

10122

Ammeveiledning på barselavdeling

Litteraturbachelor

Antall ord: 7689

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022

10122

Ammeveiledning på barselavdeling

Litteraturbachelor

Antall ord: 7689

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Amming er vist å være helsefremmende for både mor og barn, og anbefales av de fleste offisielle organer. I Norge er amming høyt verdsatt, og mange kvinner ønsker å amme fra fødsel. Dette er noe som må læres, og starter så tidlig som rett etter fødsel. Sykepleier kan gjennom veiledning og støtte legge til rette for tidlig amming på barselavdeling. For sykepleier krever dette bred kompetanse, med både kunnskap og helsefremmende ferdigheter.

Hensikt: Belyse hvordan sykepleier, på best mulig måte kan legge til rette for god ammeveiledning og støtte til kvinner på barselavdeling. Det er lagt vekt på rutiner, sosiale og psykologiske faktorer som kan fremme amming.

Metode: Dette er en litteraturstudie basert på ni ulike forskningsartikler. Det er gjennomført systematisk søk, et utvalg og analyse av artikler.

Resultat: Funn i studiene viser at gode rutiner for tidlig oppstart av amming er viktig for forekomsten av amming og mor-barn interaksjon. Mor har behov for både praktisk og teoretisk kunnskap rundt fenomenet, for å være rustet for tiden utenfor sykehuset. For at sykepleier skal være i stand til å veilede, har de behov for tilstrekkelig kunnskap. Det er vist at dette fremmer god ammepraksis og holdninger til amming. Videre belyser funn behovet for god kommunikasjon og relasjon mellom mor og sykepleier.

Konklusjon: Målet med ammeveiledning på barselavdeling kan betraktes som mors mestring med amming. Mor er ofte sårbar og utrygg i situasjonen, som legger vekt på sykepleiers pedagogiske funksjon. At sykepleier kan hjelpe mor til å oppleve situasjonen som håndterlig, vil være viktig for helsen til både mor, og barn.

Nøkkelord: Sykepleier, Barselavdeling, Amming, Veiledning

Innhold

1.	Introduksjon	1
1.1.	Introduksjon til tema	1
1.2.	Formål og Problemstilling	2
1.3.	Teori	2
1.3.1.	Melkeproduksjon og hormoner	2
1.3.2.	Tiltak under BFHI	3
1.3.1.	Helsekompetanse	3
1.3.1.	Empowerment	4
1.3.2.	Individuell tilnærming til veiledning	4
1.3.3.	Helsefremmende sykepleie	5
1.3.4.	Realsjon	5
2.	Metode	6
2.1.	Beskrivelse av metode	6
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
2.3.	Søketabell	8
2.4.	Vurdering og utvelgelse av artikler	11
2.5.	Analyse	11
3.	Resultater	13
3.1.	Artikkelmatrise	13
3.2.	Tematisk inndeling av resultater	20
3.2.1.	Tiltak som fremmer amming på barselavdeling	20
3.2.2.	Kompetanse hos sykepleiere	21
3.2.3.	Veiledning, et sammensatt behov	21
4.	Diskusjon	23
4.1.	Tiltak som fremmer amming på barselavdeling	23
4.2.	Viktigheten av sykepleiers kunnskap	25
4.3.	Veiledning, et sammensatt behov	26
4.4.	Metodediskusjon	28
4.5.	Konklusjon	28
	Referanser	30

Tabeller

Tabell 1 PICo.....	7
Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
Tabell 3 Søketablell.....	8
Tabell 4 Håndsök	10
Tabell 5 Evans analysemodell	11
Tabell 6 Hovedtema	12
Tabell 7 Hoved- og undertema.....	12
Tabell 8 Artikkelmatrikse	13

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Å amme er kulturelt betinget, der samfunnets verdier, tradisjoner og normer står sentralt for om barnet blir ammet eller ikke (Alquist, 2016, s.13). Amming har derfor naturlig nok hatt en skiftende status gjennom historien, og varierer verden over. I det moderne samfunn er amming stadig et tema til debatt; det er ikke bare ernæringsmessige fordeler som drøftes, men også hva amming har å si for familiens trivsel og øvrige liv. Norge er et samfunn med sterk ammekultur, og amming er svært høyt verdsatt. Mange barselkvinner har et klart ønske om å amme fra fødsel. Oversikt over ammetrend i Norge viser at så nær som alle norske kvinner begynner å amme etter fødsel (FHI, 2022b).

Amming har betydning for en lang rekke helsemessige forhold hos mor og barn, ikke bare under ammeperioden, men er også helsefremmende på sikt (Alquist, 2016, s.20). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er amming en av de mest effektive måtene å sikre god barnehelse (WHO, 2021), og morsmelk blir omtalt som den beste og naturlige maten for spedbarnet (Helsedirektoratet, 2017a). Fullamming defineres ifølge WHO (2021) som eksklusiv amming i omkring seks måneder. Dette går ut på at barnet bare blir ernært gjennom morsmelk. Ifølge Helsedirektoratet anbefales dette av de fleste offisielle organer, og gir sammen med blant annet WHO råd om fullamming (Helsedirektoratet, 2017a). Dette er blant annet på grunnlag av Cochrane-oppsommeringen som har hatt en rådgivende funksjon for Helsedirektoratet i utarbeidelsen av dagens retningslinjer. Selv om det er en rådgivende anbefaling om fullamming, er all amming bedre enn ingen (Skou Jensen, 2008, s.141). Målet er ikke at mor skal amme for enhver pris, men at hver enkelt kvinne skal få grundig nok informasjon til å velge (Helsedirektoratet, 2017a).

For å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn lanserte WHO/UNICEF et verdensomspennende krafttak kalt "Baby Friendly Hospital Initiativ" (BFHI) (WHO, u.å.-b). Dette initiativet sikter inn på tiltak på sykehus gjennom retningslinjene «Ti skritt til vellykket amming». Tiltakene har vist målbar effekt både på sykehus og etter utskrivelse (WHO, u.å.-a). I 2018 fødes over 90% av norske barn på sykehus som har fått godkjenning av MBVS (Ammehjelpen, 2010).

Tross de positive sidene ved amming, møter halvparten av mødre på større eller mindre problemer i løpet av prosessen med amming (Alquist, 2016, s. 53). Dette setter amming i fare for tidlig opphør. Undersøkelser viser at de fleste problemene oppstod allerede på sykehuset eller i løpet av de første ukene postpartum. I Norge er liggetiden på sykehus gjennomsnittlig 2,6 døgn, etter fødsel, så kvinner reiser raskt hjem (FHI, 2022a). I denne sammenheng kan man se til Folkehelseinstituttet som påpeker nøkkelrollen til pleiere i primær- og spesialisthelsetjenesten for kunnskapsbasert ammeveiledning (FHI, 2021). Dette fremstår som avgjørende for om mødre lykkes med amming. Amming er

noe som må læres, og mange faktorer virker inn på hvorvidt en kvinne bestemmer seg for å amme og hvorvidt det fungerer tilfredsstillende (Alquist, 2016, s.53).

På barselavdeling møter sykepleier nybakte mødre som kanskje introduseres for amming for første gang. Gjennom ammeveiledning kan sykepleier legge til rette for at mor kan ta kontroll over det som nå berører hennes og barnets liv og helse, og dermed fremme mors tro på seg selv og egne muligheter (Tveiten, 2016, s.89). Det skal samtidig legges vekt på individuell veiledning; dette er i tråd med WHO's anbefalinger for Europa og Nordiske ernæringsanbefalinger (Helsedirektoratet, 2017b). Det er en rekke sosiale og psykologiske faktorer som viker inn på amming; disse må identifiseres av helsepersonell for å oppnå en individuell tilnærming til ammeopplæring (Alquist, 2016, s.53).

Gjennom helsefremmende sykepleie kan sykepleier sette søkelys på individuelle faktorer hos mor som fremmer mestring i ammeperioden på sykehus (Gammersvik, 2012, s. 104). Opplevelsen fra føde- og barselavdeling blir beskrevet som en dyp og følelsesmessig hendelse, og kanskje et av livets høydepunkt (Haugan, 2016, s.133). Kvinnens trivsel og mestringsopplevelse kan preges positivt og negativt på sykehus og tiden videre, og sykepleiers rolle står sentralt for dette.

1.2. Formål og Problemstilling

Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å få bedre kunnskap om hvordan sykepleier på best mulig måte kan legge til rette for god ammeveiledning og støtte til kvinner på barselavdeling. Det er lagt vekt på rutiner, sosiale og psykologiske faktorer som kan fremme amming.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier støtte og veilede kvinner etter fødsel i ammeforløpet ved barselavdeling?

Videre avgrensninger for problemstilling

Problemstillingen belyser sykepleiers funksjon i støtte og veiledning til kvinner som skal amme etter fødsel på barselavdeling. Dette innebærer 0-4 dager etter fødsel. Videre avgrensninger blir presentert i inklusjons- og eksklusjonskriterier; viser til (tabell 2).

1.3. Teori

1.3.1. Melkeproduksjon og hormoner

Gjennom graviditeten forbereder brystene seg på å produsere melk. Produksjonen stimuleres av prolaktin som skilles ut av hypofyselappen (Alquist, 2016, s.40). Oppstarten av melkeproduksjon er regulert av hormoner, og skjer derfor uten stimulering. Dette gjelder før fødsel og de første dagene etter. Etter fødsel derimot, må brystet stimuleres og utmelkes. Videre melkeproduksjon kjennetegnes derfor ved at produksjonen er avhengig av stimulering (amming, s.41). For at mor skal ha tilstrekkelig melk, er det viktig at barnet blir tilbudt brystet tidlig og lenge nok (Alquist, 2016, s.40).

Hormonet oksytocin spiller også en viktig rolle ved amming (Wilson-Clay & Hoover, 2008, s. 30). Både ved at muskelcellene rundt melkekjertlene trekker seg sammen, og at barnet som suger stimulerer utskillelsen av hormonet i kroppen til kvinnen. Videre kan det skape en opplevelse av varme i kroppen, kvinnen kan også kjenne en følelse av ro og velvære under amming (Alquist, 2016, s.40).

1.3.2.Tiltak under BFHI

For å bli godkjent som et BF-Sykehus må det innfris ti krav laget av WHO/UNICEF, kalt «Ti trinn for vellykket amming (WHO, u.å.-b). På norsk omtales disse sykehusene som Mor-barn-vennlig sykehus (FHI, 2021). Disse kravene skal sikre god kunnskap hos personalet, og tilrettelegge for ensartet ammeveiledning, gjennom ammeprosedyrer og opplæringsplan. Veiledningen skal være basert på nyeste kunnskapen og være individuelt tilpasset (Skou Jensen, 2008, s.141).

