

Anonym

# Ammeveiledning på barsel

Litteraturbachelor

Antall ord: 7593

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021



Anonym

# Ammeveiledning på barsel

Litteraturbachelor

Antall ord: 7593

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Hensikt:** Ifølge WHO sine retningslinjer er det et mål å fullamme til den nyfødte er 6 måneder. Dette er et helsefremmende tiltak. Amming er en naturlig prosess, men den krever hjelp og opplæring fra profesjonelle. I Norge er mor innlagt på barselavdeling etter fødsel i gjennomsnitt 2 døgn. Her får mor hjelp til å komme i gang med ammingen fra blant annet sykepleiere i avdelingen. Målet med oppgaven har vært å finne hvordan sykepleier kan bidra til god ammeveiledning på barsel, og hvordan ammeveiledningen kan påvirke forløpet til ammingen.

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudium som tar utgangspunkt i teori og 7 ulike studier. Forskning er funnet fra databasene Medline, Cinahl og Swemed. Det har vært en systematisk datainnsamling, med en analyse av hver artikkel. Resultatene er diskutert i lys av teori.

**Resultat:** Etter analyse av forskning er det hentet ut 4 hovedfunn med flere undertema. Viktige faktorer som påvirket ammeveiledningen og forløpet, var kunnskap og kompetanse hos sykepleiere, mestringstro, stress og relasjon med sykepleier

**Konklusjon:** Basert på teori og empiriske funn konkluderes det med at sykepleier bør prøve å skape en mellommenneskelig relasjon med mor, inkludere partner, ha tilstrekkelig med kunnskap, styrke mors mestringstro og ikke pålegge mor stress. Ved å øke kvaliteten på ammeveiledningen, kan det bidra til at ammeperioden varer lengre.

## Innhold

Sammendrag .....	I
Kapittel 1 Introduksjon.....	1
1.1. Introduksjon til tema .....	1
1.2. Bakgrunnskunnskap .....	1
1.3. Teori.....	2
1.3.1 Begreper.....	2
1.3.2 Hva er amming og morsmelk? .....	2
1.3.3 Vanlige ammeproblemer.....	3
1.3.4 Mestringstro og sammenhengen med amming.....	3
1.3.5 Hud- til- hud kontakt.....	4
1.3.6 Mor – barn vennlig sykehus og 10 trinn for vellykket amming.....	4
1.3.7 Veiledning .....	5
1.3.8 Kommunikasjon.....	6
1.3.9 Helsefremmende kommunikasjon.....	6
1.3.10 Joyce Travelbee sykepleieteori .....	7
1.4. Hensikt/formål og problemstilling .....	7
Kapittel 2 Metode.....	7
2.1 Beskrivelse av metode.....	7
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
2.2.1 Inklusjonskriterier .....	8
2.2.2 Eksklusjonskriterier: .....	9
2.3. Søkehistorikk/søkestrategi .....	9
2.3.1 Søkehistorikk.....	9
2.3.2 Søketablell .....	10
2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler .....	11
2.5. Analyse .....	11
Kapittel 3 Resultat.....	12
3.1. Artikkelmatrise .....	12
3.2. Presentasjon av resultater.....	16
3.2.1 Kompetanse og ferdigheter hos sykepleiere.....	16
3.2.2 Mestringstro .....	17
3.2.3 Stress og presentasjonspress .....	17
3.2.4 Relasjon.....	18
Kapittel 4 Diskusjon.....	19

4.1 Drøfting.....	19
4.1.1 Veiledning .....	19
4.1.2 Relasjon.....	19
4.1.3 Kunnskap hos sykepleier .....	21
4.1.4 Riktig posisjonering.....	22
4.1.5 Mestringstro .....	23
4.1.6 Stress og press.....	24
4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis.....	25
4.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet.....	25
4.4. Konklusjon .....	26
Referanseliste.....	27

## Kapittel 1 Introduksjon

### 1.1. Introduksjon til tema

Denne oppgaven vil ta for seg ammeveiledning og hvilken påvirkning sykepleiere på barsel har for forløpet til ammingen mellom mor og barn. Praksisbasert erfaring har vist at det ikke alltid er like lett å få til ammingen, og at både mor og barn møter flere utfordringer i ammeprosessen. Undervisning og veiledning er et av flere funksjoner og ansvarsområder som inngår i sykepleieryrket (Kristoffersen et al., 2016). Det vil derfor være en naturlig del av sykepleiers jobb på barsel å hjelpe mor med ammingen. Dessuten er amming både helsefremmende og sykdomsforebyggende for både mor og barn (Alquist, 2013), noe som underbygger viktigheten av at sykepleier gir god veiledning.

### 1.2. Bakgrunnskunnskap

Morsmelk er den beste næringen et spedbarn kan få. Amming og morsmelksernæring er helsefremmende og forebyggende for både mor og barn (Hansen, 2010). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at barnet fullammes de første 6 månedene. Med dette menes at barnet ikke skal ha noe inntak av andre væsker, inkludert vann (WHO, u.å.-a). WHO anbefaler at alle mødre skal få støtte og veiledning i å starte med ammingen så raskt som mulig og helst innen den første timen etter fødsel (WHO, u.å.-b)

Sykepleiere spiller en viktig rolle i å forberede, veilede, undervise, oppmuntre og støtte mødre til å amme, og er derfor nødvendige for å hjelpe mødre med å komme i gang og å opprettholde ammingen (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2015). Ved ammeveiledning vil ammetiden og tiden for fullamming øke. Støtte og veiledning bør tilbys til mødre både før fødsel, på barsel og senere i ammeforløpet (McFadden et al., 2017). Helsepersonell bør også sørge for at far blir involvert og kan delta aktivt i veiledning om amming. (Alquist, 2013) Siden sykepleier er en viktig kilde for informasjon og er viktig for veiledningen, må sykepleier også ha tiltro til kvinners evne til å amme og ha nødvendig kunnskap og ferdigheter for å kunne støtte foreldrene i deres valg av ernæring (WHO, 1998)

Det er en sterk kultur for amming i Norge (Hansen, 2010). Den landsomfattende kostholdsundersøkelsen til FHI i 2020 viste at flesteparten av barna på føde-/barselavdelingen (97%) fikk morsmelk, enten alene eller supplementært med annen væske som morsmelkerstatning, vann, og/eller sukkervann. 66% av disse fikk kun morsmelk (fullammet), mens 26% var delvis ammende. (Helsedirektoratet, 2021)



Det er et mål at minst 60% av norske barn fullammes ved 4 måneders alder. Resultatet fra kostholdsundersøkelsen viste at bare 39% fullammes ved denne alderen. Den nasjonale handlingsplanen har også som mål at 25% fullammes frem til 6 måneder, men resultatene vises at kun 5% fullammes ved denne alderen. (Helsedirektoratet, 2021)

### 1.3. Teori

#### 1.3.1 Begreper

**Ammeperiode:** Med ammeperiode så menes hvor lenge et barn mottar brystmelk.

**Barselavdeling:** Barsel er en avdeling som mor og barn blir overført til ca. to timer etter fødsel. I Norge er gjennomsnittlig liggedøgn 2- 3. På posten blir mor og barn fulgt opp av sykepleiere, jordmødre, barnepleiere og leger (Krogh, 2018)

**IBCLC:** Oversatt til norsk er det en forkortelse for en internasjonalt sertifisert ammeveileder. Tittelen er beskyttet og beskriver nivået og ferdighetene ammeveilederen har. (Oslo universitetssykehus, 2021)

**Intervensjonsgruppe:** Med intervensjonsgruppe menes en tiltaksgruppe. Det vil si at resultatene som trekkes ut fra intervensjonsgruppen er resultater etter at et tiltak er innført. (Helsebiblioteket, 2016)

**Kontrollgruppe:** I en randomisert kontrollert studie hvor det blir innført en intervensjon, vil det også være en kontrollgruppe. Gruppen blir dermed ikke inkludert i studiens tiltak, og vil bli brukt for å sammenligne resultater. (Helsebiblioteket, 2016)

#### 1.3.2 Hva er amming og morsmelk?

Under svangerskapet vil mors bryster vokse og utvikle seg. Fra midten av graviditeten til ca. 3-8 dager etter fødselen vil melkeproduksjonen komme i gang gjennom laktogenesen (Alquist, 2013). Selve melkeproduksjonen stimuleres når hormonet prolaktin skiller ut. Under svangerskapet vil prolaktinnivået bli ca. 20 ganger høyere enn normalt, og vil falle gradvis etter fødsel. Dersom brystene ikke blir stimulert ved verken amming eller pumping/håndmelking, vil prolaktinet falle til normalnivå på 1-2 uker. Det er med andre ord nødvendig å stimulere brystene tidlig for å opprettholde melkeproduksjonen (Alquist, 2013).

