammorna i KGB ( $p=0.036$ ) och KGA ( $p<0.001$ ) gjorde. Dessutom uppfattade IG mammorna BVC-sjuksköterskan som lugnare än vad KGB mammorna gjorde ( $p<0.001$ ).

### **Informativt stöd av MVC-barnmorskan och BVC-sjuksköterskan**

Under *graviditeten* skattade mammorna i IG att MVC-barnmorskorna förmedlade bättre amningsinformation än vad KGA mammorna gjorde ( $p<0.001$ ). *Tre månader efter förlossningen* fick mammorna i IG bättre amningsinformation än KGB ( $p=0.003$ ) och KGA mammorna ( $p<0.001$ ). Mammorna i IG fick också bättre kunskaper om barnets behov än vad mammorna i KGB ( $p=0.002$ ) och KGA ( $p<0.001$ ) fick. *Nio månader efter förlossningen* fick mammorna i IG bättre amningsinformation ( $p=0.008$ ) och bättre kunskaper om barnets behov än KGA mammorna ( $p=0.018$ ).

### **Mammans relation till barnet**

*Tre dagar efter förlossningen* var det ingen signifikant skillnad mellan mammorna i IG och KGB i deras relationen till barnet. Mammorna i IG skattade däremot, att de kände mer att barnet var deras eget ( $p<0.001$ ), njöt mer av amning ( $p<0.001$ ) och vilade bäst när barnet var hos dem ( $p<0.001$ ) än vad mammorna i KGA gjorde. *Tre månader efter förlossningen* var det ingen signifikant skillnad mellan grupperna. *Nio månader efter förlossningen* pratade mammorna i IG mer med sitt barn ( $p=0.001$ ), tyckte att barnet var sötare ( $p=0.001$ ) och kände mer att barnet var deras eget ( $p=0.041$ ) än KGB mammorna.

### **Mammans känslor för barnet**

*Tre dagar efter förlossningen* kände sig mammorna i IG tryggare med barnet ( $p < 0.001$ ) och de kände större närhet till barnet ( $p < 0.001$ ) än mammorna i KGA. *Tre månader efter förlossningen* var det ingen signifikant skillnad i mammornas känslor för barnet mellan mammorna i någon av grupperna. *Nio månader efter förlossningen* kände sig mammorna i IG tryggare med barnet ( $p = 0.003$ ) och kände större närhet till barnet ( $p < 0.001$ ) än KGB mammorna.

### **Amningstidens längd**

Mammorna i IG *helammade* längre än mammorna i KGA ( $p = 0.02$ ). (IG, m 3.9, SD 2.2 månader), (KGA m 3.2, SD 1.7 månader) (KGB, m 3.5, SD 2.0 månader). Det var ingen signifikant skillnad i *totalamningstid* mellan någon av grupperna (IG, m 7.5, SD 4.7 månader), KGA (m 7.1, SD 4.6 månader) och KGB (m 7.0, SD 4.5 månader).

## **DISKUSSION**

### **Olika vårdrutiner relaterade till amningen**

En tidig första amning har visat sig ha betydelse för amningstidens längd (De Chateau et al., 1977; Salaria et al., 1978). I studie I var det en vanlig vårdrutin att barnet fick ligga hud mot hud på sin mammas bröst direkt efter förlossningen. Tidig hudkontakt kan tänkas bidra till ökad kommunikation mellan mamman och barnet (De Chateau et al., 1977; Matthiesen, Ransjö-Arvidsson, Nissen, & Uvnäs-Moberg, 2001; Sosa et al., 1980; Widström et al., 1987). När barnet för första gången får ligga hud mot hud med mamman direkt efter förlossningen, börjar det så småningom att massera bröstet med händer och fingrar. Denna massage leder till en parallell oxytocin frisättning hos mamman, vilket troligtvis förbereder mamman för amningen (Matthiesen et al., 2001). Fler omfödorskor än förstfödorskor i föreliggande studie ammade sina nyfödda inom första timmen efter födelsen. Orsaken till detta skulle kunna vara att omfödorskor hade kortare förlossningstid och färre medicinska bedövningar än förstfödorskor. Medicinska bedövningar till kvinnor under förlossningen försenar det nyföddas barnets spontana instinkter och beteende i amningssituationen, framförallt sugbeteendet (De Chateau et al., 1977; Matthiesen et al., 2001; Nissen et al., 1995; Ransjö-Arvidsson et al., 2001; Rigardt & Alade, 1990; Sosa et al., 1980; Widström et al., 1987). Om inte det friska barnet ammas under sin första levnadstimma kan det därför vara extra betydelsefullt att uppmana den nyblivna mamman att ha hudkontakt med barnet, vilket stimulerar bindning mellan mor och barn (De Chateau

et al., 1977; Klaus, Kennell, & Klaus, 1995) och möjliggör att barnet suger på bröstet den första vakenhetsperioden (Studie I).

Det är välkänt från tidigare studier, att tillmatning ger kortare amningstid (Bourgoin et al., 1997; DiGirolamo et al., 2003; Nylander & Matheson, 1989) särskilt om mamman har en lägre utbildningsnivå (Ummarino M et al., 2003). Denna studie (Studie I) visade att de friska nyfödda barn som tillmatades med ersättning under första levnadsveckan, amrades kortare tid än de barn som inte tillmatades, eller där medicinska skäl förelåg för tillmatningen. En tänkbar förklaring till detta skulle kunna vara att mamman kände sig otillräcklig när hennes barn tillmatades utan goda skäl och detta ledde således till dåligt självförtroende. Förstföderskors barn fick oftare ersättning första veckan utan medicinska skäl, särskilt i de fall de inte ammats under sin första levnadstimma (Studie I). Det medicinska behovet av att tillmata nyfödda barn med ersättning är mindre än 10% om barnet föds friskt (Hofander & Hillervik, 1994). Denna siffra stämmer väl med antalet barn som tillmatades av medicinska skäl i denna studie. Av de barn som tillmatades med ersättning skedde det i de flesta fall utan medicinska skäl. Dessa resultat indikerar att det är mycket angeläget att riktlinjer för tillmatning av nyfödda barn kritiskt granskas och efterföljs i praktiken.