Trinn fire i «Ti trinn for vellykket amming» er hud-mot-hud kontakt. (WHO, u.å.-a). Anbefalingen går ut på umiddelbar og uavbrutt hud-mot-hud kontakt, og støtte til å amme så tidlig som mulig etter fødsel. Den uforstyrret kontakt mellom mor og barn rett etter fødsel har betydning for ammingen (Alquist, 2016, s.66). Dette innebærer både lengre ammeperiode og velfungerende amming. Om et friskt, fullbårent barn legges opp til morens hud, kan det støtte opp under barnets naturlige evne til å finne brystet. På denne måten utnytte barnets oppmerksomhet som ofte er fremtredende de første timene etter fødsel. Dette er med på å utvikle tidlig og god sugeteknikk. Om barnet adskilles fra mor ved fødsel, utvikles ofte denne teknikken på et senere tidspunkt (Alquist, 2016, s.67). Hud-mot-hud kontakt trenger ikke begrenses til de første timene etter fødsel (Alquist, 2016, s.68). De positive effektene viser ikke bare vellykket amming, men også at mor skiller ut oksycontin når barnet beveger på seg på morens hud. Boken presenterer en cochrane-studie som beskriver fordeler for barnet, som lettere opprettholder homeostasen og skaper en bedre overgang fra livet utenfor livmoren. Fordeler for mor kan være en forbedret evne til å oppfatte og reagere på barnets behov. I tillegg øker samhørigheten mellom mor og barn (Alquist, 2016, s.68).

Rooming-in er trinn syv i «Ti trinn for vellykket amming» (WHO, u.å.-a). Dette innebærer at helsepersonell skal legge til rette for at mor og barn er på samme rom 24-timer i døgnet. Mor og barn blir tatt vare på som et par. Barnet tas bare ut ved undersøkelser som ikke kan gjennomføres på mors rom.

1.3.1.Helsekompetanse

Helsedirektoratet definerer helsekompetanse ved at en person klarer å finne, forstå og anvende informasjon om helse (Helsedirektoratet, 2021). Dette vil føre til at personen kan treffe kunnskapsbaserte beslutninger. Dette gjelder beslutninger knyttet til livsvalg, sykdomsforebygging, egenmestring og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

Trinn tre fra BFHI, anbefaler helsepersonell å diskutere viktigheten av amming, og håndtering av amming med kvinnen og familien (WHO, u.å.-a). Kvinnene har et behov for kunnskap, da kvinner som vet mye om amming, ammer lenger (Alquist, 2016, s.55). Mange synes også det er vanskeligere å amme enn forventet. Boken «amming», viser at

kvinner trenger mer kunnskap om amming i praksis for å skape realistiske forventninger. Det er et behov for både teoretisk- og praktisk ammeveiledning. Dette kan fremme kvinnens tro på at hun klarer å amme, og har stor betydning for vellykket amming (Alquist, 2016, s.54). Kvinnens selvtillit kan altså fremmes gjennom god veiledning. Kvinner som har lavere selvtillit med amming har behov for særskilt støtte (amming, s.54). Hands Off teknikk (HOT) kan øke mors ammekompetanse og føre til bedre mestring med amming på egenhånd (Alquist, 2016, s.67). Dette går ut på en muntlig veiledning, der mor gjennomfører amming. Det er spesielt viktig for mors kompetanse når hun forlater sykehuset.

For å møte kvinnes behov for helsekompetanse, trenger helsepersonell kunnskap (Haugan, 2016, s.135). «Ti trinn for vellykket amming» påpeker at klinisk ledelse må ta ansvar for at personellet har tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og ferdigheter til å støtte amming (WHO, u.å.-a). Dette legger til rette for ensartet ammeveiledning. Gjennom svangerskapet, fødsel og barseltid må mor forholde seg til mange forskjellige helsepersonell, med mange ulike meninger. Dette kan føre til utrygghet i en viktig fase i livet (Haugan, 2016, s.134). Stortingsmelding 12 "En gledelig begivenhet" legger vekt på at det skal være en fødsels- og svangerskapsomsorg av høy faglig kvalitet. Det skal samtidig være en helhetlig og trygg omsorg (omsorgsdepartementet, 2009).

1.3.1. Empowerment

Hovedideen i Empowerment-tenkningen er omfordeling av makt (Tveiten, 2016, s.41). Empowerment er ofte omtalt som en prosess som er preget av et likeverdig forhold i samarbeid (Gammersvik, 2012, s.106). For sykepleier innebærer dette at oppgavene skal gjennomføres i samarbeid med pasienten, slik at en aktiv pasientrolle fremmes. Brukermedvirkning står derfor sentralt. Veiledning er en viktig faktor i Empowerment-prosessen (Tveiten, 2016, s.89). Sykepleier skal være bevisst på sin rolle, og vite hvordan å samhandle med pasienten (Tveiten, 2016, s.32). Hensikten med veiledning er at mor sin mestringskompetanse skal styrkes (Tveiten, 2016, s.93). Mestring står frem som et hovedmål. Sykepleier kan også ivareta Empowerment ved å ha ferdigheter i kommunikasjon preget av gjensidig respekt og tillit (Tveiten, 2016, s.33). Derfor er måten kunnskapen formidles på spesielt viktig.

Den didaktiske relasjonsmodellen er fin å ta inspirasjon av til pasientopplæring, fordi den tar utgangspunkt i en Empowerment-tenkning (Tveiten, 2016, s. 83). Modellen tar for seg kartlegging av; hvem pasienten er, situasjonen, målet, innholdet, hva kan påvirke pasienten, hva kan fremme/hemme læring og hvilke metoder som er hensiktsmessig. Gjennom en slik grundig kartlegging sikrer man forståelse av pasienten individuelle situasjon og behov.

1.3.2. Individuell tilnærming til veiledning

Helsefremmende omsorg tar for seg den individuelle opplevelsen (Tveiten, 2016, s.89). Det legges vekt på faktorer ved veiledning som kan styrker mors tro på seg selv og egne muligheter, og har dermed en individuell tilnærming til veiledning. Dette er viktig fordi det er en rekke sosiale og psykologiske faktorer som har innvirkning på amming (Alquist, 2016, s.53). «National Institute for Health and Care Excellence» (NICE) anbefaler at helsepersonell skal gi omsorg som er tilpasset kvinnens individuelle behov (NICE, 2021).

I sammenheng med individuell veiledning kan man se på teorien til Benner og Wrubel. Det er et søkelys på den subjektive erfaringen (Gammersvik, 2012, s.104). De påpeker den innledende kontakten med pasienten som viktig. Her skal pasientens opplevelse av situasjonen og mestringsmulighetene kartlegges. De individuelle sosiale betingelsene i pasientens liv, er utgangspunktet for mestringsmulighetene. Det er viktig at dette blir tematisert, da pasienten skal mestre sin situasjon i sitt liv og ikke bare på sykehus.

1.3.3. Helsefremmende sykepleie

Boken Helsefremming i spesialisthelsetjenesten fremmer behovet for en salutogen tilnærming. Her er det et søkelys på realiteten av patologi og sykdom, men samtidig på hva som fremmer helse hos pasienten (Haugan, 2016, s.133). Antonovsky beskriver helse gjennom opplevelse av sammenheng (OAS). Herunder er det som fremmer mestring viktig, når situasjon oppleves forståelig, håndterlig og meningsfull vil dette virke positivt på helsen (Gammersvik, 2012, s.103). Sykepleier skal være bevisst på pasientens OAS. Ifølge teorien vil en barselkvinne med en sterk OAS ha bedre forutsetninger for å håndtere utfordringene. Benner og Wrubel ser også på det å fremme helse som grunnleggende (Gammersvik, 2012, s.104). Derfor er en viktig oppgave for sykepleier, å hjelpe kvinnen til å mestre stress.

Helsefremming består i å fremme mestring hos pasienten (Gammersvik, 2012, s.105). Dette oppnås ved å hjelpe pasienten til å forstå, håndtere situasjoner og finne mening i situasjonen. Hver enkelt har ulik evne til å mestre, og sykepleier skal derfor ta utgangspunkt i det som er viktig for pasienten og jobbe sammen med pasienten (Gammersvik, 2012, s.106). Denne tilnærmingen henger sammen med Empowerment og individuell veiledning.

1.3.4. Relasjon

Relasjonen er viktig for omsorgen (Haugan, 2016, s.139). En positiv fødselsopplevelse er assosiert med velvære og økt selvfølelse. Det er behov for at sykepleier har evne til å skape trygghet og tillit hos kvinnen. Dette kan gjøres gjennom en relasjon. Om kvinnen føler seg trygg og ivaretatt, vil stressnivået senkes, endorfiner frigis, kvinnen slapper bedre av og får mer energi til mestring, rundt alle nye utfordringer som følger en fødsel og barseltid (Haugan, 2016, s.139). Videre er det veilederens ansvar at relasjonen blir så god som mulig (Tveiten, 2016, s.92). Det pedagogiske aspektet av veiledning vil tilsi at læring inngår i veiledning. En veiledningsprosess kan resultere i at mor får økt bevissthet på helse, innsikt, ferdigheter og mestring. Det relasjonelle aspektet henger sterkt sammen med dette, og er viktig for all omsorg, også i veiledning. Dette vil si at veiledning og relasjon henger tett sammen.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er utformet som en litteraturstudie. Den beskriver kunnskap og analyserer et utvalg av studier som finnes innenfor fagområdet, som er relevant for å svare på problemstillingen (Thidemann, 2019, s.77). Det gjennomføres et systematisk søk etter forskningsartikler, deretter et kritisk utvalg av litteratur som er relevant for oppgaven. Til slutt sammenfattes det hele gjennom analyse av den utvalgte forskningen. For å møte kriteriene for litteraturstudie er prosessen planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart. Hele søkeprosessen har hatt en dynamisk karakter der den endelige problemstillingen, søkeord, søketabell og funn av artikler er et resultat av vekslende mellom trinnene i prosessen.

Det systematiske litteratursøket startet med en fordypning i tema, som ligger til grunn for forståelse av fokusområde og videre utvikling av problemstilling. Det første som ble gjort var å lage en konseptmodell og flere PICO-skjema ble opprettet underveis i prosessen. PICO-skjema består av tre spørsmål for å komme frem til det oppgaven leter etter. Dette var nyttig for å konkretisere informasjonsbehovet og skapte en presis og søkbar problemstilling (Thidemann, 2019, s.83). Problemstillingen ble omformulert og justert ved funn av ny litteratur og forskning. Det endelige PICO-skjemaet (tabell 1) var med på å forme problemstillingen. Den identifiserer videre hovedbegrep og synonym fra problemstillingen. Disse ble brukt som søkeord for å gjennomføre litteratursøket, presentert i søketabellen (tabell 3). «MeSH» ble også tatt i bruk for å utforske konkrete og passende søkeord på norsk og engelsk (MeSH, u.å.).