Melk ut i melkegangene og ned mot brystvortene styres av utdrivingsrefleks som reguleres av oksytocin. Dette er en naturlig reaksjon og utskillelsen av oksytocin øker ved stimulering av amming og pumping. Refleksjonen hemmes dersom mor er ansent. (Alquist, 2013)

Mor bør få barnet hos seg umiddelbart etter fødselen og ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til den første ammingen har funnet sted. Hudkontakten vil være første del i en prosess som fører frem til den første ammingen. Vanligvis vil barnet søke etter brystet etter kort tid, og vil da bli kjent med brystet ved å lukte, smake og prøve å gape over. (Hansen, 2010) Amming er en naturlig prosess hvor morsmelken er spesiallaget for menneskebarn (ammings 2001) Tross den naturlige prosessen er det fremdeles en teknikk som må læres. (WHO, u.å.-a)

### *1.3.3 Vanlige ammeproblemer*

Det er vanlig at det oppstår større eller mindre problemer med ammingen. Ved problemer øker risikoen for tidlig ammeslutt. utfordringer med ammingen kan skyldes at barnet ikke har et godt tak om brystet eller at barnet ikke dier effektivt. Det kan også skyldes at barnet ikke tilbys brystet ofte og lenge nok. Dersom mor er anspent når hun ammer, kan det også være årsaken til flere problemer. Vanlige utfordringer mor kan oppleve kan være ømhet, sårhet, sopp og eksem på brystvortene. Videre kan det være fysiologisk brystspenning, melkestase, tilstoppede melkeganger og brystbetennelse. For lite melk, for mye melk, forsinket laktogenese eller relaktasjon, kan også gi problemer. Til slutt kan det også være at barnet ikke vil ta brystet (brystvegring), raper, gulper eller gråter. Alle disse problemene kan løses, men det krever tid og tålmodighet fra både foreldre og helsepersonell. (Alquist, 2013)

### *1.3.4 Mestringstro og sammenhengen med amming*

Mestringstro blir brukt i denne oppgaven som den norske oversettelsen på uttrykket «self- efficacy» fra Bandura's teori (1997). Bandura definerte mestringstro som en dynamisk kognitiv prosess hvor en evaluerer sin egen evne til å mestre en handling eller oppgave. Det vil si at en med høy mestringstro har tro og selvtillit til mestring. (Bandura, 1997) Flere studier har vist en sammenheng mellom mødre med mestringstro til ammingen, og hvor lenge de fullammer. Mors tro og selvtillit på å mestre ammingen avhenger av og kan settes i sammenheng med en lengre ammeperiode (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2015; Kingston et al., 2007; McCarter-Spaulding & Gore, 2009; Wilhelm et al., 2008)

### 1.3.5 Hud- til- hud kontakt

Men hud- til- hud kontakt så menes at barnet ligger nakent på mors nakne bryst eller mage. Ved denne kontakten vil oksytocin skilles ut hos mor når barnet beveger hendene, føttene og kroppen. Hud- til- hud kontaktene har flere gunstige fordeler for barnets helse, men det vil også påvirke barnets villighet til å ta brystet. Dette er fordi når barnet ligger hud til hud med mor vil barnet kunne søke brystet ved våkenhetsperioder. Det betyr at et barn som ligger hud til hud vil kunne komme oftere til brystet som igjen har stor betydning for den tidlige ammingen. (Alquist, 2013)

### 1.3.6 Mor – barn vennlig sykehus og 10 trinn for vellykket amming

Tidlig 1990 – årene lanserte WHO og UNICEF «The baby Friendly Hospital Initiative» (BFHI). Dette var et globalt tiltak som hadde som mål å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn i føde- og barselavdelinger. I forbindelse med dette ble det utarbeidet «10 trinn for vellykket amming», som er enkle og grunnleggende prinsipper. (Hansen, 2010) I Norge ble det i samarbeid med Helsedirektoratet lansert *Mor- barn- vennlig initiativ* (MBVI) på midten av 90 tallet som en oppfølging til BFHI. Siden 2018 har over 90% av de norske sykehusene blitt godkjente som mor- barn- vennlige sykehus. For å bli godkjent, må sykehuset innfri 10 krav utviklet etter forskning og erfaring fra WHO / UNICEF. (Ammehjelpen, 2010) Se tabell 1.

Ti trinn til vellykket amming	
1.	WHO's anbefalinger om markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger skal følges. Avdelingen må ha en skriftlig ammeprosedyre som skal formidles til helsepersonell og foreldre rutinemessig. Videre skal den mor- barn vennlige standarden evalueres kontinuerlig gjennom eget kvalitetssystem.
2.	Det skal sørges for at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse, kunnskap og ferdigheter i å støtte ammingen.
3.	Gravide og deres familie bør få ta del i samtale om fordelene og viktigheten med amming, og hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4.	Etter normal fødsel skal det sørges for at mor og barn kan ha uforstyrret hud- mot - hud kontakt, samt at mor skal støttes i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødsel.
5.	Mødrene skal veiledes i å etablere og opprettholde amming, samt håndtere vanlige ammeproblemer.

6.	Når det ikke er noe medisinsk grunn til det, skal morsmelkernærte nyfødte ikke få noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk.
7.	Mor og barn skal ha muligheten til å være sammen 24 timer i døgnet.
8.	Helsepersonell skal veilede mødrene til å kjenne igjen og svare på tegn til at barnet er sultent.
9.	Mødrene skal veiledes og få informasjon om mulig ulemper og risiko ved bruk av flaske og smukk, som kan påvirke ammingen
10.	Planleggelse av utreiser innebærer å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, for å sikre at foreldre og den nyfødte får kontinuerlig støtte og hjelp.

TABELL 1: TI TRINN FOR VELLYKKET AMMING (AMMEHJELPEN, 2010)

### 1.3.7 Veiledning

Sidsel Tveiten beskriver veiledning som en pedagogisk sammenheng der målet er å styrke personens egne ressurser og bidra til at personen mestrer eget liv (Tveiten, 2013). Gjennom veiledning skal personen få hjelp til selvhjelp, og det er derfor ikke sykepleiers oppgave å definere på forhånd veiledningens mål og innhold. Det er viktig å sette pasientens motivasjon og ønsker først. Vifladt & Hopen (2004) legger i begrepet veiledning at det skal bidra til at enkeltmenneske skal kunne gjøre selvstendige valg og opplever en kraft til å mestre egen livssituasjon. (Vifladt & Hopen, 2004) Helsepersonell bærer på kunnskapen brukeren trenger, noe som innebærer at helsepersonell får makt. (Tveiten, 2016)

Kristoffersen (2011) påpeker at relasjonen er viktig ved veiledning, og at veileder må bruke tid på å etablere en anerkjennende og trygg relasjon til den som skal få veiledning. Støtte blir gjerne kombinert i veiledning, og vil kunne gi pasienten oppmuntring og motivasjon i å øke mestringsstroen (Kristoffersen, 2011). Tveiten (2013) påpeker at kvaliteten på relasjonen mellom veileder og deltaker, vil påvirke kvaliteten på veiledningen. Tillitt og trygghet i veiledningen ivaretas gjennom relasjonen. Dialogen er hovedformen i veiledningen. Hensikten med veiledningen er at mestringskompetansen til fokuspersonen blir styrket (Tveiten, 2013). I samtalen er grunnforutsetningene tillitt, trygghet og likeverdighet. Den som veileder må prøve å forstå og få innsikt i brukerens situasjon. (Vifladt & Hopen, 2004).

I undervisningen er det først og fremst kommunikasjon det handler om i læringsprosessen. Det er god pedagogikk når kommunikasjonen sørger for at læringen skjer ut fra den enkeltes forutsetninger. Dette ivaretas med fire grunnleggende pedagogiske prinsipper: motivasjon, aktivisering, konkretisering og individualisering. Veiledning innebærer å lytte, oppmuntre og styrke pasienten, med det målet at de selv

kan se muligheter og hente kraft til å møte forventinger og krav. Dersom en ikke ser muligheter eller klarer å møte forventingene, kan det føre til demotivasjon, frustrasjon og til slutt likegyldighet (Vifladdt & Hopen, 2004).

### *1.3.8 Kommunikasjon*

Ved profesjonell kommunikasjon i helsevesenet er kjernen at kommunikasjonen er faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Kommunikasjonen i helseprofesjonene kjennetegnes ved at den skal være til hjelp for pasienten. Den hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, formidles slik at den kan bidra til problemløsning og den stimulerer pasienten og pårørende til å mestre situasjonen selv. Det er en kunst å mestre hjelpende kommunikasjon. Kunsten innebærer å anerkjenne den andre ved å være en aktiv lytter, være åpen og på samme tid direkte. I god kommunikasjon skaper man en åpen situasjon, speiler følelser, lytter, er empatisk, kommuniserer verbalt og nonverbalt, gjentar nøkkelord og uttrykk, i tillegg til å vise at man anerkjenner, ser og forstår (Eide & Eide, 2008).