Mammor som gick hem från BB inom 72 timmar var oftare rökare och omföderskor än de som gick hem efter 72 timmar från BB. Att rökare ammar kortare tid, är tidigare visat (Ford & Labbok, 1990). Rökning påverkar mammans prolaktin (Baron, Bulbrook, & Wang, 1986) och somatostatin mönster på ett ur amningssynpunkt ogynnsamt sätt (Widström, Werner, Matthiesen, Svensson, & Uvnäs Moberg, 1991). Rökningen kan således leda till en minskad mjölkproduktion (Uvnäs Moberg, Widström, Marchini, & Winberg, 1987). Emellertid visade resultaten i regressionsanalysen, att mammor som gick hem inom 72 timmar från BB hade en kortare helamningstid, trots att hänsyn tagits till både rökning och utbildningsnivå (Studie I). Det är troligt att mammor behöver stöd under amningens etableringsfas både på BB och i hemmet. Huruvida tidig hemgång påverkar amning är inte helt klarlagt. Svedulf och Waldenström har inte funnit några skillnader i amningstiden längd mellan kvinnor som lämnar BB tidigt eller sent efter förlossningen. Effekterna på amningen har mer kopplats till bakgrundsdata (Svedulf et al., 1998; Waldenström, 2004; Waldenström, Sundelin, & Lindmark, 1987). För att kunna ge kvinnor det individuellt anpassade stöd de behöver kring barnafödande är det viktigt att tidpunkten för hemgång från BB och mammans bakgrund sätts i relation till den vård som bör erbjudas efter förlossningen. Om inte fullgoda riktlinjer för tidig hemgång utvecklas kan det leda till att mamman inte får det stöd och den trygghet hon behöver vilket kan medföra negativa effekter på amningen och mammans relation till barnet. Detta kan på

sikt påverka folkhälsan och samhällsekonomin ogynnsamt (Riordan, 1997).

### **Kvinnornas eget nätverk och dess betydelse för amningen**

I studie II visade vi att omföderns amningstid samvarierade med hur länge de själva hade ammat som barn. Andra forskare har visat att kvinnor med en längre amningsperiod är mer tillfreds med relationen till sin mamma och det emotionella stöd de fått från sin mamma än kvinnor med kortare amningstid (Humphreys et al., 1998). I denna studie kände många kvinnor inte till sin egen amningshistoria, vilket skulle kunna hänga ihop med att de hade ett mer distanserat förhållande till sin mor, än de kvinnor som kände till sin amningshistoria. Att mor och dotter pratar om amning kan tyda på en närmare relation, eller att de gemensamma erfarenheterna av att amma gör det lättare att prata om amning. De kvinnor som deltog i studien (II) trodde inte att "mormor" påverkade deras amning. En förklaring till detta skulle kunna vara att mormödrar, medvetet eller omedvetet influerar sin dotters beteende vad gäller amning och kommunikation med barnet. Det kan vara så att dottern repeterar den egna mammans förhållningssätt mot henne i tidig barndom (Raphael-Leff, 2001) (Studie II).

Resultat från studie II visade att upplevelsen av styrkan i det övergripande amningsstödet (mätt med VAS) samvarierade med amningstiden för både först- och omfödern. Det är tidigare visat att kvinnans upplevelse av partners stöd är betydelsefullt för amningen (Bar-Yam & Darby, 1997; Giugliani et al., 1994; Humphreys et al., 1998; Tarkka & Paunonen, 1996). Denna studie visade att amningstiden hos förstfödern samvarierade med hur länge familjens samvaro varade efter förlossningen. Tolkningen av detta resultat måste ske med försiktighet, resultaten skulle kunna indikera att samvaron efter förlossningen skulle kunna återspegla närhet och trygghet i förhållandet eller att kunna ge en unik möjlighet att skapa närhet och trygghet i den nyblivna familjen (Studie II).

### **Amningsinformation från MVC-barnmorska, BB-barnmorska och BVC-sjuksköterska**

I kartläggningen (Studie II) framkom inget signifikant samband mellan kvalitén på amningsinformationen från vårdpersonalen och amningstidens längd. Förstfödern var jämfört med omfödern mer nöjda med den amningsinformation de fått. Mammorna tyckte dock att de fick den bästa amningsinformationen på BB, jämfört med MVC och BVC. Liknande resultat har Tarkka redovisat (Tarkka & Paunonen, 1996). Detta kan antingen bero på att amningsinformationen var sämre på MVC och BVC eller att mammorna var mest receptiva direkt efter förlossningen och därför kommer ihåg den information de fick på BB lättare än den information de fick på MVC och BVC. Fyndet i studie II ledde oss vidare att göra en intervention för att förbättra



amningsrådgivningen i vårdkedjan MVC-BB-BVC. Ett första steg blev att utveckla ett formulär för att mäta amningsattityder.

### **Amnings attityder hos vårdpersonal**

Utifrån svaren på attitydformuläret utkristalliserade sig fyra typer av amningsrådgivare: den reglerande, den faciliterande, den distanserande och den amningsvänliga rådgivaren. Dessa olika dimensioner gav en bild av hur vårdpersonalen tänker om amning och deras roll som rådgivare (Studie III).