«Maternity care» er det engelske ordet for barselomsorg, og «maternity unit» er barselavdeling. Dette ville i utgangspunktet vært relevante søkeord, men er ikke tatt i bruk da dette ikke samsvarer med søkeord på MeSH (MeSH, u.å.). Det er isteden benyttet «postpartum period» og «postpartum care». Dette har resultert i relevante søk.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentert i tabell (2), er valgt for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2019, s.83). Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i tre ulike databaser: Medline, PubMed og Cinahl (Johansen, 2021). Fire endelige søk ble gjennomført i Medline, da dette ga flest relevante treff. Ut fra de endelige systematiske søkene ble det funnet åtte ulike artikler, derunder fire med kvantitativt design, to kvalitative studier, én tverrsnittstudie og til slutt én studie med kombinert metode. Det er også gjennomført et håndsøk, presentert i tabell (4).

Tabell 1 PICO

P:	Population/problem	Barselkvinner, kvinner som har født innen 0-4 dager, er på sykehus og skal amme
I:	(Phenomenon of) Interest	Sykepleiers støtte og veiledning til barselkvinner
Co:	Context	Barselavdeling/sykehus

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er valgt på bakgrunn av kriterier for oppgaven og hva som er relevant for å svare på problemstillingen. Bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriene har resultert i mer hensiktsmessige søk.

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Engelsk og skandinavisk spåk	Artikler eldre enn 10 år
Artikler med årstall: 2012-2021	Utenfor sykehus eller kommunal oppfølging
Overførbarhet til norske forhold	Personer under 18 år
Fagfellevurderte artikler	Somatisk sykdom/diagnoser hos mor eller barn som påvirker amming
Kvalitative og kvantitative artikler	
IMRAD-struktur	
Artikler som omhandler tidlig fase etter fødsel (6 første månedene)	

Friske individer

De valgte artiklene er publisert innen de ti siste årene, for å sikre oppdatert forskning. Artiklene skal være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, og skal være fagfellevurderte med en IMRAD-struktur. Det er inkludert artikler som omhandler de seks første månedene etter fødsel. Både kvalitativt og kvantitativt design er inkludert. Det er inkludert artikler fra Norden og Europa, men også artikler som omhandler amming i andre deler av verden, da denne forskningen virker relevant for å besvare problemstillingen. Det er ekskludert artikler som problematiserer alvorlige medisinske eller psykiatriske diagnoser hos mor og barn som påvirker et normalt ammeforløp. Videre er artikler som omhandler personer under 18 år ekskludert.

Det er lagt hovedvekt på artikler som belyser rutiner for amming på sykehus ved ulike barsel-og fødeavdelinger. Det er likevel én artikkel som omfatter oppfølging utenfor sykehus av jordmor, og videre to artikler som beskriver mødres erfaring fra sykehus. Dette er artikler som står frem med viktige komponenter for vellykket veiledning og amming.

2.3.Søketabell

Her presenteres fire systematiske søk, som har resultert i åtte artikler.

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning År 2012-2022	Antall treff	Valgte artikler
Medline	5/4- 2022	S1.	exp Counseling/ or counseling.mp.		117246	
		S2.	communication.mp. or exp Communication/ or exp Health Communication/		612519	
		S3.	postpartum period.mp. or exp Postpartum Period/		77257	
		S4.	1 and 2 and 3 and 4		19	1 (A)
Medline	5/4- 2022	S1.	breastfeeding.mp. or exp Breast Feeding/		54755	
		S2.	primpara*.mp.		6	
		S3.	postpartum.mp. or exp Postpartum Period/		118895	

		S4.	communication.mp. or exp Communication/		612519	
		S5.	patient care.mp. or exp Patient Care		1208742	
		S6.	2 or 3		118900	
		S7.	1 and 4 and 5 and 6		60	4 (B-E)
Medline	5/5- 22	S1.	breastfeeding.mp. or exp Breast Feeding/		55105	
		S2.	baby friendly hospital initiative.mp.		545	
		S3.	postpartum.mp. or exp Postpartum Period/		119605	
		S4.	postpartum care.mp. or exp Postnatal Care/		7163	
		S5.	1 and 2 and 3 and 4		10	2 (F-G)
Medline	5/5- 22	S1.	breastfeeding.mp. or exp Breast Feeding/		55105	
		S2.	baby friendly hospital initiative.mp.		545	
		S3.	postpartum.mp. or exp Postpartum Period/		119605	
		S4.	exp Infant/ or infant.mp.		1278187	
		S5.	1 and 2 and 3 and 4		78	1 (H)

Inkluderte artikler:

- A. Burns, E., & Schmied, V. (2017). "The right help at the right time": Positive constructions of peer and professional support for breastfeeding. *Women and Birth, 30*(5), 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.002>
- B. Tully, K. P., Smith, J. L., Pearsall, M. S., Sullivan, C., Seashore, C., & Stuebe, A. M. (2022a). Postnatal Unit Experiences Associated With Exclusive Breastfeeding During the Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Human Lactation, 38*(2), 287–297. <https://doi.org/10.1177/08903344211057876>
- C. Papautsky, E. L., & Koenig, M. D. (2021). A Mixed-Methods Examination of

Inpatient Breastfeeding Education Using a Human Factors Perspective. *Breastfeeding Medicine*, 16(12), 947–955. <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0087>

- D. Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. O. C. (2016). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>
- E. Tsai, T.-I., Huang, S.-H., & Lee, S.-Y. D. (2015). Maternal and Hospital Factors Associated with First-Time Mothers' Breastfeeding Practice: A Prospective Study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(6), 334–340. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0005>
- F. Mäkelä, H., Axelin, A., Kolari, T., Kuivalainen, T., & Niela-Vilen, H. (2021). Healthcare Professionals' Breastfeeding Attitudes and Hospital Practices During Delivery and in Neonatal Intensive Care Units: Pre and Post Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Human Lactation*, 1, 8903344211058373. <https://doi.org/10.1177/08903344211058373>
- G. Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2020). Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff. *European Journal of Midwifery*, 1, 9. <https://doi.org/10.18332/ejm/93771>
- H. Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A.-S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A.-M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 22(3), 310–336. <https://doi.org/10.1177/1054773812468316>

Forskningsartikkelen til Thorstensson et al. (2016) ble anbefalt, og tatt i bruk. I tabell 4 presenteres artikkel I, som et håndstøk.

Tabell 4 Håndstøk

Database	Søkeord	Antall treff	Valgt ut
Medline	To build a bridge between two worlds: Mothers' experiences of professional support at the	1	I. Thorstensson, S., Andersson, A., Israelsson, S., Ekström, A., & Hertfelt Wahn, E. (2016). To build a bridge between two worlds: Mothers' experiences of professional support at the maternity ward. <i>Health Care for Women International</i> , 37(10), 1067–1081. https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1094072

	maternity ward		
--	----------------	--	--

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Ved utvelgelse av artikler ble overskriften og abstrakt brukt for umiddelbar forståelse av relevans for problemstillingen. Alle valgte artikler publisert fra tidsskrift som er vurdert til nivå 1-2 av «Norsk senter for forskningsdata» (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). For å videre kvalitetssikre artiklene er de vurdert opp mot en forenklet sjekkliste som passer studiedesignet. Sjekklisten baserer seg på Helsebiblioteket og ble funnet på studiets læreplattform (Helsebiblioteket, 2016).

Det er inkludert artikler med både kvalitativt og kvantitativt design. Kvantitativ metode har som fordel at den gir data i målbare enheter, som kan vise forekomst med håndfaste tall (Dalland, 2020, s.56). Det er relevant å ta i bruk kvalitativt design da problemstillingen søker forståelse av hvordan ulike faktorer påvirker amming. Kvalitative studier er relevant da det belyser mening og forståelse i menneskene sine opplevelse. Dette egner seg godt da sykepleieres og mødres holdninger, meninger og erfaringer er relevante for å belyse problemstillingen. En tverrsnittstudie er inkludert for å finne tall på holdninger og meninger på et bestemt tidspunkt (Thidemann, 2019, s.75).

Videre er artiklene vurdert ut fra det geografiske området studien er gjennomført ved. Dette har vært spesielt viktig da amming er kulturelt betinget. Det er inkludert fem artikler utenfor Europa; en fra Canada, Australia, Taiwan og to fra USA. Videre ble overføringsverdien vurdert ut fra tema, hensikt og studiedesign. Det er tatt høyde for kulturelle og økonomiske forskjeller, ulikheter i politikk og helsesystem, som ikke fungerer overførbart til situasjonen Norge.

2.5. Analyse

For å analysere artiklene tas Evans' (2002) analysemodell i bruk. Modellen går gjennom fire faser for å analysere og fremstille data. Prosessen er beskrevet i tabell 5.

Tabell 5 Evans analysemodell

Første steg	Handler om innsamling av data (Evans, 2002), og illustrerer det som tidligere i oppgaven er beskrevet som en systematisk søkeprosess innunder kapittel to, <i>Beskrivelse av metode 2.0</i> og <i>Søkeprosessen 2.3</i> . Det er gjennom denne prosessen indentifisert et utvalg av ni artikler som møter alle vurderingskriteriene for denne systematiske litteraturstudien.
Andre steg	Handler om å «identifisere hovedfunn» (Evans, 2002) ved å a) lese studiene for å danne en forståelse av hva studiene handler om, med søkelys på både detaljer og studiens helhet. Resultater er viktig. For å kunne se sammenheng og ulikheter på tvers av studiene er det b) notert hovedtema og nøkkelfunn/mulige undertema fra hver artikkel og deretter systematisert i en tabell (tabell 6). På denne

	måten er det videre enkelt å identifisere hovedtema og nøkkelfunn som går igjen i studiene.
Tredje steg	Handler om å kartlegge hovedtema gjennomgående for de ulike artiklene (Evans, 2002). Ved bruk av oversikten i trinn 2 ble artiklene sortert inn under tre hovedtema; rutiner som fremmer amming på barselavdeling, kompetanse hos sykepleiere og veiledning, et sammensatt behov (tabell 6). Videre er det laget ti underkategorier basert på nøkkelfunn i artiklene (tabell 7).
Fjerde steg	Handler om å «beskrive fenomenet og lage en syntese» (Evans, 2002). Her beskriver tabell 6 syntesen, og analyse av resultatet blir presentert i kapittel 3. Resultat. Denne prosessen resulterer i en gradvis forståelse av fenomenet.