I veiledning spiller som nevnt tidligere kommunikasjon en stor rolle. (Tveiten, 2013) Det finnes ulike metoder og teorier for kommunikasjon og veiledning. (Eide & Eide, 2008) Forskning viser imidlertid at det ikke er en enkel metode som er rett for alle pasienter (Eide, 2004; Graugaard et al., 2003; Salomon & Young, 2005) Det som trekkes frem som det mest virksomme i veiledning er mellommenneskelige faktorer som empati og arbeidsallianse. (Eide & Eide, 2008)

### *1.3.9 Helsefremmende kommunikasjon*

I relasjon mellom sykepleier og pasient, er sykepleieren den sterke parten. Det setter pasienten i en sårbar situasjon. Ved å benytte relasjonsmakten riktig kan sykepleier fremme helse hos pasienten istedenfor å misbruke makten ved å undertrykke pasienten. Helsefremmende interaksjon betyr at sykepleier engasjerer seg og involverer seg i en relasjon der pasienten blir sett på som en unik person. Ved å anerkjenne pasienten og bekrefte den andre for den h\*n er, kan det hjelpe pasienten i å oppleve håp, tro, tillitt, trygghet og mening. Dette vil kunne gi pasienten økt velvære, og dermed virke helsefremmende. Ved å bidra til at en pasient opplever en situasjon som håndterbar og forståelig, vil det kunne føre til økt mening og styrke en opplevelse av sammenheng. Økt mening og opplevelse av en sammenheng vil fremme mestring, noe som også virker helsefremmende. (Haugan, 2016)

### 1.3.10 Joyce Travelbee sykepleieteori

Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, der sykepleier hjelper pasienten med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, samt finne en mening. Relasjon er et viktig hovedpunkt i teorien til Travelbee, hvor målet er å danne et menneske- til menneske- forhold. Forholdet utvikles når sykepleieren og pasienten har gått gjennom flere faser. Fasene består av det innledende møtet, fremvekt av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse og til slutt gjensidig forståelse og kontakt. Den profesjonelle sykepleier må selv jobbe målbevisst for å etablere og opprettholde et slikt menneske- til menneske forhold. Kjennetegn hos en profesjonell sykepleier ifølge Travelbee, er at sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk. Med dette menes å bevisst bruke egen personlighet og kunnskap med mål å bidra til forandring hos den pleietrengende. (Travelbee, 2001) Kort sammenfattet så er sykepleiers oppgave ifølge Travelbee; å anerkjenne pasienten som et unikt individ, å skape et menneske- til menneske forhold for å kunne møte pasientens behov, samt de pårørendes eller andre involvertes behov (Eide & Eide, 2008).

### 1.4. Hensikt/formål og problemstilling

Den dag i dag er de fleste sykehusene i Norge godkjente for mor- barn vennlig standard, og skal dermed følge 10 trinn for vellykket amming. (Ammehjelpen, 2010) Denne oppgaven vil gå i dybden på selve ammeveiledningen og dens påvirkning på forløpet til ammingen i lys av teori. Problemstilling for oppgaven blir følgende:

#### **Hvordan kan sykepleier på barselavdeling gi god ammeveiledning og dermed påvirke forløpet til ammingen?**

Grunnet oppgavens begrensning, vil oppgaven gå i dybden på noen momenter i ammeveiledningen, som kan kontrolleres og som er mest relevant for sykepleie.

## Kapittel 2 Metode

### 2.1 Beskrivelse av metode

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (s. 196) (Aubert, 1985).

Metode hjelper oss til å samle inn den informasjonen en trenger til undersøkelsen, i dette tilfelle bacheloroppgaven. Denne oppgaven er basert på litteraturstudie, hvor data som er benyttet er innhentet med både kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2012). For

å innhente tilstrekkelig data og forskning er det studert litteraturbøker om amming og ammeveiledning, samt gjennomlesing av de nasjonale retningslinjene. De ulike teoriene og studiene som er inkludert i oppgaven har gitt nøkkelord for ytterligere søking på tvers fagdatabaser. Databaser som er brukt er: Medline, Cinahl og Swe-med.

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene som er tatt med i oppgaven er valgt på bakgrunn av inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Det er mange forskningsartikler som omhandler temaet amming. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å inkludere de som anses som mest gyldig, holdbart og relevant i forhold til tema, forskning og problemstillingen. Se tabell 2.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Publisert innenfor 2011- 2021	Publisert før 2011
Språk: Norsk og engelsk	Premature, syke barn og barn med fysiske utfordringer
Land: Skandinavia, vestlige europeiske land og USA	Mødre som er frarådet å amme
Tema: Amming	Utenfor sykehus
Barselavdeling / nyfødt avdeling	
Alle nyfødte og mødre som skal amme	

TABELL 2: TABELL FOR INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

### 2.2.1 Inklusjonskriterier

I søk av forskning er artikler skrevet på engelsk og norsk benyttet. Hovedtema som har vært benyttet i søk har vært amming, med ammeveiledning som undertema. Valg av artikler har inkludert flere typer helsepersonell, som sykepleiere, jordmødre, ammeveiledere og pediatrike sykepleiere. Flere profesjoner enn sykepleier har vært inkludert fordi de alle utøver ammeveiledning, som er relevant for sykepleie. Det ble vurderte som nødvendig å gå utover eget fagfelt for å sette problemstillingen i en større sammenheng (Dalland, 2012). Det har vært nødvendig å utvide søket, ettersom det er vanskelig å finne forskning kun fra Norge. Geografiske områder som Skandinavia, vestlige europeiske land, Australia og USA er inkludert i søket, ettersom de har flere likheter med norsk helsevesen, kultur og måten vi praktiserer medisin. Dette ble tydelig gjennom artikler og studier jeg leste i arbeidet med oppgaven.

### *2.2.2 Eksklusjonskriterier:*

Forskning i form av litteraturstudier, eller studier som ikke er fagfellevurdert, er ekskludert fra denne oppgaven.

Studier med opprinnelsesland fra ikke-vestlige land er ekskludert da det ble ansett for omfattende samt ta for seg elementer som kulturelle forskjeller, ulikheter i medisinsk infrastruktur, og forskjeller i utdanning og kompetanse.

Opgaven ekskluderer mødre og barn hvor det er, eller forventes, et mer utfordrende forløp til ammingen. Artikler publisert før 2011 er primært ekskludert fra søk for å avgrense forskningen til siste 10 år. Likevel er en artikkel fra 2009 (Nichols et al., 2009) inkludert i oppgaven grunnet relevans for problemstilling. Studier som baserer seg primært på forskning utenfor sykehuset rammer er ekskludert da det i ingen eller liten grad påvirkes av sykepleiere.

Informasjon om veiledning som gis kommende mødre underveis i svangerskapet kan mulig ha en påvirkning på ammeforløpet. Det er allikevel ikke inkludert i oppgaven da det ville blitt for omfattende, og faller utenfor sykepleier på barsel sin oppgave i henhold til tema.

## 2.3. Søkehistorikk/søkestrategi

### *2.3.1 Søkehistorikk*

For å innhente nødvendig og utfyllende informasjon om oppgaveemnet ble det startet med enkle manuelle søk i Google scholar, Oria og gjennomlesing av lignende litteraturstudium. Etter en overordnet gjennomgang av artikler og litteraturbøker fikk jeg bekreftet at ammeveiledning er komplekst, men viktig for utviklingen til ammingen (McFadden et al., 2017). Med dette utgangspunktet ønsket jeg å finne ut mer om hva som bidro til en god ammeveiledning, og hvordan denne kunne påvirke til økt andel og lengre ammeperiode. Litteratursøket ble primært utført på databasene CINAHL Complete, Medline og Swemed. For å utvide søket og inkludere flest mulig artikler, ble flere kombinasjoner av søkeord prøvd ut. Gjentakende søkeord var «breastfeeding», «support OR guidance», «postnatal care» og «self-efficacy». Videre er det også sett i referanselisten til andre studier. Se tabell 3 under.



### 2.3.2 Søketabell

Database/ dato	Søk	Søkeord Emneord = MIH Nøkkelord= «»	Antall treff	Avgrensinger - fagfelleverdert -2011-2021
Cinahl 20.04.21	S1	(MH "Breast Feeding+") OR (MH "Latching, Breastfeeding") OR "breastfeeding	32 145	Fagfelleverdert Publikasjonsår: 2011 - 2021
	S2	«Support»	435 874	
	S3	"midwife" OR (MH "Midwife Attitudes")	14 160	
	S4	(MH «Postnatal Care+») OR «post natal care	57 161	
	S5	S1 AND S2 AND S3	74	
	S6	S1 AND S2 AND S4	238	

Valgte artikler:

S5: Midwives' experiences of helping women struggle to breastfeed (A) (Treff nr 13 av 74)  
S6: The impact of a Self- Efficacy Intervention on Short- Term Breast-Feeding Outcomes (E)  
(Funnet i referanselista til studien: Personal Infant Feeding Experiences of Postpartum  
Nurses Affect how They Provide Breastfeeding Support, treff nr 18/238)

Medline 22.04.21	S1	«exp Delivery, obstetric/ or maternity ward.mp.»	83 274	Publikasjonsår: 2011 - 2021
	S2	IBCLC	44	
	S3	Experience	701 633	
	S4	S1 AND S2 AND S3	1	

Valgte artikler: An IBCLC in the Maternity Ward of a Mother and Child Hospital: A Pre- and  
Post- Intervention Study (B)

Swemed 20.04.21	S1	«Breastfeeding AND «support»	16	Fagfelleverdert Publikasjonsår: 2011-2021
--------------------	----	---------------------------------	----	---

Valgte artikler: Stressfylt amming og samspill (Treff 6 av 16) (C)

Cinahl 29.04.21	S1	"breastfeeding" OR (MH "Breast Feeding+")	32 185	Fagfelleverdert Publikasjonsår: 2011 - 2021
	S2	"nursery" OR (MH "Nurseries, Hospital")	3726	
	S3	"support" OR "counseling"	490 422	
	S4	nurse	299 844	
	S4	S1 AND S2 AND S3 AND S4	4	

Inkluderte artikler: Increasing Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in the Hospitalized  
Postpartum Dyad. (D) (Treff nr 1 av 4)

Medline 30.04.21	S1	Breastfeeding.mp. or exp Breast Feeding/	51 633	Fagfelleverdert Publikasjonsår: 2011- 2021
	S2	Early discharge.mp.	2994	
	S3	Postpartum care.mp. or exp Postnatal Care	39 125	

	S4	Self efficacy.mp. or exp Self Efficacy	39 125	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	1	
	S6	«First time mothers.mp.»	1174	
	S7	Support.mp.	100 74 257	
	S8	exp Nurses/ or nurses.mp.	279 031	
	S9	S6 AND S1 AND S7 AND S8	12	
Valgte artikler: <b>S5:</b> Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early discharge setting: A cluster- randomized study (F) (Treff 1 av 1) <b>S9:</b> First-Time Mothers Hav a Desire to Be Offered Professional Breastfeeding Support by Pediatric Nurses: An Evaluation of the Mother- Perceived- Professional Support Scale (G) (Treff 4 av 12)				

TABELL 3: TABELL FOR SØK AV STUDIER

## 2.4. Vurdering / utvelgelse av artikler

I arbeidet med å samle inn data for oppgaven opplevdes det vanskelig å finne tilstrekkelig materialet knyttet direkte til oppgavens problemstilling. Dette medførte et omfattende arbeid, og kan tyde på manglende forskning eller at den er vanskelig tilgjengelig.