Vårdpersonal med höga värden på den *faciliterande* skalan trodde att mamman och barnet har en egenkraft att klara av amningen. Dessutom hade vårdpersonal med höga värden på den faciliterande skalan ett större amningsintresse. Den faciliterande attityd som identifierades finns också hos ammande kvinnor (Raphael-Leff, 1985). Den faciliterande mamman tror att "barnet vet bäst" och låter barnet bestämma när det ska ammas (Raphael-Leff, 1985).

Vårdpersonal med höga värden på den *reglerande* skalan, instruerar mammorna hur de ska organisera sin amning schemamässigt istället för att vara känsliga för barnets behov. Denna attityd återfinnes också hos mammor. Dessa mammor tror att de "vet bäst" när barnet ska ammas, utan att lyssna till barnets behov. De slutar också amma tidigare än mammor med en faciliterande attityd (Raphael-Leff, 1985).

Barnmorskorna skattade högre på den faciliterande skalan och lägre på den reglerande skalan, jämfört med BVC-sjuksköterskorna. Detta kan bero på att barnmorskans perspektiv är hälsoinriktat, vilket gör det lättare att tro att friska mammor och barn kan klara amningen och att vårdpersonalens uppgift är att ge det stöd som behövs. BVC-sjuksköterskors profession är mer inriktad på att förebygga och upptäcka sjukdomar vilket kan leda till en mer reglerande attityd, där kontroller av barnets tillväxt blir central och ett mått på hälsa och välbefinnande.

Vårdpersonal med höga värden på den *distanserande* skalan lägger mycket kraft på sitt eget ansvar som vårdare och har sannolikt inte så hög tillit till mammans egen förmåga att skaffa sig egna amningskunskaper. De ser barnet som "störande" för mamman och ser mor och barn som objekt, med begränsade resurser till egenkraft. Vårdpersonal med höga värden på den distanserande skalan hade inte så stort amningsintresse som vårdpersonal med en faciliterande attityd. Tillsammans utgör den reglerande och den distanserande attityden en "kontrollerande attityd". Både reglerande och

kontrollerande personligheter tenderar att distansera sig själva från den naturliga amningsprocessen (Raphael-Leff, 1985; Gamble & Morse, 1992). Vårdpersonal med höga värden på den reglerande och den distanserande skalan kan vara oförmögna att förmedla ett individuellt stöd till blivande och nyblivna mammor på ett lyhört sätt (Studie III).

Vårdpersonal med höga värden på den *amningsovänliga* skalan främjar inte amningen och visar sannolikt inte empati för mammorna och deras barn. Vårdpersonalen som hade höga värden på den amningsovänliga skalan hade också mindre intresse för amning jämfört med vårdpersonal som hade högre värden på den faciliterande skalan (Studie III). Vårdpersonal med höga värden på denna skala kan troligtvis skada amningen (Studie III). Bristande kunskaper och ogynnsamma attityder gentemot amning kan resultera i dålig och inkonsekvent amningsrådgivning.

De barnmorskor som skattade högre på den amningsovänliga skalan arbetade vid MVC och var äldre än de som skattade lägre på den amningsovänliga skalan. En förklaring kan vara att BB-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor träffar nyblivna mammor och deras nyfödda dagligen medan MVC-barnmorskor har valt annat fokus i sitt arbete och behöver inte reflektera över sina egna amningsattityder i sin dagliga rådgivning. En annan förklaring kan vara egna upplevelser av amning. Vårdpersonalen i dessa studier fick sannolikt sina egna barn under 1960 och 1970 talet, när amningsfrekvensen var låg i Sverige. Kunskaper om amning var bristfälliga och på BB fick mammorna endast träffa sina barn vid reglerade amningstillfällen. Om barnet inte ville amma vid dessa tillfällen tillmatades de med ersättning. Vårdpersonal kan därför sakna egna positiva referenser till amning (Svensson & Nordgren, 2002). Att få reflektera kring egna minnen kan hjälpa rådgivare att bearbeta sina egna upplevelser och därigenom ge mor och barn ett professionellt amningsstöd (Raphael-Leff, 2001) (Studie III).

*Metodologiska aspekter:* I studie III var det en svarsfrekvensen på 81,2 % där barnsköterskorna på BB hade den lägsta svarsfrekvensen (59.1%). Orsaken till det större bortfallet i denna grupp är okänd. Barnsköterskorna är mycket involverade i vården av mammorna och deras nyfödda, vilket medför att deras attityder till amning har stor betydelse för vården. I den nya omorganisationen inom BB-vården är den dominerande bemanningen barnmorskor. Den lägre svarsfrekvensen för barnsköterskorna kan bero på att de kände sig professionellt marginaliserade och valde att inte svara på enkäterna. Det kan inte uteslutas att barnsköterskornas bortfall kan ha orsakat ett systematiskt fel i resultatet.

Reliabiliteten i instrumentet visade till vilken grad, de olika faktorerna mätte samma dimension. En hög Cronbach's alpha visar att alla deltagarna som svarat på ett sätt på ett påstående i en faktor, svarar på ett liknande sätt på de övriga påståendena i den faktorn och utgör ett mått på homogenitet. Cronbach's alpha varierade för de tre första faktorerna från 0,6-0,8, vilket bedöms vara acceptabelt (Altman, 1995). Den "amningsovänliga" faktorn visade låg Cronbach's alpha. Detta skulle kunna bero på en stor bredd i påståendena. Det omaka innehållet i påståendena i den "amningsovänliga" faktorn skulle kunna förklara både den låga laddningen och det låga Cronbach's alpha. Två påståenden (nummer 22 och 23) laddade i två faktorer, men i motsat riktning, vilket är i överensstämmelse med förståelsen av dessa två faktorer. Fråga nummer 7 laddade både i den reglerande och i den distanserande faktorn, vilket indikerar att dessa faktorer ligger varandra nära.