Denne tabellen beskriver prosessen i trinn 3.

Tabell 6 Hovedtema

Rutiner som fremmer amming på Barselavdeling	Kompetanse hos sykepleier	Veiledning, et sammensatt behov
Artikkel: A, B, C, E, H, J, K	Artikkel: A, B, C, D, K, E	Artikkel: D, F, H, K

Denne tabellen inneholder inndeling av hoved- og undertema, og er en del av prosessen i trinn 3 og 4.

Tabell 7 Hoved- og undertema

Rutiner som fremmer amming på Barselavdeling	Kompetanse hos sykepleier	Veiledning, et sammensatt behov
BFHI Hud-mot-hud Rooming-in Helsekompetanse	Kunnskapsbasert praksis Utdanningsprogram	Individualisert veiledning Kommunikasjon Relasjon Mestring

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Artikkelmatrisen presenterer artiklens hensikt, metode, resultat og relevans for problemstilling.

Tabell 8 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>A) The right help at the right time (Burns & Schmied, 2017)</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske likheter og ulikheter i ammekommunikasjonsstiler, språk og praksis brukt i den første måneden etter fødsel.</p>	<p>Design: Kvalitativ studie.</p> <p>Metoden inkluderer observasjoner, lydopptak, samt vurdering av kontekst og omgivelser for å undersøke språk og praksis.</p> <p>Data fra studien er samlet inn gjennom observasjoner av interaksjoner og dybdeintervju.</p> <p>Det foretas en diskursanalyse av dybdeintervju.</p> <p>22 kvinner deltok i studien.</p>	<p>Studien fant at ulike kommunikasjonsstrategier fremmer selvtillit og mestring, ved å møte kvinnen som en «kunnskapsrik venn». Dette førte til at kvinnene kunne fortsette å amme og forsterket en følelse av at amming var normalt. Det viste også at utfordringer kunne overvinnes og at støtte var tilgjengelig ved behov.</p>	<p>Selv om studien undersøker privatpraktiserende jordmødre og ammekonsulenter kan studien oppfattes som relevant for problemstillingen. Studien ser på en praksis og kommunikasjonsmodell som virker positivt på kvinners opplevelse ved amming. Samtidig hva som er en tydelig mangel i sykehussetting.</p> <p>Studien påpeker at helsepersonell i sykehussetting har en tendens til å gi informasjon og veiledning på en mekanisk måte som kan virke negativt på kvinnens</p>

				<p>selvtillit og vellykket amming.</p> <p>Funnene er pekt ut som relevant uansett setting for ammeveiledningen og noe som burde implementeres i generell praksis.</p>
<p>B) Postnatal Unit Experiences Associated With Exclusive Breastfeeding During the Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey</p> <p>(Tully et al., 2022a)</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske hvordan hud-mot-hud kontakt, helhetlig støtte, rooming-in, tilgjengelige helsepersonell og tilpasset kommunikasjon korrelerer med tidlig amming.</p>	<p>Design: Kvantitativ metode.</p> <p>En tverrsnittstudie på nett som undersøker en stor gruppe mødre gjennom et spørreskjema. Inklusjonskriteriene etterlot et endelig deltakertall på 2,401 deltakere.</p> <p>Mødre var over 18 år, hadde rapportert å ha født innen 5 siste årene, identifiserer seg som mor, hadde en hensikt om å amme og hadde tilbrakt minst en natt på sykehuset etter fødsel.</p>	<p>Eksklusiv amming var positivt korrelert med følgende opplevelser på barselavdeling;</p> <p>Rooming-in, foreldre som ikke ba om at spedbarnet skulle bli tatt ut av rommet, mødrene fikk hjelp når det trengtes, og at informasjon var forklart på en forståelig måte. Mødre hadde nytte av positiv emosjonell støtte fra helsepersonell.</p> <p>De fleste erfaringene fra barselavdeling korrelerte med hverandre.</p>	<p>Studien tar for seg amming i tidlig fase mens mødre fortsatt er på sykehus, og hvilke faktorer som er viktig i denne fasen. Studien belyser initiativ fra BFHI og hvordan disse er assosiert med amming. Studien setter søkelys på hva sykepleier kan gjøre for å fremme tidlig amming på sykehus gjennom disse initiativene.</p>
<p>C) A Mixed-Methods Examination of</p>	<p>Hovedmålet med denne studien var å undersøke - i lys av et</p>	<p>Design: Kvalitativ og kvantitativ metode.</p>	<p>Funn i studien viser at ammeveiledning på sykehuset er gitt under travle settinger,</p>	<p>Det er viktig å merke at sykehuset ikke var et godkjent BFH. Den kan likevel være</p>

<p>Inpatient Breastfeeding Education Using a Human Factors Perspective</p> <p>(Papautsky & Koenig, 2021)</p>	<p>menneskesentert perspektiv - ammeveiledning og påfølgende pasientholdninger, atferd og utfall.</p> <p>Det er lagt vekt på mor-veileder-relasjonen med et spesielt søkelys på individuell veiledning.</p>	<p>Kvalitativ: Observert 20 ammeveiledning søker for å samle data til kvalitativ analyse.</p> <p>Kvantitativ: For å sammenlikne oppfatningen av veiledningen ble det utviklet tre spørsmål til mødre og veiledere. Dette ble videre analysert for å finne fellesnevner.</p> <p>Deltakere: 20 mødre innen to dager etter fødsel og seks ammeveiledere. 13 av mødrene ble også fulgt opp en til to uker etter utskrivelse.</p>	<p>karakterisert av mulige distraksjoner. Studien viser forekomsten av ulike distraksjoner og eventuelle mangler under øktene med veiledning. Det er vist at det er lite praktisk veiledning og demonstrasjon.</p> <p>Mors unike livssituasjon er sjeldent et tema under opplæring.</p> <p>Både mødre og veiledere er fornøyd med utfallet. Studien viser likevel mulige mangler som kommer frem gjennom analyse av intervjuene gjennomført med mødrene i ettertid.</p> <p>Menneskesentrert perspektiv er relevant for tilrettelegging og karakterisering av mangler i nåværende veiledning.</p>	<p>relevant da den tar for seg ammeveiledning på sykehus. Det klart poengtert gjennom studien at kvinnens spesielle situasjon og behov må stå i sentrum for opplæring og informasjon. Studien undersøker distraksjoner/faktorer som forekommer på sykehus som kan påvirke veiledningen negativt.</p> <p>Studien understreker, på bakgrunn av funn at BFHI burde ha søkelys på tilpasset informasjon og veiledning. Noe det ikke er i dag.</p>
<p>D) First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn</p>	<p>Hensikten med studien er å søke mer kunnskap om nybakte mødre sine ammeerfaringer de første månedene</p>	<p>Design: Kvalitativ metode.</p> <p>Et åpent spørsmål besvart av 108 førstegangsfødende mødre med spedbarn</p>	<p>Ut ifra beskrivelsene til mødrene er det laget tre overlappende faser presentert som temaer. Første tema; på ustø</p>	<p>Selv om problemstillingen setter søkelys på et sykepleieperspektiv, er det viktig å belyse mødrenes perspektiv. Studien viser mødrenes</p>

<p>(Kronborg et al., 2016)</p>	<p>etter fødsel. Fra sykehus til seks måneder etter fødsel.</p>	<p>mellom fem og seks måneder.</p> <p>Svarene blir transkribert ordrett og data ble analysert ved å bruke en kvalitativ innholdsanalyse</p>	<p>grunn, omhandler tiden på sykehus.</p> <p>Funnene viser at den første tiden på sykehus var karakterisert av alt mellom glede, smerte og fatigue. For mødrene var det viktig med ensartet veiledning, å bli lyttet til og å få emosjonell støtte fra helsepersonell. Mødrene følte seg tryggest når de fikk en individuell tilpasset veiledning</p>	<p>opplevelse av den første tiden på sykehus. Herunder beskriver mødrene hvilke behov de hadde fra helsepersonell for å mestre amming i den første.</p>
<p>E) Maternal and Hospital Factors Associated with First-time Mothers' Breastfeeding Practise: A Prospective Study</p> <p>(Tsai et al., 2015)</p>	<p>Denne studien undersøker forandringer, og korrelasjoner av ammepraksis etter fødsel på sykehus, og én, tre og seks måneder etter fødsel blant førstegangsfødende mødre.</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Kohortstudie med et prospektiv, longitudinell design.</p> <p>Samlet inn data fra et målrettet utvalg kvinner som hadde fødsel ved to ulike sykehus. 120 kvinner fra hvert sykehus, som møtte kriteriene.</p> <p>Totalt 258 kvinner fullførte alle fire deler av undersøkelsen.</p> <p>Flertallet av kvinnene var mellom 25-35 år, hadde fullført høyskole</p>	<p>Under sykehusoppholdet var det 66% som fullammet.</p> <p>Tidlig oppstart av amming, rooming-, følelse av mestringsevne var viktige faktorer for eksklusiv amming under sykehusoppholdet.</p> <p>Studien viser at intervensjonene ikke var bærekraftige nok etter utskrivelse. Da var psykologiske faktorer som helsekompetanse, kunnskap, intensjoner og mestringsevne positivt assosiert med amming.</p>	<p>Overførbarheten til norske forhold kan Understrekes ved at begge sykehus var godkjente mor-barn-vennlige sykehus.</p> <p>Studien tar for seg faktorer fra BFHI som korrelerer med amming på sykehus etter fødsel. Videre undersøker hvordan faktorer hos mor, som mestringstro var assosiert med forekomsten av amming.</p> <p>Studien tar for seg behovet for tilstrekkelig helsekompetanse for kontinuerlig amming etter utskrivelse, der deres forskning viser til at denne kunnskapen må gis mens kvinnen</p>

		eller høyere utdanning og var i fulltidsjobb		fortsatt er på sykehus.
F) Healthcare Professionals' Breastfeeding Attitudes and Hospital Practices During Delivery and in Neonatal Intensive Care Units: Pre and Post Implementing the Baby-Friendly Hospital initiative (Mäkelä et al., 2021)	Hensikten er å forstå helsepersonellens ammeholdninger og praksis ved sykehus før og etter innføring av BFHI.	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Studien har et kvasiekseptell pretest-posttest studiedesign.</p> <p>Helsepersonellens holdninger til amming ble målt gjennom et spørreskjema ved fødeklinikk, føden og barselavdeling på ett sykehus. Implimentering av BFHI startet i 2017 og varte i 26 måneder. Data ble samlet april 2017 før implementering og mai 2019, to måneder etter.</p>	<p>Studien har funnet signifikante forbedringer i helsepersonellens ammeholdninger og i ammerelatert praksis på sykehus etter implementering av BFHI.</p> <p>Alder, erfaring og personlige erfaringer med amming ble ikke statistisk sett assosiert med ammeholdninger.</p> <p>Etter implementering ble praksis på sykehus bedre på å fremme og støtte amming. De nyfødte hadde signifikant mer og umiddelbar hud-mot-hud kontakt, og raten på tidlig amming økte. Antall eksklusivt ammet og antall uten morsmelkerstatning økte.</p>	<p>I denne studien ser vi innvirkningen «ten steps to successful breastfeeding» kan ha på sykehus.</p> <p>Resultatene viser at mer kunnskap hos helsepersonell er viktig for både holdninger og praksis. Videre har dette stor innvirkning på gode rutiner som fremmer amming.</p> <p>Artikkelen tar også for seg BFHI-praksis og rutiner på nyfødt-intensiv. I oppgaven benyttes bare det som omhandler BFHI og barselavdeling</p>
G) Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in	Hensikten med studien er å beskrive rooming-in, ifølge mødre og helsepersonell på avdeling. Samtidig	<p>Design: Kvantitativ metode.</p> <p>Tverrsnittundersøkelse med bruk av spørreskjema</p>	<p>Barn utenfor mors rom fikk mer morsmelkerstatning enn barn som sov på mors rom.</p> <p>81% av mødre opplevde rooming-in som positivt.</p>	<p>Studien tar for seg et BFH-initiativ som sees i sammenheng med vellykket amming.</p> <p>Artikkelen presenterer både mors og</p>