I vurdering og utvelgelse av artikler er sjekklister til Helsebiblioteket tatt i utgangspunkt (Helsebiblioteket, 2016). Ved søk på forskningsartikler er det benyttet kombinasjon av søkeord for å begrense antall treff mest mulig. Deretter ble overskriftene lest for å begrense ytterligere til de som virket mest aktuelle. Disse ble så gjennomgått ved å lese sammendraget. For artikkelsammendrag som var relevante ble studien lest systematisk i sin helhet. Artikler som er kryssreferert er vektlagt.

Artiklene som er tatt med i oppgaven er valgt på bakgrunn av inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Alle artikler som er inkludert følger kriteriene for IMRAD- struktur og er etisk godkjent. Studier som er tatt med i oppgaven benytter både kvalitative og kvantitative metoder for datainnsamling.

## 2.5. Analyse

Under dataanalyse er målet å finne ut hva materialet har å fortelle. Under vurderingen av benyttet materiale er det stilt spørsmål til om data for eksempel svarer til problemstilling eller om det er noe som er oversett (Dalland, 2012). Evans (2002) teori om systematisk dataanalyse er benyttet som fremgangsmåte.

Under analysen er trinn to til fire i Evans (2002) teori benyttet. I trinn to ble hele studien lest og de ulike funnene markert. Resultater ble skrevet opp for å få en oversikt over de

viktigste funnene fra de ulike artiklene. Ut fra dette kunne jeg igjen velge ut studier som var mest relevante for problemstillingen. Artikler som ikke svarte til kriteriene, ble ekskludert. Etter å ha gått over endte jeg med å inkludere syv av studiene. I det tredje trinnet identifiserte jeg nøkkelfunnene fra hver studie og satt dem opp mot hverandre. Dermed kunne jeg gå videre til trinn fire hvor jeg så på hvilke hoved- og undertemaer som kom opp (Evans, 2002).

## Kapittel 3 Resultat

### 3.1. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
Lawton & Robinson. (2016) (A) <i>Midwives' experiences of helping women to struggling to breastfeed</i>	Målet med studien var å undersøke jordmødres opplevelser med å hjelpe mødre som sleit med å amme.	<b>Hva:</b> En kvalitativ studie <b>Hvor:</b> Barselavdeling i England <b>Hvordan:</b> Fem jordmødre ble målrettet rekruttert, og data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Under intervjuene fikk deltakerne fortelle sine egne perspektiver, opplevelser og forståelse.	Tre temaer dukker opp: tidspress, virkningen av å være med kvinner, og profesjonell integritet.	-Studien trekker frem faktorer som jordmødre opplevde under ammeveiledningen. Dette er faktorer som trolig også kan ses hos sykepleiere på barsel. -Studien trekker frem sykepleier- pasient rollen og maktfordelingen -Studien trekker frem stress rundt amming
Chiurco, Montico, Brovedani, Monasta & Davanzo. (2015) (B) <i>An IBCLC in the Maternity Ward of a Mother and Child Hospital: A Pre- and Post- Intervention Study</i>	Studiens mål var å evaluere effektene det hadde ved å ansette en IBCLC (ammeveileder) for ammeveiledning i et mor- barn vennlig sykehus.	<b>Hva:</b> En prospektiv studie med kvalitativ og kvantitativ metodikk <b>Hvor:</b> På en barselavdeling i Italia <b>Hvordan:</b> Studiet ble delt inn i 3 faser. I fase 1 ble det gjort en datainnsamling på ammeveilederne og faktorer relatert til amming både ved sykehusutskrivelse og 2 uker senere. I fase to ble det innført en IBCLC på	I fase 3 var det en betydelig høyere andel mødre som fikk hjelp til å amme, og som samtidig fikk korrekt informasjon om amming og støttegrupper. Det var også en økning i mødre som ammet innen to timer etter fødsel og som rapporterte en god opplevelse med sykehusansatte.	-Ammeveiledere gjorde en forskjell på avdelingen – disse hadde en økt kunnskap om amming. -Dette betyr at god ammekunnskap har en betydning for forløpet -Studien påpeker at for at ammeveilederne skal forbedres må sykehus og helsepersonell praksis også endres. -Sykepleiere og ammeveiledere

		avdelingen i 18 måneder, og en lik datainnsamling som i fase 1 ble gjort rett før fase 2 var over. (fase 3) 402 mødre av friske terminbarn rett etter fødsel deltok i studien.	Det var også en lavere andel mødre med såre brystvorter. Samtidig var det ikke en økt i amnestatistikk ved sykehusutskrivelse eller to uker etter fødsel.	jobber om hverandre på barsel.
Hvatum et al. (2014) <i>Stressfylt amming og samspill (C)</i>	Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner opplever stressfylt amming og erfarer sitt samspill med barnet	<b>Hva:</b> Kvalitativ studie <b>Hvor:</b> Norge <b>Hvordan:</b> Det ble gjennomført 12 individuelle intervjuer med mødre som hadde avsluttet å amme. Tilnærmingen ønsket å forstå individuelle opplevelser. Dataen ble analysert med en kvalitativ innholdsanalyse.	Fire kategorier ble identifisert som mødrenes erfaringer: Forventing, den vanskelige tiden, overgangen og den gode tiden. Studien trekker frem at en stressfylt ammesituasjon påvirket samspillet både under og utenom måltidene. Mødrene i studien valgte å avslutte ammingen for å ivareta barnets behov. De hadde behov for støtte i å flaskemate.	-Studien påpeker hva stress kan gjøre med ammeforløpet -Studien påpeker hvilke faktorer som kan bidra til stress -Studien påpeker hvilken betydning vi som helsepersonell har for mødre og deres beslutninger i ammeprosessen.
Rouse. (2015) <i>Increasing Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in the Hospitalized Postpartum Dyad (D)</i>	Målet med studien var å øke ammingen samt fullamming på barsel	<b>Hva:</b> Kvantitativ studie <b>Hvor:</b> 70 ulike barsel avdelinger i USA <b>Hvordan:</b> Et obligatorisk veiledningsprogram om amming og ammeveiledning ble innført for å nå målet om økt amnestatistikk. Kurset innebar å lære hud- til hud teknikker, samtaleguider, å aktivt promotere kun fullamming. Konseptet om mestringstro ble	Utfallet viset at det var en økning i amnestatistikk. Prosentandelen barn som ammet innen den første timen økte fra 55,4% til 62,3%, og de som kun fullammet under sykehusoppholdet økte fra 63.1% til 70.78%.	-Studien viser til faktorer som var viktig å undervise helsepersonell om for å påvirke forløpet til ammingen -Studien kommer til konklusjon med hvordan økt kunnskap og engasjement hos sykepleiere på barsel kan påvirke forløpet til ammingen

		adressert. Data ble samlet inn ved å måle antall og prosent mødre som klarte å amme innen den første timen etter fødsel og antall og prosent friske terminbarn som kull fullammet under sykehusoppholdet		
Nichols et al. (2009) <i>The Impact of a Self-Efficacy Intervention on Short-Term Breast-Feeding Outcomes</i> (E)	Studiens mål var å øke mestringstroen til ammingen og dermed øke selve ammingen gjennom en studie basert på Banduara'a self-efficacy theory	<b>Hva:</b> En randomisert kontrollert studie med en kvalitativ metodikk. <b>Hvor:</b> Australia <b>Hvordan:</b> 90 gravide mødre deltok i studien. De ble så delt i to grupper, en intervensjonsgruppe med fokus på å øke mestringstroen til ammingen, og en kontroll gruppe. Intervensjonsgruppen fikk utdelt en interaktiv arbeidsbok som fokuserte på å øke mestringstro til ammingen, mens kontrollgruppen fikk en arbeidsbok med et annet fokus. Alle deltakerne ble fulgt opp over telefon 4 uker etter fødsel for å samle inn dataene.	Kvinnene i intervensjonsgruppen viste en stor økning i mestringstroen til amming i sammenlignet med kontrollgruppen. Videre viste dataene fra 4 uker etter fødsel at kvinnene i intervensjonsgruppen tydet på å ha en trend til å amme og fullamme lengre enn de i kontrollgruppen. Studien konkluderer med at økt mestringstro til amming gir også økt nivå på ammingen	-Studien trekker frem hypotesen om sammenhengen mellom mestringstro amming og selve forløpet til ammingen basert på tidligere studier. Den ønsker å se om økt selvtillit til ammingen også får ammingen til å gå bedre, noe studien konkluderer med. -Studien konkluderer med at det vil være gunstig for forløpet til ammingen å styrke selvtilliten til mor.
Nilsson et al. (2017) <i>Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study.</i> (F)	Studien hadde som mål å evaluere om retningslinjer for ammeveiledning i en tidlig utskrivelse fra sykehus setting hadde en effekt på mors mestringstro, gjeninnleggelse av nyfødte og ammetiden.	<b>Hva:</b> En randomisert, kontrollert studie <b>Hvor:</b> 10 barselavdelinger i Danmark <b>Hvordan:</b> De deltakende avdelingene ble delt inn i en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonen gikk ut på å innføre et to dagers kurs om amming, for helsepersonellet på avdelingen, med mål å øke kompetansen.	Resultater viser at intervensjonen ikke påvirket mødrenes mestringstro til amming. Men, færre nyfødte ble gjeninnlagt, og flere ble fullammet ved etter en 6 måneders kontroll. Videre ammet mødrene i intervensjonsgruppen hyppigere	-Forskningen viser til hvordan fokus på bedre ammeveiledning vil redusere antall reinnleggelser den første uka etter fødsel synke, og lengden på fullamming stige. -Studien fant ingen sammenheng med bedret ammeveiledning og mestringstro. Det er usikkert hvorfor de ikke fant en økning i mestringstro, men