Attitydinstrumentet skulle kunna få högre precision om mer fokuserade påståenden tillförts i den amningsovänliga faktorn. Förslag på sådana påståenden skulle kunna vara "Fördelarna med amning är överdrivna", "Jag finner synen av en ammande kvinna motbjudande" och "Jag är osäker på vad det är som gör att amningen lyckas" med mera. Det skulle vara av värde att göra en bekräftande faktoranalys på ett nytt större material för generaliserbarhet. Styrkan i detta arbetssätt ligger i att man på grundval av utförd studie kan hypotetisera hur påståendena faller in i faktorerna och i vilken utsträckning de gör det (Raykov & Marcoulides, 2000).

Olika författare har olika uppfattningar om fördelningen mellan antalet påståenden och antalet deltagare i en attitydundersökning. Gouch tycker att antalet påståenden bör utgöra en femtedel av antalet deltagare för att vara tillräckligt (Gouch, 1983). Tinsley föreslår att man bör ha 5-10 deltagare per påstående upp till 300 deltagare. Ett större antal påståenden per deltagare gör analysen mer stabil (Tinsley & Tinsley, 1987). Faktoranalysen av attitydformuläret var dock stabil, vilket medförde att vi bedömde antalet deltagare och påståendena som tillräckligt stora. Vid namngivningen av faktorerna försökte vi återge innebörden av de samlade påståendena. De dimensioner vi funnit i attitydformuläret stämmer väl överens med andra författares namngivning av attityder hos föräldrar (Gamble & Morse, 1992; Raphael-Leff, 1985).

### **Effekterna av utbildning i amningsrådgivning på vårdpersonalens amningsattityder**

Före utbildningen i amningsrådgivning skattade MVC-barnmorskorna lägre på den reglerande skalan och högre på den faciliterande skalan än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. (Studie IV). Inga förändringar skedde i MVC-barnmorskornas attityder efter utbildningen, förutom att de skattade lägre

på den amningsovänliga skalan, jämfört med kontrollgruppen. Eftersom MVC-barnmorskorna redan hade amningsvänliga attityder kunde man troligtvis inte förväntat sig några större attityförändringar. Efter utbildning skattade BVC-sjuksköterskorna i interventionsgruppen lägre både på den reglerande och den distanserade skalan och högre på den faciliterande skalan, jämfört med kontrollgruppen. BVC-sjuksköterskorna amningsattityder innan utbildningen gav dem större möjligheter att utveckla sig i positiv riktning, vilket talar för att BVC-sjuksköterskorna hade större effekt av utbildningen, än vad MVC-barnmorskorna hade. I studie IV visade resultaten en kvarstående sänkning av värdena på den reglerande skalan i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, sedan hänsyn till profession tagits. Detta innebar att utbildningen gav bestående resultat.

*Metodologiska aspekter:* I studie IV var svarsfrekvensen 69,8%. Vid uppföljningen (efter ett år) hade ytterligare 26 deltagare fallit ur studien. Under hela studieperioden var bortfallet 30% (n=26). Hälften av bortfallet förklarades av pensioneringar och byte av arbetsplats (Figur 2). Bortfallen fördelade sig lika över kommunerna. De interna bortfallens svar på attitydformuläret vid första mätningen skiljde sig inte åt jämfört med deltagarnas, vilket talar för att bortfallen tillhörde samma population.

### **Förstfödernas utvärdering av stöd från MVC-barnmorskor och BVC-sjuksköterskor**

När MVC-barnmorskornas och BVC-sjuksköterskornas utbildning i amningsrådgivning utvärderades av förstagångsmammor visade det sig i studie V, att det inte var någon skillnad i mammornas uppfattning om det stöd de fått från MVC-barnmorskorna i interventionsgruppen jämfört med dem kontrollgruppen som samlades in samtidigt. Däremot skattade mammor att det var skillnad mellan interventionsbarnmorskornas förhållningssätt och kontrollbarnmorskornas förhållningssätt i den kontrollgrupp som samlades in innan interventionseffekterna borde kunnat ses. Det är inte långsökt att tro att information fördes över från MVC-barnmorskorna i interventionsgruppen till den kontrollgrupp som samlades in samtidigt.

De första nio månaderna efter förlossningen skattade interventionsmammorna att de fått ett bättre övergripande stöd och värderade BVC-sjuksköterskorna som lugnare, känsligare och mer förstående. Dessutom tyckte mammorna att de hade mer kunskap om barnets behov och att de fått bättre amningsinformation från BVC-sjuksköterskorna jämfört med båda kontrollgrupperna. Mammors skattning av stödet från BVC-sjuksköterskorna efter utbildningen i amningsrådgivning avspeglade resultatet av studie IV där det visade sig att BVC-sjuksköterskorna ändrat sin attityd

mest i positiv riktning, jämfört med MVC-barnmorskorna (Studie IV). Sålunda gav utbildningen gynnsamma effekter på BVC-sjuksköterskornas förhållningssätt till mammorna.

### **Stöd i relation till känslor för barnet**

Interventionsmammorna hade nio månader efter förlossningen mer samspel med sitt barn och hade varmare känslor för sitt barn och skattade relationen med barnet som mer trygg jämfört med kontrollgrupperna. Mammorna pratade mer med barnet, de tyckte att barnet var sötare och kände mer att barnet var deras eget. Mammorna i interventionsgruppen kände sig dessutom större närhet till barnet. En möjlig förklaring till att mammor i interventionsgruppen uttryckte varmare och tryggare känslor för sitt barn samt hade ett rikare samspel med barnet än mammorna i kontrollgruppen hade, kan vara att vårdpersonalen i interventionsgruppen lyfte fram barnets förmåga mer än vårdpersonalen i kontrollgruppen. I den processorienterade utbildningen i amningsrådgivning fokuserades på den senaste forskningen inom mor-barn interaktionen vilket kan ha inspirerat BVC-sjuksköterskorna. I andra studier från Sydamerika, där mammor fått stöd av doula under barnafödande har man visat att mamman interagerar mer med barnet än de mammor som inte fått stöd av doula (Sosa et al., 1980; Wolman et al., 1993). Det är troligt att ett stödjande och inlyssnande förhållningssätt stärker mammans självförtroende och minskar hennes oro och gör henne mer lyhörd för sitt barn.

