

Camilla Hasle & Emilie Hagen Larsen  
Kandidatnummer 10015 & 10101

# Hvordan kan sykepleier fremme god ammestart på barselavdelingen?

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7619

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Aud Irene Larsen  
Mai 2023



Camilla Hasle & Emilie Hagen Larsen  
Kandidatnummer 10015 & 10101

# **Hvordan kan sykepleier fremme god ammestart på barselavdelingen?**

Litteraturbachelor  
Antall ord: 7619

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Aud Irene Larsen  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



Sammendrag:

**Bakgrunn:** Amming er den eldste og sikreste formen for spedbarnsernæring i verden. Likevel synker statistikken over antall kvinner som velger amming globalt, til tross for universelle og nasjonale anbefalinger og retningslinjer. Tilrettelagt undervisning og veiledning ser ut til å øke statistikken, samt mors egen opplevelse med amming.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke faktorer som er avgjørende for resultatet av ammingens oppstart på bakgrunn av sykepleiers helsefremmende, informative og undervisende rolle.

**Metode:** Denne litteraturstudien er basert på en kombinasjon av kvalitative studier og kvantitativ teori og fakta. Totalt 7 kvalitative artikler er beskrevet.

**Resultater:** Funnene viser at sykepleiers helsefremmende, undervisende og informative rolle kan øke omfanget og varigheten av ammingen. Sykepleiers funksjoner kan også øke mors personlige motivasjon og kunnskapsnivå.

**Konklusjon:** Det er en tydelig sammenheng mellom sykepleiers aktuelle funksjonsområder og kvinners opplevelse og resultat av ammestart. Faktorer av betydning er praktisk og emosjonell støtte, veiledning og tilstedeværelse. I tillegg er individuell tilrettelegging avgjørende.

**Nøkkelord:** Amming, undervisning, veiledning, barselavdeling, sykepleiers funksjoner

Abstract:

**Background:** Breastfeeding is the oldest and safest form of infant nutrition in the world. Nevertheless, statistics on the number of women who choose to breastfeed are declining globally, despite universal and national recommendations and guidelines. Facilitated teaching and guidance seem to increase the statistics, as well as the mother's own experience with breastfeeding.

**Purpose:** The purpose of the thesis is to investigate factors that are decisive for the outcome of the initiation of breastfeeding on the basis of nurses' health-promoting, informative and teaching role.

**Method:** This literature study is based on a combination of qualitative studies and quantitative theory and facts. A total of 7 qualitative articles are described.

**Results:** The findings show that nurses' health-promoting, teaching and informative role can increase the extent and duration of breastfeeding. Nurses' functions can also increase the mother's personal motivation and level of knowledge.

**Conclusion:** There is a clear connection between nurses' current functional areas and women's experience and results of breastfeeding initiation. Factors of importance are practical and emotional support, guidance and presence. In addition, individual adaptation is essential.

**Keywords:** Breastfeeding, teaching, guidance, maternity unit, nurse's functions

## **Innholdsfortegnelse:**

1.0 Innledning.....	5
1.1 Introduksjon til tema.....	5
1.2 Bakgrunn.....	7
1.3 Hensikt, formål og problemstilling.....	10
1.4 Avgrensninger.....	10
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	11
2.0 Vitenskapsteori og metode.....	12
2.1 Vitenskapsteori og syn på helse.....	12
2.1.1 Syn på god helse - Florence Nightingale.....	12
2.1.2 Salutogenese.....	12
2.2 Metodevalg.....	13
2.3 Litteraturstudie.....	13
2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
2.5 Datainnsamling og søkehistorikk.....	15
2.6 Forskningsetiske overveielser.....	17
2.7 Førforståelse.....	18
2.8 Kildekritikk.....	18
3.0 Funn og resultat.....	19
3.1 Litteraturmatrise.....	19
3.2 Presentasjon av forskningsartiklene.....	21
3.2.1 Artikkel 1: Taiwan.....	21
3.2.2 Artikkel 2: Kina.....	22
3.2.3 Artikkel 3: Tyrkia.....	22
3.2.4 Artikkel 4: USA.....	22
3.2.5 Artikkel 5: Australia.....	23
3.2.6 Artikkel 6: Skottland.....	23
3.2.7 Artikkel 7: Australia.....	24
4.0 Diskusjon.....	25
4.1 Tematisk inndeling og tabell.....	25
4.2 Hva er "god" ammestart?.....	26
4.3 Behov for støtte og omsorg.....	27
4.4 Behov for informasjon og veiledning.....	28
4.5 Behov for oppfølging.....	29
4.6 Kunnskap og forståelse fra sykepleier.....	29
4.7 Metodisk diskusjon.....	30
4.8 Konklusjon.....	31
5.0 Litteraturliste.....	32
6.0 Vedlegg.....	35
6.1 Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	35
6.2 Vedlegg 2: Sjekkliste for RCT-studier.....	37
6.3 Vedlegg 3: Sjekkliste for kvalitative studier.....	42
6.4 Vedlegg 4: Sjekkliste for prevalensstudier.....	47