		<p>Kurset hadde fokus på hud- til hud kontakt, hyppig amming, god posisjonering, og inkludering av far. Gjennom et år fra april 2013 til april 2014 ble 2065 mødre rekruttert til intervensjonsgruppa og 1476 til kontrollgruppen.</p>	<p>enn kontrollgruppa og brukte med hud- til hud tid med barnet. De nyfødte ble mindre behandlet for gulsott, og foreldrene var mer involvert.</p>	<p>studien stiller selv spørsmål til om metoden for måling av mestringstro kan være mindre sensitiv for andre aspekter ved mestringstro</p>
<p>Ranch et al. (2019) <i>First-Time Mothers Have a Desire to Be offered Professional Breastfeeding Support by Pediatric Nurses: An evaluation of the Mother-Perceived-Professional Support Scale (G)</i></p>	<p>Målet med studien var å undersøke førstegangsfødende opplevelser av ammeveiledning en de fikk av barnesykepleierne, i tillegg til å utvikle og evaluere skalaen; mors oppfattet støtte fra fagpersoner (MoPPS).</p>	<p><b>Hva:</b> En kvalitativ studie som inkluderte både induktive og deduktive tilnæringer <b>Hvor:</b> Sverige <b>Hvordan:</b> 9 førstegangsfødende mødre ble intervjuet om deres opplevelse fra ammeveiledningen gitt av barnesykepleierne. Intervjuene var semistrukturerte. Mødrene ble i tillegg spurt om å gradere støtten de mottok ved bruk av MoPPS skalaen. En kvalitetsinnholdsanalyse ble anvendt for å analysere datainnsamlingen av både den induktive (intervjuene) og den deduktive (skalaen) dataen.</p>	<p>Resultatene viste at mødrene hadde et ønske om å amme, til tross for at de alle opplevde utfordringer. De ønsket at barnesykepleierne skulle være oppmerksomme og gi profesjonell støtte basert på deres egne erfaringer. Mødrene følte seg støttet når sykepleierne tok seg til dem. Den deduktive analysen viste lignede resultater. Mødrene betraktet det som viktig at sykepleierne hadde nok kunnskap om amming. Sykepleiers involvering av mors partner i ammeveiledning en ble også betraktet som viktig.</p>	<p>-Studien påpeker sykepleiers rolle i ammeveiledning -Studien tar opp profesjonell støtte -Tar opp involvering av far -Påpeker viktigheten av kunnskap hos sykepleierne.</p>

TABELL 4: TABELL FOR MATRISE

## 3.2. Presentasjon av resultater

Dette kapitlet tar for seg hovedfunnene i inkluderte studier. De er delt i hovedtemaer og undertemaer. Se tabell 5.

<b>Resultatfunn</b>	
<b>Hovedtemaer</b>	<b>Undertemaer</b>
Kompetanse hos sykepleier	Hud til hud
	Riktig posisjonering
Mestringstro	
Stress	Presentasjonspress
	Tidspress
Relasjon	Inkludering av far

TABELL 5: RESULTATFUNN FRA STUDIENE

### 3.2.1 Kompetanse og ferdigheter hos sykepleiere

Flere studier viser til at økt kompetanse og ferdigheter hos sykepleiere vil være gunstig for ammeveiledningen, ammestatestikken og den subjektive opplevelsen til mor (Chiurco et al., 2015; Nilsson et al., 2017; Ranch et al., 2019; Rouse, 2015). Resultater viste at ved intervensjon økte ammingen innen den første timen etter fødsel, fra 55,5% til 62%. Fullamming på avdelingen økte fra 60,1% til 70,78% (Rouse, 2015).

Liknede tiltak og resultater kunne sees i studien til Nilsson et al., (2017). Resultatene viste at flere ble fullammet etter en 6 måneders kontroll hos de som var innlagt på barselavdelingene i intervensjonsgruppen. Videre ammet mødrene i intervensjonsgruppa hyppigere enn kontrollgruppa, og brukte mer hud- til hud tid med barnet (Nilsson et al., 2017). Studien til Rouse (2015) trakk i likhet frem viktigheten av at sykepleierne har kunnskap om blant annet hud- til hud kontakt og riktig posisjonering.

Forskningen til Chiruco et al., (2015) viste at ved å ansette en sertifisert ammeveileder på barselavdelingen fikk man tilsvarende positive ammeresultater. Ved innføring av ammeveileder fikk flere mødre hjelp med amming, korrekt informasjon om amming og generell støtte. Færre mødre fikk problemer med såre brystvorter. En annen effekt var at flere mødre oppfattet å få bedre hjelp av annet helsepersonell. Studien viste samtidig at det ikke var flere som ammet ved sykehusutskrivelse, eller to uker etter fødsel, sammenlignet med situasjonen før ammeveileder. (Chiruco et al., 2015).

Videre viser resultater fra Ranch et al., (2019) at kompetanse hos sykepleiere er ønsket fra mødrene på barsel (Ranch et al., 2019) (Hvatum et al., 2014). Resultater fra samtaler med førstegangsmødrene viste at mødrene opplevde at de fikk god støtte og

ammeveiledning når sykepleierne fremstod som oppdatert og kunnskapsrike om amming. Mødrene var fornøyde når de fikk hjelp til å finne bedre posisjoner når de opplevde problemer. (Ranch et al., 2019).

### *3.2.2 Mestringstro*

Flere studier viser til sammenhengen mellom mestringstro hos ammende kvinner og forløpet til ammingen (Nichols et al., 2009; Nilsson et al., 2017; Rouse, 2015). I et forsøk (Nichols et al., 2009) på å forbedre ammestatestikken ble det forsøkt tiltak for å øke mestringstroen til mødrene før og etter fødsel. Kvinnene i intervensjonsgruppen viste en større mestringstro til amming sammenlignet med kontrollgruppen. Videre viste data fra fire uker etter fødsel at kvinnene i intervensjonsgruppen hadde en tydeligere trend til å amme og fullamme lengre enn de i kontrollgruppen. Studien konkluderte med at økt mestringstro til amming vil være gunstig for forløpet til ammingen (Nichols et al., 2009).

Forskningen til Rouse (2015) og Nilsson et al., (2017), hadde begge som mål å øke mestringstroen til mødrene på barselavdelingen for å kunne påvirke ammestatestikken. Resultater fra målinger etter intervensjonen i studien til Rouse (2015) viste at flere mødre ammet den første timen. Det var en økning i prosentandel mødre som fullammet på avdelingen (Rouse, 2015). Forskningen til Nilsson et al., (2017) benyttet et spesialutviklet dataverktøy laget for å måle mestringstro. Resultatene til Nilsson et al., (2017) viste ingen endring i mestringstro før og etter intervensjonen.

### *3.2.3 Stress og presentasjonspress*

Tidspress trekkes frem som en utfordring i flere studier (Hvatum et al., 2014; Lawton & Robinson, 2016). Resultater fra intervjuene med jordmødrene i Lawton & Robinson (2016) sin studie, viste at alle jordmødrene følte på et tidspress, noe som påvirket deres vurdering og prioritering av tiden til å hjelpe mødrene. Jordmødrene følte at de ikke hadde tilstrekkelig tid til å sikre at mødrene fikk best mulig hjelp. Resultatene argumenterte for at flere ville fått suksess med ammingen dersom jordmødrene hadde mer tid. Tidspress var tilsvarende et resultat i Hvatum et al., (2014) sin studie. Mange kvinner opplevde et tidspress for å mestre ammingen på sykehuset. Resultatene trekker frem at mødrene ønsket at mer av tiden skulle brukes med fokus på samspill, i stedet for et ensidig fokus på amming (Hvatum et al., 2014).

Flere studier viser til at mødrene følte et presentasjonspress fra sykepleierne på barsel på å få til ammingen (Hvatum et al., 2014; Lawton & Robinson, 2016). Jordmødrene i den britiske studien til Lawton & Robinson (2016) bekreftet at mødrene tidvis valgte å



amme fordi det følte det var forventet. Under intervjuene kom det også frem at flere mødre ble lettet når jordmødrene rådet dem til å slutte å amme og heller gi mat på flaske. Noen jordmødre utrykte at mødrene følte seg presset av dem til å få til ammingen (Lawton & Robinson, 2016). Dette støttes i den norske studien til Hvatum et al., (2014), der mødre fortalte om en presentasjonsangst med å få til amming. Dette tok bort gleden og samspillet med barnet fordi stresset tok all oppmerksomheten. Aksept fra helsepersonell ble poengtert som særlig viktig i beslutningen med å slutte å amme. Mødrene i studien utrykte at de hadde ønsket mer informasjon om utfordringer med ammingen, men også mer støtte og informasjon om flaskemating. Flere av mødrene følte på en dårlig samvittighet med å avslutte ammingen grunnet de ensidige forsøkene fra helsepersonell på å fremme amming. Studien til Hvatum et al., (2014) konkluderer med at helsepersonell bør være sensitive, støtte mor og vise åpenhet for alternativer. Press på mødre i ammesituasjonen bør unngås.