### **Föräldrautbildning vid MVC och BVC**

I interventionsgruppen startade föräldrautbildningen tidigare under graviditeten och BVC-sjuksköterskan deltog oftare före förlossningen, vilket tyder på att denna del av interventionen genomfördes väl. Den utökade föräldrautbildningen förbättrade mammornas sociala nätverk, ökade mammornas kunskap om sociala rättigheter, barnets behov och amning (Studie V). Vårdpersonal och erfarna föräldrar kan stärka de blivande eller nyblivna föräldrarna i sin nya föräldraroll om de ger ett positivt stöd (Klaus et al., 1995; Tarkka et al., 1998).

*Metodologiska aspekter:* I studie V, var svarsfrekvensen vid första enkäten 94%. Deltagandet sjönk till 62% vid den sista enkäten. Att svarsfrekvensen sjönk, kan ses som naturligt då frågorna var ungefär likadant utformade och vissa mammor kanske tyckte att de svarat på frågorna förut. Av de som inte svarade på enkät 3, hade 66 mammor slutat att amma, vilket kan vara ett skäl att de inte svarade på enkäten. Det metodologiska förhållningssättet i studie V, med två kontrollgrupper var värdefullt för att validera förändringar över tid.

## KONKLUSIONER OCH REKOMMENDATIONER FÖR KLINISK TILLÄMPNING

En processorienterad utbildning i amningsrådgivning kan leda till kontinuitet i vården, en gemensam amningspolicy och ett förbättrat förhållningssätt hos vårdpersonal. På så vis växer mammornas självförtroende och barnets förmåga lyfts fram, vilket bidrar till att stärka mammans känslor för barnet och ger ett rikare samspel med barnet. En föräldrautbildning som sträcker sig från graviditeten och under barnets första år och bygger på en sådan utbildning, som beskrivs i dessa studier, bör praktiseras för att stärka stödet till den blivande och nyblivna familjen.

Resultatet i avhandlingen visade att de kvinnor som ammar en kortare tid oftare är rökare, yngre och har en lägre utbildningsnivå, jämfört med de kvinnor som ammar längre tid. Vårdpersonal bör skaffa sig kunskap om kvinnornas bakgrundshistoria och sociala nätverk för att kunna individualisera sin rådgivning och fokusera på de kvinnor som löper risk att avsluta sin amning tidigt. Det bör finnas möjlighet till samvård för den nyblivna familjen. Den tid som den nyblivna familjen fick vara tillsammans efter förlossningen återspeglas senare i mammans trygghet och hur länge hon sedan ammar.

Om det nyfödda barnet ammas under sin första vakenhetsperiod ammas barnet en längre tid än de barn som inte ammas under första vakenhetsperioden och barnet löper mindre risk att tillmatas med ersättning utan medicinska skäl. Vårdpersonal bör vänta med andra rutiner för att främja en möjlighet till tidig amning.

## REFERENSER

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Introduction, *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. United States of America: Prentice-Hall, inc., Englewood Cliffs.
- Altman, D. (1995). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall.
- Anianssin, G., Alm, B., Andersson, B., Håkansson, A., Larsson, P., Nylén, O., Peterson, H., Rignér, P., Svanborg, M., Sabharwal, H., & Svanborg, C. (1994). A prospective cohort study on breastfeeding and otitis media in Swedish Infants. *Pediatr Infect Dis J*(13), 183-188.
- Baron, JA., Bulbrook, RD., Wang, DY (1986) Cigarette- smoking and prolactin in women. *Br Med J*(293) 483-482.
- Bar-Yam, N., & Darby, L. (1997). Literature review. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact*(13), 45-50.
- Beadudry, M., Dufour, R., & Marcoux, S. (1995). Relation between infant feeding and infections during the first six month of life. *J Pediatr*(126), 191-197.
- Beccera, J., & Smith, J. (1990). Breastfeeding patterns in Puerto Rico. *Am J Public Health*(80), 694-697.
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, W. (1996). Womens experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*(12), 11-15.
- Berg, R. (1990). Rökande mödrar har svårare att komma igång med amningen. *Läkartidningen*(87), 2025-2027.
- Bergman, V., Larsson, S., Lomberg, H., Möller, A., & Mårild, S. (1993). A survey of Swedish mothers' views on breastfeeding experiences of social and professional support. *Scand J Caring Sci.*, 7, 47-52.
- Bernaix, L. (2000). Nurses' Attitudes, Subjective Norms, and Behavioral Intentions Toward Support of Breastfeeding Mothers. *Journal of Human Lactation*, 16, 201-209.
- Blomquist, H., Jonsbo, F., Serenius, F., & Persson, L. (1994). Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr*(83), 1122-1126.
- Bourgoin, G., Lahaie, N., Rheume, B., Berger, M., Dovigi, C., Picard, L., & Sahai, V. (1997). Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. *Can J Public Health*(88), 238-241.
- Clements, M., Mitchell, E., Wright, S., Esmail, A., Jones, D., & Ford, R. (1997). Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta Paediatr*(86), 51-56.
- Davis, M. K., Savitz, D., & Graubard, B. (1988). Infant feeding and childhood lymphomas(cancer). *Lancet*(2), 365-368.
- De Chateau, P., Holmberg, H., Jakobsson, K., & Wiberg, B. (1977). A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Develop. Med. Child Neurol*(19), 575-584.
- De Vellis, R. (2003). *Scale Development. Theory and Applications* (Vol. Applied Social Research Methods Series. Volume 26). London: SAGE Publications.
- DiGirolamo, A., Grummer-Strawn, L., & Fein, S. (2001). Maternity Care Practices: Implications for Breastfeeding. *Birth*(28), 94-100.
- DiGirolamo, A., Grummer-Strawn, L., & Fein, S. (2003). Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth*, 30(2), 94-100.
- Donath, S., Amir, L., & Team, A. S. (2001). The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr*(93), 1514-1518.
- Fabian, H., Radestad, I., & Waldenstrom, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*(20), 226-235.
- FN. (1990). *Barnkonventionen*. Barnombudsmannen, [www.bo.se](http://www.bo.se) [2004].
- Ford, K., Lobbok, M. (1990) Who is breastfeeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. (1990) *Am J Clin Nutr.*(52) 451-456.
- Gamble, D., & Morse, J. (1992). Fathers of Breastfed Infants: Postponing and Types of Involvement. *JOGN*, 22, 358-364.