<p>Finland: Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff</p> <p>(Hakala et al., 2020)</p>	<p>avdekke faktorer assosiert med implementering av trinn syv.</p>	<p>for å samle data. Deltakere er mødre som hadde født og deltakende helsepersonell ved 6 ulike fødselssykehus.</p> <p>1554 helsepersonell og 279 mødre svarte på spørreundersøkelse og møtte kriterier for deltakelse.</p> <p>Gjennomsnittsalder hos mor var 30 år (19-46).</p>	<p>En positiv oppfatning av hud-mot-hud kontakt etter fødsel var assosiert med positive opplevelser med rooming-in.</p> <p>Helsepersonellens alder, erfaring og grad av gjennomført opplæring i ammeveiledning var assosiert med mors valg om å rooming-in med barnet.</p> <p>Eldre helsepersonell med mer erfaring brukte hyppigere rooming-in.</p> <p>Implementering av rooming-in var assosiert med helsepersonells tid til å gjennomføre ammeveiledning. Lengden på skift var assosiert med dette.</p>	<p>helsepersonells oppfatning av initiativet.</p> <p>Studien viser at helsepersonell har stor innvirkning på hvorvidt barnet rooming-in med mor, eller ikke.</p>
<p>H) Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-in on Early Mother-Infant Interaction : A Randomized</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke om hud-mot-hud kontakt og separasjon etter fødsel påvirker mor-barn-interaksjon postpartum dag fire.</p>	<p>Design: Kvantitativ metode.</p> <p>Studien analyserer 151 videoer av morspedbarns-interaksjon filmet under amming postpartum dag fire.</p>	<p>Mødre som ikke opplevde hud-mot-hud kontakt med barnet innen 2 timer etter fødsel var røffere ved forsøk om å få barnet til å ta brystet.</p> <p>Barnet viste mindre våkenhet under mesteparten av ammeøkten.</p>	<p>Artikkelen presenterer to viktige initiativ for vellykket amming rett etter fødsel. Artikkelen gir konkrete mål på hvordan disse Initiative fungerer.</p> <p>Helsepersonell burde oppmuntre til uavbrutt nærhet mellom mor og barn for å fremme</p>

<p>Controlled Trial</p> <p>(Dumas et al., 2013)</p>			<p>Barn som var roomet-in var lettere å vekke, og var mer våkne under amming.</p> <p>Hud-mot-hud og samvær med barnet er enkle faktorer som fremmer tilknytning, ved separasjon blir denne naturlige prosessen forstyrret.</p> <p>Funnene indikerer at separasjon ved fødsel forstyrret mor-barn interaksjonen.</p>	<p>en positiv start på relasjonen.</p> <p>Artikkelen fremmer hud-mot-hud kontakt og rooming-in som noe av de viktigste tiltakene fra BFH-initiativ for å gi mor og barn mulighet til å utvikle den tidlige tilknytningen.</p>
<p>I) To Build a Bridge between two worlds: Mothers' experience of professional support at the maternity ward</p> <p>(Thorstenson et al., 2016)</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke førstegangsfødende opplevelse av støtte fra helsepersonell ved barselavdeling .</p>	<p>Design: Kvalitativt metode:</p> <p>Gjennomført individuelle intervju for datasamling med et åpent spørsmål til slutt.</p> <p>For å analysere det åpne spørsmålet er det brukt en induktiv kvalitativ innholdsanalyse .</p> <p>Deltakere i studien er kvinner mellom 23-42 år, med alt fra normal</p>	<p>Det er funnet ett hovedtema fra resultater; Helsepersonell bygger en bro mellom to verdener</p> <p>Et funn var en forståelse av kvinnenes individuelle behov.</p> <p>Kvinnene hadde et ønske om tilgang på profesjonell kunnskap og et behov for økt selvtillit.</p> <p>Kvinnene følte seg ofte usynlig ved første møte. Det var viktig at helsepersonell ga emosjonell støtte for å skape trygghet.</p>	<p>Studien er relevant for å forstå hva kvinnene har behov for av emosjonell støtte og informasjon de første dagene etter fødsel på sykehus.</p> <p>Studien tar for seg kvinnen i en sårbar situasjon som har behov for støtte fra helsepersonell.</p> <p>Kvinnene uttrykker tillit til helsepersonell og ønsker å bli møtt som individer.</p>

		fødsel til keisersnitt.	Kvinnene hadde behov for en følelse av sikkerhet på avdeling, og i deres nye rolle som mor. Dette innebar at mor fikk en relasjon og sikkerhet knyttet til helsepersonellet.	
--	--	-------------------------	--	--

3.2. Tematisk inndeling av resultater

Dette kapittelet presenterer resultatene under de ulike temaområdene.

3.2.1. Tiltak som fremmer amming på barselavdeling

BFHI fremmer gode ammerutiner på sykehus.

Tre ulike artikler (E, H, J) diskuterer rutiner på sykehus som fremmer amming. Artiklene har tatt utgangspunkt i BFHI, og diskuterer hvordan tiltak under «ti trinn for vellykket amming» fremmer gode rutiner for amming. Herunder er trinn tre, fire og syv belyst (Dumas et al., 2013; Hakala et al., 2020; Tsai et al., 2015).

Trinn fire, Hud-mot-hud

Artikkel (G) viser at hud-mot-hud kontakt er assosiert med rooming-in, og skaper et sterkere bånd mellom mor og barn samtidig som det øker amming (Hakala et al., 2020). Artikkel (E) viser at ammestart innen én time var assosiert med mer amming på sykehuset (Tsai et al., 2015). Artiklene (B, J) viser at mor-barn-interaksjonen starter tidlig, allerede innen de to første timene (Dumas et al., 2013; Tully et al., 2022a). Hud-mot-hud kontakt er viktig rett etter fødsel for en tidlig start på relasjonen. Artikkel (H) observerte forskjell i måten mor håndterer barnet på når barnet ikke var roomet-in, eller hadde hud-mot-hud kontakt (Dumas et al., 2013). Dette gjaldt «røffhet» når barnet skulle ta brystet, morens evne til å forstå barnets tegn og barnets oppmerksomhet under amming.

Trinn syv, rooming-inn

Felles for artiklene (B, H, J) er at rooming-in var positivt for å få en tidlig start på amming, og ledet til høyere forekomst av eksklusiv amming (Dumas et al., 2013; Hakala et al., 2020; Tully et al., 2022a). Studie (G) fant at helsepersonellens erfaring og alder var assosiert med implementering av rooming-in, og at barn utenfor mors rom fikk mer morsmelkerstatning (Hakala et al., 2020). Artikkel (H) fant at rooming-in virket positivt for mor-barn-interaksjonen (Dumas et al., 2013). Artikkel (E) viser videre at rooming-in var viktig for kvinnens selvtilit (Tsai et al., 2015).

Trinn tre, Helsekompetanse

Redskap og helsekompetanse var et viktig verktøy for kvinnen (Thorstensson et al.,

2016). Kvinnene ønsket tilgang på profesjonell kunnskap. Artikkel (E) viser at helsekompetanse og praktisk kunnskap må gis til kvinnene før de forlater sykehuset, slik at kvinnen har de redskapene hun trenger når hun drar hjem (Tsai et al., 2015). Studie (A) viser behovet for praktisk veiledning for å føle økt mestring med amming (Burns & Schmied, 2017).

3.2.2.Kompetanse hos sykepleiere

Kunnskapsbasert praksis

To artikler (F, K) peker ut tilstrekkelig kompetanse hos sykepleier som essensielt for god ammeveiledning på sykehus (Mäkelä et al., 2021; Thorstensson et al., 2016). Artikkel (F) viser at holdninger og praksis bedres i takt med økt kunnskap (Mäkelä et al., 2021). Økt kunnskap resulterte i høyere forekomst av fullamming og reduserer bruken av morsmelkerstatning på sykehus. Artikkel (I) viser at kvinner forventer at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap, og legger tiltro i deres vurderinger (Thorstensson et al., 2016). Mødrene ønsket en helhetlig og samordnet veiledning for å ivareta kontinuitet. Studie (D) viser et behov for en evidensbasert omsorg som forhindrer motstridende råd angående amming fra ulikt helsepersonell (Kronborg et al., 2016).

Opplæring av helsepersonell

Artikkel (F) viser hvordan innføring av BFHI-20 timers utdanningsprogram førte til gode rutiner for opplæring av helsepersonellet (Mäkelä et al., 2021). Innføringen av utdanningsprogram førte til økt kunnskap om amming hos helsepersonellet. Dette førte til økt praksis som hud-mot-hud og rooming-in. Videre viser artikkel (G) at erfaring og kunnskap hos helsepersonell har noe å si for hvorvidt rooming-in var gjennomført (Hakala et al., 2020).

3.2.3.Veiledning, et sammensatt behov

Individualisert ammeveiledning

Ifølge artikkel (C, D) er en individuell tilpasset veiledning viktig for at kvinnene skal få godt utbytte av veiledningen (Kronborg et al., 2016; Papautsky & Koenig, 2021). Ifølge artikkel (C) skal kvinnens individuelle situasjon ligge til grunn for all informasjon og veiledning (Papautsky & Koenig, 2021). Studien fant at kvinnens individuelle situasjon sjeldent var et tema under veiledning. Artikkel (D) påpeker hvordan individuell veiledning var spesielt viktig den første tiden på sykehus, dette førte til at mødrene følte seg tryggere (Kronborg et al., 2016).