#### *3.2.4 Relasjon*

Ranch et al., (2019) belyser i resultatene at mødrene opplevde en god støtte og ammeveiledning dersom de følte seg lyttet til, og dersom deres utfordringer ble anerkjent av helsepersonell. Sykepleierne som «gjorde det riktig» var de som stilte spørsmål og forsikret mødrene om at de ammet riktig. Disse sykepleierne opplevdes å ha en god og ærlig relasjon med mødrene (Ranch et al., 2019). Chiruco et al., (2019) trekker også frem i sine resultater at kvinnene var fornøyde med de sykehusansatte dersom de forsto mødrenes behov og støttet ammeopplevelsen (Chiurco et al., 2015). Mødrene i Hvatum et al., (2014) sin studie påpekte at de ønsket forståelse og kunnskap fra helsepersonell om situasjoner der det oppstår problemer med amming.

Nilsson et al. (2017) sin studie er opptatt av at helsepersonellet skulle sørge for å involvere far ettersom det kan ha en sammenheng med økt ammetid. Mødrene i studien til Ranch et al., (2019) opplevde seg mindre alene, når hele familien ble inkludert i ammeprosessen.

## Kapittel 4 Diskusjon

### 4.1 Drøfting

Hvordan kan sykepleier på barselavdeling gi god ammeveiledning og dermed påvirke forløpet til ammingen? Diskusjonen under vil ta for seg ulike faktorer som en sykepleier kan påvirke og hvordan en sykepleier kan gi god ammeveiledning. Videre vil oppgaven se disse faktorene i sammenheng med ammeperiode.

#### 4.1.1 Veiledning

Veiledning er en viktig funksjon hos sykepleiere (Kristoffersen, 2011). Ifølge Kristoffersen (2011) har veiledning som mål å styrke personens egne ressurser og det skal ta i utgangspunkt i den andre parten. På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er viktig at sykepleier på barsel under ammeveiledning lytter til morens egne mål og forventinger til ammingen. Ifølge retningslinjene for en mor- barn vennlig avdeling, skal sykepleiere oppfordre mødre til amme og veilede dem i dette (Ammehjelpen, 2010). Likevel står pasientens autonomi sterkest, og det er viktig at sykepleier ivaretar pasientens rett til å bestemme selv (Kristoffersen & Nortvedt, 2016), og dermed ikke presser moren til å amme. WHO angir mors rett til å amme, men likeså retten til å avstå. (WHO, u.å.-a) Hvatum et al., (2014) trekker frem i sin studie at mødre følte på press fra helsepersonell til å få til ammingen. De uttrykket tilfredshet når de opplevde medbestemmelse på sykehuset, men misnøye når de opplevde prestasjons- og tidspress. Dette førte til et økt stress, og som kan ha gjort det vanskeligere å få til ammingen (Alquist, 2013). Lawton & Robinson (2016) trekker også frem i sin studie at mødre virket til å føle seg presset av jordmødrene på avdelingen til å amme. I veiledning er pedagogikken god dersom sykepleier sørger for at læringen skjer ut fra morens forutsetninger (Vifladt & Hopen, 2004). Mødrene i den norske studien til Hvatum et al., (2014) bekreftet at sykepleiers aksept var viktig for dem i beslutningen med å avslutte ammingen. Det kan dermed antas at sykepleiers mening virker tyngende i mors opplevelse. På bakgrunn av dette kan det tenkes at en viktig forutsetning for god ammeveiledning vil være å respektere morens beslutninger og sørge for at veiledningen skjer på hennes premisser.

#### 4.1.2 Relasjon

Å bygge en trygg relasjon til den man veileder står sentralt i pedagogisk veiledning. (Kristoffersen, 2011) Det vil derfor være naturlig og gunstig at sykepleier på barsel danner en relasjon til mor, selv om tiden på barselavdelingen ofte ikke er så lang. (Krogh, 2018) Travelbee nevner i sin teori at å danne en mellommenneskelig relasjon står

sentralt i sykepleien. Og at sykepleier må aktivt jobbe for å nå målet om et menneske- til menneske forhold. Fremdeles så kan det tenkes at 48 timer er for lite tidsrom for sykepleier å danne en relasjon med mor. På en annen side så utrykte jordmødrene i Lawton & Robinson (2016) at de fikk en empatisk relasjon med mødrene på barselavdelingen, til tross for tidspresset (Lawton & Robinson, 2016).

Empati trekkes frem som en av fasene mot et menneske- til menneske forhold (Travelbee, 2001). Ranch et al., (2019) viser til i resultatene at mødrene opplevde god støtte og ammeveiledning dersom de følte seg lyttet til og at deres utfordringer ble anerkjent. Sykepleierne som «gjorde det riktige» var de som stilte spørsmål og forsikret mødrene om at de ammet riktig. Sykepleierne hadde et godt og ærlig forhold med mødrene. (Ranch et al., 2019) Med Travelbee (2001) sin sykepleierteori som utgangspunkt, bekrefter studien det å skape en trygg relasjon og vise empati som viktig for mødrenes opplevelse. Det styrkes også av Eide & Eide (2008) sin forklaring med at det mest virksomme i veiledning er empati og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Chiruco et al., (2019) trekker også frem i sine resultater at kvinnene var fornøyde med de sykehusansatte, fordi de forsto mødrenes behov og støttet ammeopplevelsen. Det kan antas at eksempelvis språklige barrierer vil være en utfordring for sykepleier å vise forståelse og støtte til mor. På en annen side så er det flere faktorer som for eksempel kroppsspråk som bidrar til en god kommunikasjon (Eide & Eide, 2008).

Mødrene i Hvatum et al., (2014) sin studie påpekte at de ønsket forståelse og kunnskap fra helsepersonell om situasjoner der ammingen ikke fungerer. Opplevelsen av å ikke bli forstått kan ses i likhet med at det ikke er en gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient, noe som trekkes frem som en av de siste fasene i målet i et menneske- til menneske forhold i Travelbee (2001) sin teori. Økt ammeperiode kunne ses i sammenheng med inkludering av far i ammeveiledningen (Nilsson et al., 2017). I tillegg til at ammeperioden kan økes, vil far eller mors partner tenkes å være en viktig støttespiller for mor etter utskrivelse fra barsel. Det bekreftes i studien til Ranch et al., (2019) hvor mødrene følte seg mindre alene når familien ble tatt med prosessen. Dermed kan det tenkes at det vil være en fordel at sykepleier tar med mors partner i relasjonsbyggingen. Sett i lys av teori og forskning kan det sannsynliggjøres at å danne en mellommenneskelig relasjon med mor, inkludere mors partner, samt og vise empati vil være gunstig for ammeveiledningen.

#### 4.1.3 Kunnskap hos sykepleier

Et av kravene i «ti trinn til vellykket amming» er at personalet skal være oppdatert og ha nok kunnskap, kompetanse og ferdigheter til å veilede i amming (Ammehjelpen, 2010). Likevel viser forskningen at intervensjoner for å øke kunnskapen har en stor effekt på kvaliteten på ammeveiledning (Chiruco et al., 2015; Nilsson et al., 2017; Rouse, 2015). Flere studier viser også at økt kunnskap hos sykepleiere som gir ammeveiledning kan påvirke forløpet til ammingen (Nilsson et al., 2017; Rouse, 2015). I studien til Rouse (2015) ble det innført en intervensjon på barselavdelingene der helsepersonellet på avdelingene måtte gjennomgå et kurs hvor de fikk informasjon om amming, ammeveiledning, mestringstro hos mor i tillegg til at de fikk et «manuskript»; en veileder til hvordan de kunne veilede og håndtere ulike scenarier. Dette kurset bidro til økt kunnskap hos sykepleierne, og resultatene viste at prosentandelen som fullammet etter utskrivelse økte. På den andre siden, så målte denne studien kun ammestatestikken ved utskrivelse og en måned senere. Med andre ord så vet vi ikke noe om de langsiktige dataene og hvordan forløpet utviklet seg. Likevel viser Nilsson et al., (Nilsson et al., 2017) sin studie at et to- dagers kurs for sykepleierne på barselavdelinger i Sverige, med fokus på forbedring i ammeveiledning, hadde en påvirkning på forløpet til ammingen, hvor mødre ammet lengre etter utskrivelse. I Chiruco et al. (2015), sin studie ble det ansatt en ammeveileder på avdelingen for å se om det hadde noe påvirkning på forløpet til ammingen. Med utgangspunkt i at en ammeveileder har en videreutdanning for sykepleiere kan det med rimelighet antas at denne personen har en økt kunnskap om amming. Til tross for dette viste ikke resultatene en økt statistikk på ammingen etter utskrivelse. Likevel er det en svakhet i studien, da den ikke har pågått lenge nok til å se om det har en effekt på ammestatestikk i et langtidsperspektiv. I tillegg opplevde flere mødre å få hjelp med ammingen, i tillegg til korrekt info og støtte. Mødrene fikk også mer hjelp fra andre helsepersonell på avdelingen. Det kan dermed tenkes at økt kompetanse har en effekt på resten av personalet. Videre kan det antas å ses en sammenheng i økt kunnskap og god veiledning. Ranch et al., (Ranch et al., 2019) trekker også frem i sine resultater at mødre syntes det var viktig at sykepleiere som gir ammeveiledning har nok kunnskap, og at mødre da opplever at de får bedre støtte og veiledning.