- Gift, A. (1989). Visual Analogue Scales: Measurement of Subjective Phenomena. *Nursing Research*(38), 286-288.
- Giugliani, E., Caiffa, W., Vogelhut, J., Witter, F., & Perman, A. (1994). Effect of Breastfeeding Support from Different Sources on Mothers' Decision to Breastfeed. *Journal of Human Lactation*, 10(3), 157-161.
- Gourch, R. (1983). *Factor Analysis* (Second Edition ed.). New Jersey & London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hansson, L. (2004). *Immunobiology of Human Milk. How Breastfeeding Protects Babies*. Göteborg: Pharmasoft Publishing.
- Henderson, C., & Macdonalds, S. (2004). *Mayes' Midwifery. A textbook midwives*. Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Hill, P., Humenick, S., Argubright, T., & Aldag, J. (1997). Effects of parity and weaning practices on breastfeeding duration. *Public Health Nurs*(14), 227-234.
- Hofander, Y., & Hillervik, C. (1994). Tio steg för lyckad amning. Global satsning som engagerar Sverige. *Läkartidningen*(50), 4787-4791.
- Hove, D., Brandon, M., Hininings, D., & Schoield, G. (1999). *Attachment theory, child maltreatment and family support: A practice and assessment model*. London: Macmillan Press Ltd.
- Humphreys, A., Thompson, N., & Miner, K. (1998). Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth*(25), 169-174.
- Hwang, P., & Wickberg, B. (2001). *Föräldrastöd och barns psykiska hälsa* (2001:37). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ingram, J., & Johnson, D. (2004). A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery*(20), 367-379.
- Jansson, S., & Rydberg, B. (1998). Early postpartum discharge and subsequent breastfeeding. *Birth*(25), 222-225.
- Jerlock, M., Falk, K., Severinsson, E. (2003) Academic nursing education guidelines: tool for bridging the gap between theory, research and practice. *Nurs Health Sci.*(5), 219-228.
- Karlson, E., Mandl, L., Hankinson, S., & Grodstein, F. (2004). Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum*(50), 3458-3467.
- Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (1995). *Bonding. Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. Massachusetts: Addison Wesley.
- Kwan, M., Buffer, P., Abrams, B., & Kiley, V. (2004). Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep*, 119(521-535).
- Kvist, L., Persson, E., & Lingman, G. (1996). A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge. *Midwifery*(12), 85-92.
- Kylberg, E. (2003). Amningsvänliga sjukhus-hela listan. *Amningsnytt*(4), 11.
- Martens, P. (2000). Does Breastfeeding Education Affect Nursing Staff Beliefs, Exclusive Breastfeeding Rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative Compliance? The Experience of a Small, Rural Canadian Hospital. *Journal of Human Lactation*, 16, 309-318.
- Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidsson, A.B., Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K. (2001) Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*(1), 13-19.
- MFR. (1999). *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa. A state of the art dokument*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.
- Michaelsen, K., Larsen, P., Thomsen, B., & Samuelson, G. (1994). The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: Duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr*(83), 565-571.
- Nylander, G., & Matheson, I. (1989). Tidskrift Nor. Laegeforen. *Amning, Effekt av rökning og utdanning*(109), 970-973.
- Oakly, A. (1994). Giving support in pregnancy: the role of research midwives in randomised controlled trail., *Midwives, Research and Childbirth* (pp. 30-63.). London: Chapman & Hall.
- Owoaje, E., Oyemade, A., & Kolude, O. (2002). Previous BFHI training and nurses' knowledge, attitudes and practices regarding exclusive breastfeeding. *Afr J Med Sci*, 31(2), 137-140.
- Piper, S., & Park, P. (1996). Predicting the duration of lactation: Evidence from a national survey. *Birth*(23), 7-12.