Sykepleiers pedagogiske funksjon:

Sykepleier har en viktig pedagogisk funksjon. Dette innebar gode kommunikasjonsferdigheter og muligheten til å skape en relasjon (Burns & Schmied, 2017; Kronborg et al., 2016; Thorstensson et al., 2016; Tully et al., 2022a).

Kommunikasjon: Artikkel (A, B) viser at kvinner som nettopp har født et barn har behov for mye informasjon, veiledning og kunnskap (Burns & Schmied, 2017; Tully et al., 2022a). Artikkelen beskriver dette behovet, men også måten det blir gitt. Artikkel (A) viser hvordan ulike kommunikasjonsstrategier fremmer selvtillit og mestring. Dette kan gjøres ved å møte kvinnen som en «kunnskapsrik venn», herunder vise respekt og lytte til kvinnen (Burns & Schmied, 2017). Artikkel (B) viser at kvinnene hadde behov for at helsepersonell forklarte informasjon på en forståelig måte, og at dette var assosiert med

eksklusiv amming (Tully et al., 2022a). Studie (I) beskriver en stressende veiledning med mangel på verbal kommunikasjon (Thorstensson et al., 2016).

Relasjon: Artiklene (D, K, B) viser at kvinnen hadde behov for en trygg relasjon til sykepleier, selv om sykehusoppholdet er kort. Dette økte forekomst av amming på sykehus og mestring (Kronborg et al., 2016; Thorstensson et al., 2016; Tully et al., 2022a). Artikkelen (B, D) viser at mødre hadde behov for emosjonell støtte og empati (Kronborg et al., 2016; Tully et al., 2022a).

Artikkelen (I) viser at mødre hadde behov for å føle seg møtt og sett av helsepersonell i avdeling (Thorstensson et al., 2016). Kvinnenes tiltro til helsepersonell var en viktig faktor ved relasjonen. Dette skaper trygghet og hindrer en følelse av å bli etterlatt og ensom. Dersom helsepersonell var distanserte og utilgjengelig, ble mødre bekymret. I artikkelen (D) er det vist at helsepersonell ikke alltid lyttet godt nok til mødre (Kronborg et al., 2016). For mødre var empati, tilgjengelighet og aksept essensielt for deres trygghet. Videre var den verste tenkelige situasjonen mangel på støtte fra helsepersonell på sykehus.

Mestring

Artikkelen (E) viser at kvinnen skal oppleve en følelse av mestring til amming og ha selvtillit (Tsai et al., 2015). Dette står frem som et overordnet mål og er viktig for forekomsten av amming på sykehus. Sykepleier har en sentral rolle i dette.

4. Diskusjon

I dette kapitlet presenteres teori fra kapittel 1.3, sammen med resultater fra forskning i kapittel 3, for å svare på problemstillingen.

4.1. Tiltak som fremmer amming på barselavdeling

Hensikten med BFHI er å fremme nærkontakt mellom mor og barn, sikre kunnskap hos helsepersonell og tilrettelegge for ensartet ammeveiledning (Alquist, 2016, s.15). Initiativet sikter inn på tiltak som blir gjennomført ved sykehus gjennom «Ti skritt for vellykket amming». Amming, en håndbok for helsepersonell, påpeker at disse tiltakene har hatt en målbar effekt og er videre godt dokumentert. På bakgrunn av dette kan en diskutere for BFHI som et godt utgangspunkt for sykepleiers støtte og veiledning til kvinner i ammerforløpet ved barselavdeling (Alquist, 2016, s. 68). Til tross for en målbar effekt ved alle trinnene, er det to av intervensjonene som pekes ut som spesielt viktige (Dumas et al., 2013; Tsai et al., 2015): Rooming-in og hud-mot-hud. Dette ble videre begrunnet med at nærhet mellom mor og barn fremmer tidlig tilknytning, og øker amming (Dumas et al., 2013). I tillegg vil amming innen en time, og rooming-in øke vellykket amming på sykehus (Tsai et al., 2015). Det ble i en annen studie, vist at både mødre og helsepersonell var fornøyd med hvordan begge initiativene fungerte (Hakala et al., 2020).

Første gang mor ammer skjer gjerne innen en time etter fødsel (Alquist, 2016, s.205). Dette kan sees i sammenheng med den uforstyrrede hud-mot-hud kontakten rett etter fødsel (Alquist, 2016, s.66). Om man legger barnet hud-mot-hud kan man støtte opp under barnets naturlige evne til å finne brystet. Her kan man også utnytte våkenheten til barnet som ofte fremtrer de første timene etter fødsel. En positiv erfaring fra første amming kan også være viktig for videre ammeerfaring (Tsai et al., 2015). På den annen side var det en rekke faktorer som kan føre til fravær av hud-mot-hud kontakt. Dette kan være blant annet fordi barnet er for kaldt, keisersnitt, og smerter hos mor (Dumas et al., 2013). Selv om den umiddelbare kontakten var positivt assosiert med eksklusiv amming, trenger man ikke se bort ifra positiv effekt av hud-mot-hud på et senere tidspunkt (Kilde, J). Hud-mot-hud kan for eksempel stimulere hormonproduksjon hos mor, som bidrar til å fremme melkeproduksjon, positive følelser og redusere stress (Dumas et al., 2013). I tillegg la hud-mot-hud kontakt til rette for tidlig mor-barn tilknytning. En mulig forklaring kan være at den tidlige tilknytningen kan starte de to første timene (Dumas et al., 2013). Samtidig viser en Cochrane-studie, at mor utvikler en evne til å oppfatte og reagere på barnets behov, og samtidig øker mors samhørighet med barnet (Alquist, 2016, s.68). Dette kunne samtidig øke mors tro på egne ferdigheter (Dumas et al., 2013). På bakgrunn av dette burde helsepersonell oppmuntre til tidlig hud-mot-hud kontakt. Dette blir omtalt som enkle midler som fremmer en rekke positive utfall hos både mor og barn. Dette burde også betraktes fra en annen synsvinkel. Studien til Tsai et al. (2015) viste nemlig at intervensjonene ikke ble gjennomført i ønskelig grad, selv om de var godkjente Mor-barn-vennlige sykehus. Dette kan mulig forklares ved at hud-mot-hud er anbefalt, men ikke nødvendigvis inkludert ved oppstart av amming. Kravene

for mengden kontakt er også lavere enn det studien foreslo for et godt utbytte. Det kan dermed tenkes at det ikke bare er implementering av BFHI som står ansvarlig for vellykket amming og tidlig mor-barn tilknytning.

En positiv opplevelse av hud-mot-hud virker å være sterkt assosiert med gjennomføring av rooming-in (Hakala et al., 2020). Initiativet er positivt assosiert med eksklusiv amming på sykehuset og videre etter utskrivelse (Hakala et al., 2020; Tully et al., 2022a). En mulig forklaring på det kan være at spedbarn som ikke var roomet-in hadde en høyere sannsynlighet for å få morsmelkerstatning. Mors selvfølelse og angst for å ikke produsere nok melk ble også sett i sammenheng med dette. Nok en negativ side ved separasjon var en forstyrret mor-barn-interaksjon (Dumas et al., 2013). Det viste seg at mor hadde mer vanskeligheter med å forstå barnets tegn. Det kan tenkes at mor i respons til dette demonstrerte en røffere håndtering av barnet, spesielt i sammenheng med amming (Dumas et al., 2013). Sett i sammenheng kan gjennomføring av både rooming-in og hud-mot-hud kontakt legge til rette for tidlig amming, relasjonsbygging og positiv tilknytning mellom mor og barn. Det burde likevel sees i sammenheng med andre faktorer ved veiledningen (Hakala et al., 2020).

En annen intervensjon som har vist positive effekter for amming, er økt helsekompetanse hos kvinnen (Thorstensson et al., 2016). Dette er riktignok ikke fokusert utelukkende på amming på sykehus, men også etter utskrivelse. En kan likevel diskutere for viktigheten av å bygge helsekompetanse mens kvinnen fremdeles er på sykehus. Kvinner som vet mye om amming, ammer ofte lenger (Alquist, 2016, s.55). På den annen side er det vist at kvinner vet mye om fordeler ved amming, men lite om hva som faktisk skal til for å lykkes. Samtidig synes de ofte det er vanskeligere å amme enn forventet. På bakgrunn av dette kan en tenke seg at økt helsekompetanse praktisk ammeveiledning er viktig for å skape realistiske forventninger (Alquist, 2016, s.55). Dette kan stemme overens med Antonovskys beskrivelse av en salutogen tilnærming, der sykepleier kan gi mor kunnskap om amming og utfordringer, men samtidig ha søkelys på det som fremmer helse hos kvinnen (Haugan, 2016, s.133). Det kan uansett tenkes at en økt forståelsen, fremmer kvinnens helse ved en sterkere opplevelse av sammenheng (Gammersvik, 2012, s.103).

Mødrene i studie til Thorstensson et al. (2016) uttrykket selv et behov for tilgang på profesjonell kunnskap. Både informasjon og veiledning var sterkt verdsatt. I kontrast følte noen på utilstrekkelig eller helt fravær av informasjon. Dette skapte stress hos kvinnene. Dette kan en finne støtte hos i funn fra studie til Tsai et al. (2015). Her finner de at sykehusintervensjonene som er nevnt ovenfor, ikke er bærekraftig nok alene for eksklusiv amming etter utskrivelse. Mors helsekompetanse og troen på seg selv var derimot viktige faktorer ved utskrivelse. Utfordringer mødre møtte utenfor sykehus var vanskelig å overkomme uten tilstrekkelig praktisk og teoretisk kunnskap (Tsai et al., 2015). Disse funnene foreslår at helsepersonell må gi mødre kunnskap før de forlater sykehuset. NICE understreker at helsepersonell skal gi informasjon om amming, slik at kvinner vet hva de skal forvente når de skal søke videre hjelp (NICE, 2021). Dette gjelder for eksempel informasjon om melkeproduksjon og normale utfordringer ved amming. Et mål er at mor er i stand til å ta kontroll over det som berører hennes og barnets liv. Dette kan gi mor tro på seg selv og fremme helse hos begge to (Tveiten, 2016, s.89) For å forstå behovet for praktisk veiledning, beskriver studie til Burns & Schmied (2017) viktigheten av å lære ved å gjøre noe selv. Dette hjalp kvinnen i å bygge selvtillit med amming. Det kan likevel være viktig å påpeke at det skal gjennomført på riktig måte. Kvinnens er i en sårbar situasjon der en «hands on»-teknikk kan føles

påtrengende eller overfallende. Det kan tenkes at god kommunikasjon og relasjon til kvinnen er et godt utgangspunkt.