Eksempelvis trekker Rouse (2015) frem at det er viktig at sykepleiere kjenner til og veileder hud- til hud teknikker. Det kan ses i lys av at hud- til hud kontakt kan påvirke barnets villighet til å ta brystet, samt mor vil skille ut mer oksytocin som bidrar til utdrivingsrefleksen (Alquist, 2013). I likhet med Rouse (2015) sin forskning, trekker også studien til Nilsson et al., (2016) frem viktigheten av at helsepersonell veileder i fordelene

av hud- til hud kontakt. Studien kunne også trekke sammenhenger mellom økt tid med fullamning og flere timer med hud- til hud kontakt. Det kan på bakgrunn av dette tenkes at økt kunnskap og fokus på hud- til hud vil være gunstig for ammeveiledningen og forløpet til ammingen.

I 10 trinn til vellykket amming inkluderes kravet om nok kunnskap og kompetanse om amming hos helsepersonell (Ammehjelpen, 2010), dette bekrefter hvorfor god kunnskap er viktig for å gi god ammeveiledning. Med utgangspunkt i fremhevet teori og resultater fra studier kan det sannsynliggjøres at økt kunnskap hos sykepleiere om amming og ammeveiledning, vil kunne bidra til økt kvalitet på veiledningen og samtidig påvirke forløpet til ammingen. Eksempler på kunnskap sykepleiere bør ha er hud til hud kontakt (Rouse, 2015).

#### *4.1.4 Riktig posisjonering*

Nilsson et al., (2017) viste til forskjeller på utfordringene mødrene møtte på i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Mødrene i intervensjonsgruppen opplevde mest problemer med ammetid og hyppighet, hvorav mødrene i kontrollgruppen hadde mer utfordringer knyttet til smerteproblematikk under ammingen og opplevde mer smerte enn intervensjonsgruppe (Nilsson et al., 2017). I intervensjonsgruppen i studien til Nilsson et al., (2017) så fikk mødrene trolig bedre veiledning i riktig posisjonering og dermed ble smerter forebygget mer enn hos de i kontrollgruppen. Riktig posisjonering er viktig for å at det ikke skal bli en smertefull amming. Smerter under amming er en vanlig grunn til å avslutte ammingen tidligere (Alquist, 2013). Et viktig tiltak kan derfor være å lære sykepleiere i å veilede riktig posisjonering for å forebygge såre brystvorter og smerter. Dette støttes av den italienske studien som viste til at ved å ansette en ammeveileder så fikk mødrene mindre såre brystvorter og opplevde en mindre smertefull amming. Studien argumenterer for at ammeveilederen hjalp mødrene med å få koblet barnet riktig på og dermed forebygget såre brystvorter, som kan være en av faktorene til at mødrene slutter å amme tidligere (Chiurco et al., 2015). Til tross for at en ammeveileder er en videreutdanning i sykepleie (Oslo underversitetssykehus, 2021), vil kunnskapen fortsatt være relevant og gunstig for sykepleiere på barsel. Hvatum et al (2014)., nevner at faktoren som fikk mange mødre til å slutte å amme var smerteproblematikk. Det gjorde vondt å amme og de gruet seg. Med andre ord underbygger denne studien også at det å få riktig opplæring i god posisjonering og påkobling av barnet er viktig og kan forebygge smerter og mulig bidra til at ammingen varer lengre. (Hvatum et al., 2014) På bakgrunn av resultater fra forskning og teori, kan det derfor antas at veiledning i riktig posisjonering og påkobling av barnet være viktig for en god ammeveiledning og forløpet senere til ammingen.

#### 4.1.5 Mestringstro

Flere studier har vist til en sammenheng mellom mødre med mestringstro til ammingen, og hvor lenge de fullammer. Mors tro og selvtillit på å mestre ammingen er assosiert med en lengre ammeperiode (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2015; Kingston et al., 2007; McCarter-Spaulding & Gore, 2009; Wilhelm et al., 2008). Studien til Nichols et al., (2009) ønsket å ta for seg intervensjonen om å øke mestringstroen for å kunne føre til økt amme-statistikk. Det var vellykket, og studien konkluderte med at det vil være gunstig for forløpet til ammingen å styrke selvtilliten til mor. (Nichols et al., 2009) Med andre ord så kan det tenkes at som en del av ammeveiledningen på barsel, bør sykepleier sørge for å bygge opp mors selvtillit og mestringstro.

Rouse (2015) fant en sammenheng med økt amme-statistikk etter intervensjonen, som blant annet inneholdt fokus på økt mestringstro hos mor, og en oppfordring til at sykepleierne skulle hjelpe mor med å øke selvtilliten for suksess. På en annen side, så målte ikke studien om mødre faktisk fikk en økt mestringstro, og det kan dermed ikke trekkes en sammenheng til at det var en økt mestringstro hos mødre som bidro til den økte statistikken. (Rouse, 2015) I likhet med Rouse (2015) klarte heller ikke Nilsson et al., (2017) å øke ammetiden etter et økt fokus på å øke mestringstroen. På en annen side så kan målingen av mestringstroen kritiseres. Det kan stilles spørsmål til selve vurderingen av mestringstroen. Ettersom amme-statistikken økte etter intervensjonen, kan det tenkes at mestringstro også bidro, til tross for at dataene på målt mestringstro ikke viste en økning. Videre utrykte mødre i den norske studien at de alle hadde tro på at de skulle mestre ammingen. Likevel møtte de på utfordringer og valgte å avslutte. (Hvatum et al., 2014) Dermed kan det tydes på at det ikke var en sammenheng mellom mestringstroen til mødre og amme-forløpet. Til tross for den høye mestringstroen før ammingen, sank den i midlertidig når mødre begynte å amme. (Hvatum et al., 2014) På bakgrunn av dette kan det tenkes at mødre kunne hatt en fordel i få hjelp til å styrke selvtilliten av sykepleierne slik at ammingen kunne bli vellykket.

I veiledning er målet å bidra til at personen selv mestrer egen situasjon. (Tveiten, 2013) Kristoffersen (2011) trekker frem at støtte i kombinasjon med veiledning vil kunne bidra til økt mestringstro. Det kan derfor tenkes at det å styrke personens mestringstro er et mål i veiledningen. Med andre ord kan det være at sykepleier bør fokusere på å øke mestringstroen til mor under ammeveiledning. Vifladdt & Hopen (2004) forklarer veiledningen med at man må lytte, oppmuntre og styrke pasienten, slik at de selv kan se muligheter og møte egne forventninger og krav. Sykepleier kan derfor under veiledningen lytte og oppmuntre mor, for å styrke henne i å tro på egen mestring. Ved bruk av

helsefremmende kommunikasjon vil mor kunne oppleve en økt mening og sammenheng som vil fremme mestring (Haugan, 2016). Dermed kan det tenkes at helsefremmende kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel sykepleier kan ta i bruk for å øke mors mestringstro. Dersom mor opplever mestring og selvtillit til å få til ammingen, kan det på bakgrunn av teori og forskning, tenkes at forløpet til ammingen bedres og opplevelsen av god ammeveiledning styrkes.

#### *4.1.6 Stress og press*

Vanlig liggedøgn på barsel er 2 dager før man blir utskrevet. (Krogh, 2018) Med andre ord vil det si at det ikke er lang tid sykepleier har med mor og barn før de skal dra hjem. Sykepleiere på en mor- barn vennlig avdeling skal fremme amming til mødrene og hjelpe mor og barn med å komme i gang. (WHO, u.å.-a) Den norske studien til Hvatum et al., (2014) trakk frem at mødrene følte på tidspresset med å få til ammingen på barselavdelingen. Jordmødrene i studien til Lawton & Robinson (2016) kunne i likhet bekrefte at de kjente på tidspresset. Det kan med andre ord tenkes at den korte tiden på barsel lager en utfordring for ammeveiledning. Kan det derfor stilles spørsmål til hva sykepleiere kan forvente å få ut av ammeveiledningen på barsel? Likevel viser teorien til at ammeveiledningen som gis helt i starten av forløpet, vil kunne påvirke forløpet til ammingen og er derfor viktig. (McFadden et al., 2017)

Flere studier trekker frem at mødrene opplever det som et press fra helsepersonell på barsel med å få til ammingen på den korte tiden. (Hvatum et al., 2014; Lawton & Robinson, 2016) Sett i lys av teori nevner Vifladdt & Hopen (2004) at under veiledningen bør sykepleier blant annet oppmuntre å styrke pasienten til selv å se muligheter og kraft til å møte forventinger. Demotivasjon og frustrasjon kan bli resultat om pasientene ikke ser muligheter eller klarer å møte forventingene. (Vifladdt & Hopen, 2004) Videre vil en helsefremmende interaksjon bety at sykepleieren anerkjenner moren og ikke misbruker makten. (Haugan, 2016) Det kan reflekteres rundt om maktbalansen og den sårbare situasjonen er grunnen til at mødrene opplever et press fra sykepleiere til å amme. Som nevnt tidligere kan utdrivingen av melken hemmes dersom mor er anspent (Alquist, 2013). Dermed kan det være at presset gjør det mer utfordrende å få til amming. Med tanke på presset mødrene følte (Hvatum et al., 2014), kan det trolig være helsefremmende at sykepleiere på barsel senker presset og godtar at de ikke kan forventet optimal amming den innledende tiden. Mødrene i den norske studien ønsket også et realistisk bilde på hva de kunne forvente. (Hvatum et al., 2014) Dette styrker teorien om at veiledningen må sørge for at pasientene opplever mestring. (Vifladdt & Hopen, 2004)