- Quarles, A., Williams, P., Hoyle, D., Brimeyer, M., & Williams, A. (1994). Mothers' intention, age, education and the duration and management of breastfeeding. *Maternal-Child Nursing J*(22), 102-108.
- Raphael-Leff, J. (1985). Facilitators and Regulators: Vulnerability to Postnatal Disturbance. *J of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*(4), 151-168.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Psychological Processes of Childbearing*. Revised edition (pp. p.342). London: Chapman & Hall.
- Raykov, T., & Marcoulides, G. (2000). *A First Course in Structural Equation Modeling*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Riordan, J. (1997). The Cost of Not Breastfeeding: A Commentary. *J Hum Lact*(13), 93-97.
- Salaria, E., Easton, P., & Cater, J. (1978). Infant feeding. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*, 1141- 1143.
- Salt, M., Law, C., Bull, A., & Osmond, C. (1994). Determinants of breastfeeding in Salisbury and Durham. *J Pub Health Med*(16), 291-295.
- Sikorski, J., Renfrew, M., Pindoria, S., & Wade, A. (2002). *Support for breastfeeding mothers childbirth (A Cochrane Review)* (Issue 3). Oxford: Update Software: The Cochrane Library.
- Silverman, D. (1970). *The theory of Organisations*. London: Heinemann.
- Simkin, P. (1996). The experience of Maternity in a Woman's life. *Journal of obstetric, gynecology and neonatal nursing*(3), 247 -252.
- Socialdepartementet. (1992). *Kommittédirektiv. Åtgärder i anledning av WHO:s och Unicef:s gemensamma initiativ i syfte att skydda, stödja och främja amning* (1992:41): Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (1983). *Svensk tillämpning av den internationella koden för marknadsföring av bröstmjölkersättningar* (1983:2. Marknadsföring av bröstmjölkersättningar). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (1993). *Amningsvänliga sjukhus för att skydda och, stödja och främja amning. Kommittén för ett svenskt deltagande i UNICEF/WHO-aktionen "Baby friendly hospitals"*. (1993:85). Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1994a). *Kvalitetssäkring av barnhälsovården-Att skydda skyddsnetet* (1994-3-19). Stockholm.
- Socialstyrelsen. (1994b). *Socialstyrelsens allmänna råd om tidig hemgång efter förlossningen* (SOSFS 1993:1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (1997). *Stöd i föräldraskapet* (SOSFS 1997:161). Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2004). *Amning av barn födda 2002* (2004:6). Stockholm.
- Sosa, R., Kennel, J., Klaus, M., & Robertson, S. (1980). The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor and Mother-Infant Interactions. *New England Journal of Medicine*(300), 597-600.
- SPSS. (2002). *SPSS Base 11.5. User's Guide*. Chicago.
- Svedulf, C., Bergbom Engberg, I., Berthold, H., & Höglund, I. (1998). A comparison of the incidence of breast feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after post delivery. *Midwifery*(14), 37- 47.
- Svensson, K., & Nordgren, M. (2002). *Amningsboken*. Stockholm: Cordia.
- Tarkka, M., & Paunonen, M. (1996). Social support provided by nurses to recent mothers on a maternity ward. *J of Advanced Nursing*(23), 1202-1206.
- Tarkka, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (1998). What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth*(25), 175-181.
- Tinsley, H., & Tinsley, D. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *J Counseling psychology*(34), 414-424.
- Titus-Ernstoff, L., Egan, K., Newcomb, P., Baron, J., Stampfer, M., Greenberg, E., Cole, B., Ding, J., Willet, W., & Trichopoulos, D. (1998). Exposure to breast milk in infancy and adult breast cancer risk. *J Natl Cancer*(17), 921-924.
- Ummarino, M., Albano, F., De Marco, G., Mangani, S., Aceto, B., Ummarino, D., Correr, A., Giannetti, E., De Vizia, B., & Guarino, A. (2003). Short duration of breastfeeding and early introduction of cow's milk as a result of mothers' low level of education. *Acta Paediatr Suppl*(91), 12-17.
- Uvnäs Moberg, K. (1996). Neuroendocrinology of the Mother Child Interaction. *Elsevier Science Inc*(4), 126-131.
- Uvnäs Moberg, K., Widström, A.-M., Marchini, G., & Winberg, J. (1987). Release of GI hormones in mothers and infants by sensory stimulation. *Acta Paediatr Scand*(76), 851-860.

- Waldenström, U., & Aarts, C. (2004). Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr*(93), 669-676.
- Waldenström, U., Sundelin, C., & Lindmark, G. (1987). Early and late discharge after hospital birth: Breastfeeding. *Acta Paediatr Scand*(76), 727-732.
- WHO. (1981). *The International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes*. Genève: WHO.
- WHO. (2004). *Promotion of Breastfeeding i Europe: A Blueprint for Action*. Paper presented at the EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe, Dublin Castle, Irland.
- WHO, & UNICEF. (1989). *Protect, Promoting and Supporting Breastfeeding*. Geneve. WHO
- WHO, & UNICEF. (1990). *Breast-feeding in the 1990's. A global initiative. Innocenti Declaration*. Florens: WHO, UNICEF.
- Widström, AM., Ransjö-Arvidson, AB., Christensson, K., Matthiesen, AS., Winberg, J., Uvnäs Moberg, K. (1987). Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatr Scand*.(76), 566-572.
- Widström, A.-M., Wahlberg, V., Mattiesen, A.-S., Eneroth, P., Uvnäs Moberg, K., Werner, S., & Winberg, J. (1990). Short term effects on early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour and breastfeeding performance. *Early Human Development*(21), 153-163.
- Widström, AM., Werner, S., Matthiesen, AS., Svensson, K., Uvnäs Moberg, K. (1991). Somatostatin levels in plasma in non-smoking and smoking breastfeeding mothers. *Acta Paediatr Scand*.(80), 13-21.
- Wolman, W., Chalmers, B., Hofmeyr, G., & Nikodem, V. (1993). Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomised controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*(168), 1388-1393.
- Zanna, M., & Rempel, J. (1986). Attitudes, a new look at an old concept. In A. Kruglanski (Ed.), *The social psychology of knowledge*. NY, Cambridge: University Press.