Intervensjoner som hud-mot-hud og rooming-in er vist å øke amming på sykehus, og etter utskrivelse. Samtidig kan det føre til en tidlig start på mor-barn-interaksjon og mors forståelse av barnet. Likevel fremmes kvinnens helsekompetanse som enda et redskap for å bedre forekomst av amming. I henhold til dette kan det diskuteres for at alle intervensjonene nevnt ovenfor kan være viktige faktorer i sykepleiers støtte og veiledning til mor på barselavdeling.

4.2. Viktigheten av sykepleiers kunnskap

Sykepleiers kunnskap fremstår som viktig for å møte kvinnenes behov for informasjon og veiledning (Haugan, 2016, s.135). Det kan argumenteres for viktigheten av at helsepersonells jobber kunnskapsbasert. I denne sammenhengen kan begrepet helseveiledning være med på å forklare sykepleiers rolle (Tveiten, 2016, s.89). Sykepleier kan utvikle kompetanse hos mor gjennom informasjon, undervisning og råd (Tveiten, 2016, s.92). Mødrene hadde tillit til helsepersonells kompetanse og kunnskap (Thorstensson et al., 2016). Det var forventet at helsepersonell stilte med redskap og kunnskap som hjalp henne i prosessen mot en ny rolle som mor. Det er i tillegg vist at helsepersonells holdninger og praksis økte i takt med økt kunnskap (Mäkelä et al., 2021). Dette understreker behovet for at sykepleier må ha tilstrekkelig kunnskap (Thorstensson et al., 2016).

BFHI skal sikre god kunnskap hos helsepersonell og tilrettelegge for ensartet ammeveiledning (Alquist, 2016, s.15) Dette tilrettelegges gjennom ammeprosedyrer og opplæringsplaner. Samtidig påpekes det at veiledningen skal være basert på den nyeste kunnskapen. I tillegg vil en fødsel- og svangerskapsomsorg av høy kvalitet er viktig for kontinuitet og trygghet hos mor (Haugan, 2016, s.133). Studien til Kronborg et al. (2016) viser et behov for en evidensbasert omsorg som forhindrer motstridende råd, og som setter en standard for god klinisk praksis. I kontrast med dette følte mødrene en mangel på kommunikasjon mellom helsepersonellet, som skapte forvirring og usikkerhet. Mødrene ønsket en helhetlig og samordnet veiledning for å ivareta kontinuitet (Thorstensson et al., 2016). BFHI opplæringsprogram er en intervensjon som skal fremme ensartet og kunnskapsbasert ammeveiledning (Mäkelä et al., 2021). Innføring av programmet var sterkt assosiert med holdninger til amming, og bedrer promotering og støtte til amming. Det ble funnet signifikant mer hud-mot-hud kontakt, som igjen økte ratene for tidlig amming. Helsepersonellet rapporterte også et ønske om mer opplæring før implementering av initiativet (Mäkelä et al., 2021). Dette demonstrerer viktigheten av tilstrekkelig opplæring av helsepersonell og klare retningslinjer.

Erfaring virker også å være viktig for sykepleiers praksis (Hakala et al., 2020). Helsepersonells erfaring og kunnskap var assosiert med både rooming-in og hud-mot-hud kontakt. Dette kan belyse et behov for at helsepersonell har god nok kompetanse for å drive god praksis. På den annen side viser funn fra studien til Mäkelä et al. (2021) at erfaring ikke var statistisk assosiert med holdninger til amming, selv etter alle helsepersonell gjennomgikk opplæringsprogrammet. I dette tilfellet kan opplæring av helsepersonell være tilstrekkelig for god praksis, uavhengig av alder og erfaring. På dette grunnlaget kan en tro at en kunnskapsbasert ammeveiledning er viktig for å møte både

mors forventinger og for å gi mor ressursene hun trenger. Å gi helsepersonell opplæring fører til god praksis på sykehus. Kunnskap virker derfor viktig for hvilken veiledning sykepleiers kan gi til mor.

4.3. Veiledning, et sammensatt behov

Helsefremmende omsorg kan ifølge Helsefremming i spesialisthelsetjenesten legge til rette for en positive fødselsopplevelser for kvinnen (Haugan, 2016, s.143). Helsefremmende omsorg tar for seg den individuelle opplevelsen, og hva som fremmer mestring hos den enkelte. Det legges også vekt på faktorer ved veiledning som styrker mors tro på seg selv og egne muligheter (Tveiten, 2016, s.89). Ut fra dette kan en forstå et behov for individuell tilnærming til veiledning. Benner og Wrubel forklarer hvordan mestringsmulighetene er avhengig av de individuelle sosiale betingelsene i pasientens liv (Gammersvik, 2012, s.104). I henhold til teorien må dette tematiseres for at kvinnen skal mestre sin situasjon i sitt liv hjemme så vel som på sykehuset. For å understreke behovet anbefaler NICE at helsepersonell skal gi omsorg som er tilpasset kvinnens individuelle behov (NICE, 2021). Dette stemmer overens med funn i studien til Kronborg et al. (2016), som fremmer samme behov, med spesielt søkelys på førstegangs fødende mødre. Mødrene følte seg tryggere når det var lagt til rette for en individuell prosess. En kan tenke seg at dette behovet finnes hos både første- og andregangsfødende kvinner, basert på funn iblant annet studie (Papautsky & Koenig, 2021). Når veiledningen var konstruert rundt kvinnens spesielle situasjon, mål og muligheter, fremmet det vellykket amming hos begge grupper mødre. Et mål var at kvinnens situasjon og behov skulle stå i sentrum for veiledningen for å øke mestring med amming (Papautsky & Koenig, 2021). Men er det virkelig slik i praksis?

Studien til Papautsky & Koenig (2021) fant at det ikke nødvendigvis er tilfellet. Kvinnens individuelle situasjon var sjeldent et tema under veiledning. Ingen veiledninger inkluderte heller direkte spørsmål om mors mål, satt i kontekst av hennes forutsetninger. Den didaktiske relasjonsmodellen kan være fin å ta inspirasjon av til pasientopplæring, fordi den tar utgangspunkt i en Empowerment-tenkning (Tveiten, 2016, s.83). Gjennom en slik grundig kartlegging sikrer man forståelse av pasientens individuelle situasjon og behov. Samtidig får kvinnen utbytte av pasientopplæringen. Ved å forstå veiledning i denne sammenhengen kan det hjelpe sykepleier til å gi best mulig støtte og veiledning til kvinner på barselavdeling.

Felles for artiklene er en forståelse av at kvinner som nettopp har født har behov for mye informasjon og kunnskap (Burns & Schmied, 2017; Tully et al., 2022a). I møte med kvinnen har sykepleier en viktig pedagogisk funksjon (Tveiten, 2016, s.91). Måten kunnskapen formidles på står frem som spesielt viktig. Dette stiller krav til gode kommunikasjonsferdigheter. Funn i studien til Tully et al. (2022a) viser at informasjon forklart på en forståelig måte var assosiert med eksklusiv amming på sykehus. I tråd med dette var gode kommunikasjonsstrategier tett bundet opp mot selvtillit og mestring hos mødre (Burns & Schmied, 2017). De benyttet en kommunikasjonsstil beskrevet som en «kunnskapsrik venn», karakterisert av støtte og oppmuntring. Dette innebar å jobbe sammen, vise respekt, lytte og involvere kvinner i beslutninger. På en annen side hadde denne typen kommunikasjon ikke like stor plass på sykehus (Burns & Schmied, 2017). Det kan være mange grunner til dette, men en faktor som ble trukket frem i en annen studie, er tidspress (Mäkelä et al., 2021). Her kan det være relevant å se på

Empowerment-tenkningen. Herunder skal sykepleier være bevisst på sin rolle, vite hvordan å samhandle med pasienten og ha ferdigheter i kommunikasjon (Tveiten, 2016, s.33). Om oppgaver gjennomføres i samarbeid med pasienten, kan det være med på å skape en aktiv pasientrolle (Gammersvik, 2012, s. 106). Det kan argumenteres for at dette skal være tilfellet uavhengig av god, eller dårlig tid på jobb. Studien til Thorstensson et al. (2016) beskriver en stressende veiledning, med mangel på verbal kommunikasjon. Kvinnene fikk i noen tilfeller utdelt informasjonsbrosjyre istedenfor en muntlig og grundig veiledning. Samtidig ble helsepersonellet i tilfeller oppfattet som distraheret og utilgjengelige. Dette oppfattet kvinnene i studie til Kronborg et al. (2016) som et verst tenkelig senario.

Relasjonen mellom kvinnen og sykepleier på barselavdeling er preget av en kort tidsperiode, men forskning fremmer likevel viktigheten av denne relasjonen (Thorstensson et al., 2016). Studien forklarer sykepleiers funksjon gjennom støtte. Dette innebar å gi emosjonell støtte og å skape en følelse av sikkerhet. Det ble videre vist at dette var viktig for relasjon og mødrenes tiltro til helsepersonellet (Thorstensson et al., 2016). Relasjonen i et veiledningsforhold være karakterisert av blant annet støtte og anerkjennelse (Tveiten, 2016, s.92). Videre vil det være sykepleiers ansvar at relasjonen blir så god som mulig. Ved at mor føler seg trygg og ivaretatt kan stressnivået senkes; endorfiner frigis som fører til at kvinner slapper bedre av, og dermed kan mor ha mer energi til mestring rundt alle nye utfordringer som følger en fødsel og barseltid (Haugan, 2016, s.139). Psykologiske faktorer var viktig for å overkomme utfordringer, og viste seg også å ha positiv effekt på varigheten av amming (Kronborg et al., 2016). I kontrast kunne negative opplevelser senke mors selvtillit. For å oppnå eksklusiv amming på sykehus, hadde mødrene behov for både støttende fysisk miljø og emosjonell støtte (Tully et al., 2022a). Sammenliknbart ble det vist at empati og støtte fremmet en følelse av trygghet og økte mestring hos kvinnen (Kronborg et al., 2016). Som sykepleiers kan det tenkes at kommunikasjon og relasjonskompetansen, satt i sammenheng med intervensjoner fra BFHI, åpner for god støtte og veiledning.