## 4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis

Benyttede studier og hovedfunn peker på nødvendigheten av tiltak fra både sykehus og sykepleiere. Barselavdeling kan gi forutsetninger og tilrettelegge for økt amming. Eksempler på dette er mor- barn vennlig avdelinger med retningslinjer for vellykket amming. Tilsvarende har sykepleierne et ansvar å utøve veiledning og jobbe helsefremmende og helseforebyggende. Med Travelbee sin sykepleierteori i bakgrunnen, skal sykepleier jobbe for å danne et menneske- til menneske forhold med mødre på barsel (Travelbee, 2001), og veilede mor og barn i å komme i gang med ammingen. Sykepleier bør sitte på den nødvendige kunnskap, og støtte mor i prosessen. Oppholdet på barsel er i en begrenset periode og derfor er sykepleierens oppgave å gi en god start på ammingen viktig.

Siden innføringen av mor- barn vennlige sykehus i Norge på 90- tallet, og frem til at de fleste barselavdelinger er godkjent i 2018, er det et tankekors at helsedirektoratets mål om fullamming ved både fire og seks måneder langt fra er nådd. Dette kan tyde på at økt fokus, innsats og tiltak er nødvendig for å oppnå de nasjonale målene.

Et felles løft fra barselavdelinger og sykepleiere i tråd med funnene som er omhandlet i denne oppgaven er nødvendig. Effekten og prioriteringen av tiltak sammen med strategier for best effekt trenger også å forskes på. Dette underbygges av mangel av tilstrekkelig forskning og studier. Min gjennomgang og forståelse av tema styrker troen på at det bør fokuseres spesielt på god kommunikasjon, pedagogikk og evner som kreves for å skape gode relasjoner da det er avgjørende for tillit og mestringstro.

## 4.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Litteraturstudien baserer seg på teori og innhentet forskning. Styrker med oppgaven er at det meste av teori og forskning som er tatt med, er publisert de siste 10 årene. Det gjør informasjonen oppdatert og relevant for moderne tid. Litteraturstudien er konkret og svarer til problemstilling. Svakheter med oppgaven er at den har måttet inkludere forsknings fra andre land enn Norge. Det bør derfor stilles spørsmål til om problemstilling i forskningen fra ikke- nordiske land er like relevant i Norge. Likevel har jeg trukket ut det jeg har ansett som relevant for problemstillingen og som trolig er tiltak som vil ha effekt i Norge. Det har vært en utfordring å finne nok forskning som svarer direkte på problemstillingen min. Derfor har oppgaven inkludert flere vinkler og synspunkter. Oppgaven styrkes imidlertid ved at det trekkes sammenhenger mellom de ulike vinklene, som underbygger konklusjonen til oppgaven.



Det er en utfordring at mye av forskningen først og fremst tar utgangspunkt i andre helseprofesjoner enn sykepleien. Men selv om sykepleie ikke er premissgiveren for den faglige delen, er sykepleieren på barsel sentral i den utøvende rollen av ammeveiledningen. Dermed anser jeg forskning på hvordan man kan øke kvaliteten på ammeveiledningen, som relevant. Likedan synspunkter fra andre profesjoner som jordmødre og sertifiserte ammeveiledere.

#### 4.4. Konklusjon

Oppgaven skulle svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleier på barselavdeling gi god ammeveiledning og dermed påvirke forløpet til ammingen?

For å svare på problemstillingen har jeg vurdert hva som inkluderes i veiledning, samt faktorer som påvirker ammingen og som sykepleier kan påvirke. Denne oppgaven har satt særlig lys på kunnskap hos sykepleiere, relasjon, mestringstro og tids- og prestasjonspress. Basert på resultater og drøfting konkluderer denne oppgaven med at sykepleier på barsel bør kommunisere på en helsefremmende og empatisk måte og skape en mellommenneskelig relasjon med mor så godt det lar seg gjøre. Mors partner bør også inkluderes i prosessen. Det er i tillegg viktig at sykepleier har nok kunnskap om ammingen og vet hvilke utfordringer mor og barn kan møte på. Videre bør sykepleier jobbe for å styrke mors mestringstro og sørge for å ikke pålegge mor unødvendig press på mestring og stress rundt tiden hun har på barsel. Ved å sørge for at mor får god ammeveiledning, ikke stresser og får en realistisk forventning til ammingen, øker sannsynligheten at forløpet til ammingen varer lengre, noe som vil være helsefremmende for mor og barn.

## Referanseliste

- Alquist, R. (2013). *AMMING - en håndbok for helsepersonell* (H. Strømnes, Overs.; 4. utgave). Fagbokforlaget.
- Ammehjelpen. (2010). «Mor-barn-vennlig standard» og «Ti trinn for vellykket amming». Ammehjelpen.  
<https://ammehjelpen.no/mor-barnvennlig-initiativ/>
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2015). Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(1), 145–150. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12530>
- Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget.
- Bandura, A. (1997). *The Exercise of Control* (2. utgave). W.H. Freeman and Company.
- Chiurco, A., Montico, M., Brovedani, P., Monasta, L., & Davanzo, R. (2015). An IBCLC in the Maternity Ward of a Mother and Child Hospital: A Pre- and Post-Intervention Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9938–9951. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809938>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave).
- Eide, H. (2004). *Communication in Medial Specialist Settings* [Dr.philos.-avhandling]. Univeristy of Oslo.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utgave).
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2).
- Graugaard, P., Eide, H., & Finset, A. (2003). Interaction analysis of Physician- Patient Communication: The influence of Trait Anxiety on Communication and Outcome. *Patient Education and Counseling*, 49, 149–156.
- Hansen, M. N. (2010). Del 8: Barseltiden og amming. I E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (1. utgave, s. 625–662). Akribe AS.
- Haugan, G. (2016). Mening- teori og forskning. I *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (1. utgave).
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. /kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct
- Helsedirektoratet. (2021). Spedbarnsernæring. I *Nasjonale faglige retningslinjer*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Hvatum, I., Hjälmhult, E., & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien Forskning*, 9(1), 14–23.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0019>

- Kingston, D., Dennis, C.-L., & Sword, W. (2007). Exploring Breast-feeding Self-efficacy. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(3), 207–215. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000285810.13527.a7>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Kapittel 27 Den myndige pasienten. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (2. utgave, s. 337–385). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I *Grunnleggende sykepleie Bind 1 Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier—Verdier og samhandling. I *Grunnleggende sykepleie Bind 1 Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Krogh, S. von. (2018). Barselavdeling. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/barselavdeling>
- Lawton, K., & Robinson, D. A. (2016). Midwives' experiences of helping women struggling to breastfeed. I *British Journal of Midwifery* (4. utg., Bd. 24).
- McCarter-Spaulding, D., & Gore, R. (2009). Breastfeeding self-efficacy in women of African descent. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 38(2), 230–243. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01011.x>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Nichols, J., Schutte, N. S., Brown, R. F., Dennis, C.-L., & Price, I. (2009). The Impact of a Self-Efficacy Intervention on Short-Term Breast-Feeding Outcomes. *Health Education & Behavior*, 36(2), 250–258. <https://doi.org/10.1177/1090198107303362>
- Nilsson, I. M. S., Strandberg-Larsen, K., Knight, C. H., Hansen, A. V., & Kronborg, H. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.12432>
- Oslo underversitetssykehus. (2021, februar 22). *IBCLC*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-amming-nka/kurs-og-kompetanseutvikling-amming/ibclc>
- Ranch, M. M., Jämtén, S., Thorstensson, S., & Ekström-Bergström, A. C. (2019). First-Time Mothers Have a Desire to Be Offered Professional Breastfeeding Support by Pediatric Nurses: An Evaluation of the

- Mother-Perceived-Professional Support Scale. *Nursing Research and Practice*, 2019, 1–11.  
<https://doi.org/10.1155/2019/8731705>
- Rouse, C. L. (2015). Increasing Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in the Hospitalized, Postpartum Dyad. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44, S49. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12609>
- Salomon, P., & Young, B. (2005). Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 225–234.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.; 1. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning- mer enn ord...* (4. utgave).
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Vigmostad & Bjørke AS.
- Vifladdt, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk—Samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- WHO. (u.å.-a). *Breastfeeding*. World Health Organization. Hentet 9. april 2021, fra <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/breastfeeding>
- WHO. (u.å.-b). *WHO | Support for mothers to initiate and establish breastfeeding after childbirth*. Hentet 30. april 2021, fra [https://www.who.int/elena/titles/breastfeeding\\_support/en/](https://www.who.int/elena/titles/breastfeeding_support/en/)
- WHO. (1998). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. I *World Health Organization*.
- Wilhelm, S. L., Rodehorst, T. K., Stepan, M. B. F., Hertzog, M., & Berens, C. (2008). Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. *Applied Nursing Research: ANR*, 21(3), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2006.10.005>