## **10 STEG TILL EN LYCKAD AMNING (BILAGA)**

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

### **Steg 1**

**Ha en skriven amningsstrategi/handlingsplan som rutinmässigt delges all sjukvårdspersonal**

### **Steg 2**

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

### **Steg 3**

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

### **Steg 4**

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

### **Steg 5**

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

### **Steg 6**

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

### **Steg 7**

**Praktisera samvård - tillåta mammor och barn att vistas tillsammans dygnet runt**

### **Steg 8**

**Uppmuntra fri amning**

### **Steg 9**

**Inte ge nyfödda ammade barn nappflaska eller tröstnapp**

### **Steg 10**

**Hänvisa mammorna till amningsstöddgrupper vid utskrivning från sjukhuset**

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

## TILLKÄNNAGIVANDEN

Från idé till att denna avhandling blivit klar har många människor varit engagerade och givit mig och studierna sitt stöd under hela processens gång. Först och främst vill jag tacka alla *nyblivna mammor* som så troget, förtroendefullt och entusiastiskt svarat på mina frågor. Förutom att ni svarade på alla frågor skrev ni egna kommentarer om er själva eller era vänner, vilket givit mig mycket kraft och kunskap. Det ni beskrev i kartläggningen kunde jag inte sluta engagera mig i, när det visade sig att det fanns brister i bemötandet från vårdpersonalen. Syftet var att förbättra bemötandet från vårdpersonal som blivande och nyblivna mammor möter i samband med barnafödande. Resultaten visar att studierna kommit er till nytta. På grund av detta är varenda minut av min del i arbetet värd sin tid.

Min huvudhandledare *Eva Nissen*. Du har med stort engagemang, hjärta och glädje format dessa studier med mig. Du har lärt mig mycket om forskning och om livet i synnerhet. Du är en av de mest kloka och generösa människor jag mött i mitt liv. Min bihandledare *Ann-Marie Widström*. Du har med dina kloka ord, livserfarenhet och ditt stora engagemang kring barnafödande och amning bidragit bland annat med den där sista viktiga "slutknorren" som gör att frågorna lyfts. Tack för att du delar med dig av det.

Tack till kollegor och doktorander vid Enheten för Reproduktiv och Perinatal Omvårdnad vid Karolinska Institutet. Speciellt tänker jag på mina doktorandkompisar: Vi har slitit vårt hår, skrattat, varit ledsna, inspirerade och då och då även varit kloka tillsammans!! *Wibke Jonas, Cecilia Ekeus, Ann Dsilna, Xenia Bystrova, Marianne Velandia, Elisabeth Hertfeldt-Wahn* och *Anna Hjelmstedt!* Vår amningssjälfrände framför alla, *Kristin Svensson*. Du har delat med dig av mycket amningskunskap och brinnande engagemang till både mig, kollegor och många mammor. *Ann-Sofie Matthiesen*, utan stor kunskap och ödmjukhet kan man inte förmedla statistik så enkelt som du gör. *Annica Gustafsson*, vi startade forskarutbildningen ihop, men vi fick också förmånen att vandra en bit på livets väg tillsammans. Denna vägsträcka var inte så lång, men mycket innehållsrik. Vi saknar dig.

Tack till *ledningen* och *ALLA kollegor* vid *Kvinnokliniken, Kärnsjukhuset i Skövde*. Tack för ekonomiskt stöd och visat förtroende. Speciellt tack till *Tord Löfstrand* för att du bidragit med ditt fina förhållningssätt och din kunskap när du var handledare vid första studien. Tack *Karin Hagelin* och *Anneli Torin* för det ni gjorde i början av dessa studier! Jag vill tacka amningsspecialisterna som var med vid utbildningen av vårdpersonalen: *Gro Ims Johansson, Karin Björklund, Susanne Friis, Annica Fahlgren* och *Anna-Lena Landenmark*. Tack till alla BB-barnmorskor som hjälpte till med

datainsamlingen vid KSS och i Lidköping. *Mia Berggren*, utan dig hade jag inte varit den barnmorska jag är.

*FOU kommittén vid Skaraborgs sjukhus*, tack för ekonomiskt och emotionellt stöd, speciellt vill jag nämna *Nomie Eriksson*, *Hans Hedelin* och *Rune Andersson*.

*Primärvården Skaraborg*: Tack för visat förtroende och för att ni anser att amningsutbildning av vårdpersonal är betydelsefullt och bidragit till att mammorna i Skaraborg får ett bättre stöd vid barnafödande. Tack till *Primärvårdsledningen*, speciellt *Per Angesjö* samt barnhälsöversköterskor *Rolf Petterson*, samordningsdistriktsköterska *Christina Djäken*, dåvarande mödrahälsöversköterskor *Tomas Gredmark* och samordningsbarnmorska *Gudrun Broberg*.

*Högskolan i Skövdes ledning samt Institutionen för Vård och Natur* har gett mig stöd, inte bara ekonomiskt utan även med sitt förtroende både bland både kollegor och studenter. Speciellt tack till *Lena Mårtensson*, *Elsie-Britt Hallman*, *Elisabeth Hertfeldt Wahn* och statistiker *Tomas Hjortsjö* för ert stöd vid studierna start samt *Mikael Harlén* för ditt stöd i att denna avhandling skulle bli klar!

*Skaraborgs Institutet*: Utan er skulle inte vårdforskningen utvecklas så positivt som den gör i Skaraborg! Tack *Ingela Kranz*, *Beth Maina Ahlberg* och *Ann-Marie Friberg* för ekonomiskt stöd, handledning, ödmjukhet och för att ni tror på mig och på många andra som är i början av sin forskning!

*Till min familj*: Mina föräldrar *Astrid* och *Bengt*, för att ni har gett oss syskon, våra värderingar och ert stöd och lärt oss att ingenting är omöjligt... speciellt om det är bra!

Till min man *Bengt*, tack för din kärlek och ditt stöd och för att du alltid trott på mig, oavsett med eller motgångar.

Mina barn *Johan*, *Caroline*, *Linnéa* och *Frida*, tack för att ni är världens goaste och de mest värdefulla skatterna i livet!