For å forstå hvordan ammeveiledning kan gjøres på best mulig måte, kan det være relevant å diskutere målet med veiledningen. Et overordnet mål er det at kvinnen skal oppleve en følelse av mestring med amming og ha selvtillit (Tsai et al., 2015). Følelse av mestringsevne var en viktig faktor for amming, både på sykehus og etter utskrivelse. Boken «*Helsepedagogikk*» beskriver også hensikten med veiledninger, der mor sin mestringkompetanse skal styrkes gjennom refleksjon, oppdagelse og læring (Tveiten, 2016, s.93). Her kan også Antonovskys beskrivelse OAS kan også være med på å belyse målet med omsorgen (Gammersvik, 2012, s.103). Om en kvinne opplever amming som forståelig, håndterlig og meningsfullt kan dette være et godt utgangspunkt for vellykket amming. En kvinne med sterk OAS vil også kanskje ha bedre forutsetninger for å håndtere utfordringer. Dette kommer også frem gjennom begrepet Helsefremming, som handler om å hjelpe pasienten til å forstå, håndtere situasjonen og finne mening i situasjonen (Gammersvik, 2012, s.105). Sykepleier kan dermed gjennom helsefremmende sykepleie og en salutogen tilnærming fremme mestring hos kvinnen.

Gjennom individualisert veiledning, relasjon og god kommunikasjon viser forskning at dette kan fremme mestring hos kvinnen. Disse punktene virker essensielle for at sykepleier kan veilede og støtte kvinnen på barselavdeling i ammeforløpet.

4.4. Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven skal styrkene og svakhetene ved oppgaven diskuteres. Artiklene er vurdert ut fra Evans (2002) som kan være et godt utgangspunkt for struktur i oppgaven, og kan ansees som en styrke. Oppgaven tar for seg både kvalitative og kvantitative studier, som kan være med på å belyse et bredere perspektiv ved tema. I tillegg er det inkludert studier som belyser både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv, som kan bygge opp under en bredere forståelse av hva god veiledning innebærer. Mange av studiene er gjennomført innen fem år, og noen utover dette. Fagfeltet vokser derimot raskt, som kan ha betydning for om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert (Dalland, 2020, s.152).

Opgaven diskutere resultater opp mot litteratur som er relevant for å forstå sykepleiers funksjon. En svakhet med oppgaven er likevel, at det er tatt i bruk sekundærlitteratur for å belyse sykepleieteorien til Antonovsky og Benner og Wrubel. Det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg etter tekstene er bearbeidet (Dalland, 2020, s.152). I tillegg kan man diskutere for at deres teorier er utdatert i forhold til stadig endring i samfunnet. Likevel kan teori som dette har stor betydning, diskutert opp nyere forskning (Dalland, 2020, s.154).

Som nevnt i innledningen er amming avhengig av kultur og normer i samfunnet man lever i. I Norge er amming høyt verdsatt. En svakhet ved oppgaven er at fem studier er gjennomført utenfor Europa. Dette kan ha innvirkning på resultatene oppgaven tar i bruk. Det ble forsøkt å finne flest mulige artikler fra Skandinavia, men det viste seg å være lite relevant forskning i søkene som ble gjennomført. Likevel baserer mange av de inkluderte studiene på BFHI. Dette setter en klar ramme for praksis på sykehus, og kan derfor ansees som en styrke i oppgaven.

Opgaven tar også for seg en artikkel utenfor sykehussetting (Burns & Schmied, 2017). Selv om artikkelen kan ansees som relevant for problemstillingen, kan andre faktorer spille inn, eksempelvis tid og ressurser som ikke finnes på sykehus.

4.5. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å få bedre kunnskap om hvordan sykepleier kan legge til rette for god ammeveiledning og støtte til kvinner på barselavdeling. I hensyn til problemstillingen har denne oppgaven tatt for seg ulike aspekter ved veiledning og støtte. Målet med oppgaven har ikke vært å belyse hvor mye kvinner ammer, eller at kvinner skal amme mest mulig. Derimot, har det vært forsøkt å fremme gode tiltak sykepleier kan gjennomføre, som øker kvinnens mestring rundt fenomenet. Oppgaven viser med andre ord, behovet for at sykepleier har bred kompetanse.

Det er gjennom oppgaven vist til spesielt tre rutiner gjennom BFHI, som kan fungere godt på sykehus. Herunder er hud-mot-hud kontakt vist å være effektivt for første amming og fremmer samtidig tidlig mor-barn tilknytning. Rooming-in er, på lik linje, et tiltak som er vist å være viktig for mer amming på sykehus. Dette gir også mor økt forståelse av barnets tegn. Disse to tiltakene virker å være sterkt assosiert med

hverandre og kan ifølge utvalgt forskning være en enkel måte å fremme en rekke positive effekter. For sykepleier vil en implementering av tiltakene være et godt utgangspunkt for veiledning i ammeprosessen. I tillegg har økt helsekompetanse vist seg å være viktig for økt forståelse. Ved å gi både psykiske og fysiske redskap, er mor i bedre stand til å ta vare på hennes- og barnet helse.

At sykepleier har nok kunnskap, har vist seg viktig for å møte kvinnenenes behov. De har en tillit til at sykepleier vet hva som er det beste for dem og barnet. For å sikre nok kunnskap hos helsepersonellet, belyses BFHI-opplæringsprogram. Dette har fungert positivt. Mer kunnskap førte til både bedre praksis og holdninger til amming. Erfaring er riktignok noe man ikke kan lære på en dag, men gode opplæringsprogram har likevel tilstrekkelig effekt, viser studiene.

Det er gjennom oppgaven vist at gode rutiner og kunnskap hos sykepleier, ikke kan stå alene. For å støtte og veilede en mor med hennes nyfødte barn, er et helsefremmende perspektiv også nødvendig. Denne oppgaven har forsøkt å dra frem tre viktige aspekt ved veiledning og støtte; individuell veiledning, kommunikasjon og relasjon. Dette kan til slutt skal føre til at kvinnen føler økt mestring. Ved at sykepleier tar i bruk gode rutiner, har nok kunnskap og fungerer helsefremmende, kan dette føre til både god støtte og veiledning. Til slutt viser forskning at dette faktisk fremmer amming på sykehus og tiden videre.

Referanser

- Alquist, R. (2016). *Amming: En håndbok for helsepersonell* (4. utg., s. 13-205). Fagbokforlaget.
- Ammehjelpen. (2010, mars 15). *Ti trinn for vellykket amming*. Ammehjelpen. <https://ammehjelpen.no/mbv/>
- Burns, E., & Schmied, V. (2017). "The right help at the right time": Positive constructions of peer and professional support for breastfeeding. *Women and Birth, 30*(5), 389–397. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.002>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave., s. 56-154). Gyldendal.
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A.-S., Welles-Nystrom, B., & Widstrom, A.-M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research, 22*(3), 310–336. <https://doi.org/10.1177/1054773812468316>
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2), 5.
- FHI. (2021). *Mor-barn-vennlig sykehus*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/mor-barn-vennlig-standard/mor-barn-vennlig-sykehus/>
- FHI. (2022b). *Flere mødre supplerer ammingen med tilskudd*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/flere-modre-supplerer-ammingen-med-tilskudd/>
- FHI. (2022a). *Kort fødeopphold i de to pandemiårene*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kort-fodeopphold-i-de-to-pandemiarene/>
- Gammersvik, Å. (2012). *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (T. Larsen, Red., s. 103-106). Fagbokforlaget.
- Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., & Elo, S. (2020). Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff. *European Journal of Midwifery, 1*, 9. <https://doi.org/10.18332/ejm/93771>
- Haugan, G. (2016). *Helsefremming i spesialist-helsetjenesten* (T. Rannestad, Red.; 1. utgave., s. 133-143). Cappelen Damm.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklister*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering/anbefalinger-for-morsmelk-morsmelkerstatning-og-introduksjon-av-mat>

- Helsedirektoratet. (2017b). *Metode og prosess*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering/metode-og-prosess>
- Helsedirektoratet. (2021). *Helsekompetanse – kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Johansen, A. (2021, juli 15). *Databaser/Artikler: NTNU Universitetsbibliotekets fagside for medisin og helse*. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. O. C. (2016). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(2), 82–87.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>
- MeSH. (u.å.). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. Hentet 29. mai 2022, fra <https://mesh.uia.no/>
- Mäkelä, H., Axelin, A., Kolari, T., Kuivalainen, T., & Niela-Vilen, H. (2021). Healthcare Professionals' Breastfeeding Attitudes and Hospital Practices During Delivery and in Neonatal Intensive Care Units: Pre and Post Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Journal of Human Lactation*, 1, 8903344211058373.
<https://doi.org/10.1177/08903344211058373>
- NICE. (2021). *Recommendations | Postnatal care | Guidance | NICE*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/chapter/Recommendations>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Søk i kanalregister | Kanalregisteret*. Hentet 29. mai 2022, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- omsorgsdepartementet, H. (2009, februar 13). *St.meld. Nr. 12 (2008-2009)* [Stortingsmelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Papautsky, E. L., & Koenig, M. D. (2021). A Mixed-Methods Examination of Inpatient Breastfeeding Education Using a Human Factors Perspective. *Breastfeeding Medicine*, 16(12), 947–955. <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0087>
- Skou Jensen, L. (2008). *Amming: Få en god start* (H. Frydenlund, Overs.). (s. 15-141). Aschehoug.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utgave., s. 75-83). Universitetsforlaget.
- Thorstensson, S., Andersson, A., Israelsson, S., Ekström, A., & Hertfelt Wahn, E. (2016). To build a bridge between two worlds: Mothers' experiences of professional support at the maternity ward. *Health Care for Women International*, 37(10), 1067–1081.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1094072>
- Tsai, T.-I., Huang, S.-H., & Lee, S.-Y. D. (2015). Maternal and Hospital Factors Associated with First-Time Mothers' Breastfeeding Practice: A Prospective Study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 10(6), 334–340. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0005>
- Tully, K. P., Smith, J. L., Pearsall, M. S., Sullivan, C., Seashore, C., & Stuebe, A. M. (2022a). Postnatal Unit Experiences Associated With Exclusive Breastfeeding During the

Inpatient Stay: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Human Lactation*, 38(2), 287–297. <https://doi.org/10.1177/08903344211057876>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk pasient- og pårørendeopplæring*. (s. 32-93). Fagbokforlaget.

WHO. (u.å.-a). *Ten steps to successful breastfeeding*. Hentet 29. mai 2022, fra <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

WHO. (u.å.-b). *WHO | Baby-friendly Hospital Initiative*. WHO; World Health Organization. Hentet 19. mai 2022, fra <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>

WHO. (2021). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Wilson-Clay, B., & Hoover, K. (2008). *The Breastfeeding Atlas* (4. utg., s. 30). LactNews Press.