Figurer og tabeller:

Figur 1: Sykepleiers funksjons- og ansvarsområder.....	6
Figur 2: Faktorer som kan påvirke ammingen.....	8
Figur 3: Ti trinn til vellykket amming.....	9
Figur 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
Figur 5: Utdrag fra søkehistorikk.....	16
Figur 6: Flowdiagram for søkehistorikk.....	17
Figur 7: Litteraturmatrise.....	21
Figur 8: Tematisk tabell.....	26



## 1.0 Innledning

Verdens Helseorganisasjon(WHO) og Unicef har i samråd utarbeidet en overordnet strategi for veiledning vedrørende amming under svangerskaps- og barselomsorgen. "Ti trinn for vellykket amming" er ti enkle, grunnleggende og universelle prinsipper for hvordan ulike funksjoner i helsevesenet både i svangerskapet og ved føde-barselavdelingen kan bidra til å fremme amming, slik at flest mulig mødre kan amme med færrest mulige problemer(Sykepleien, 2022). Disse ti trinnene, som kan ses i figur 3 på side 10, går ut på helsepersonellens utøvde støtte og veiledning til mor og barn. Gjennom implementering av disse trinnene blir sykehusene jevnlig evaluert etter grad av implementering og hvilken påvirkning dette har hatt for mødrene, som igjen kan gi sykehusene sertifisering som mor-barn-vennlige sykehus. På engelsk kalles dette Baby Friendly Hospital Initiative, forkortet BFHI.

I Norge er det Enhet for amming, tidligere kalt Nasjonal kompetansetjeneste for amming(NKA), som står for arbeidet bak mor-barn vennlig standard for sykehus(føde/barsel og neonatal), ammekyndig helsestasjon, kurs og utdanning, og informasjon og medisinske brystkomplikasjoner(Folkehelseinstituttet, u.a.). Enhet for amming gjennomfører jevnlig nevnte evaluering av føde- og barselavdelingene for resertifisering som godkjente mor-barn-vennlige sykehus(Folkehelseinstituttet, 2021). Til tross for god implementering av de ti trinnene til vellykket amming og mor-barn-vennlige sykehus, nasjonale retningslinjer, -veiledere og faglige råd er det likevel mange kvinner som opplever diverse utfordringer tilknyttet ammingen, og særlig dens oppstart. Vi ønsker av disse grunner å ta for oss sykepleiers funksjon(er), og på hvilken måte de ti trinnene til vellykket amming kunne vært bedre utnyttet i den hensikt å fremme en god ammestart.

### 1.1 Introduksjon til tema

Å amme er å la spedbarnet drikke morsmelk fra brystene(HelseNorge, 2020). Det optimale er at ammingen kommer i gang så raskt som mulig, helst fra føde- eller barselavdeling. Barselavdeling er en avdeling der mor og barn blir overført til etter fødsel. Varigheten av oppholdet vil variere etter behov, men det vanligste er 1-3 døgn etter fødsel(HelseNorge, 2023).

Amming kan på mange måter oppfattes som et sårbart tema for mødre, da betydningen av god og fullverdig ernæring er stor for barnet, og hvor mødre kan oppleve et større ansvar relatert til dette. Mødre kan også oppleve forventninger både av seg selv og av andre. Særlig kan oppstarten av ammingen være en utfordrende fase, så vel fysisk som mentalt. I denne oppgaven ønsker vi å ta for oss oppstarten av amming, da på barselavdeling, og hvilke funksjoner sykepleiere kan bidra med i denne fasen.

Som yrke omfatter sykepleie *funksjoner* eller områder som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde(Kristoffersen et al., 2019, s 17). Totalt finnes det 8 funksjonsområder:

<b>Sykepleiers funksjons- og ansvarsområder</b>	
<b>Funksjonsområder:</b>	<b>Rettet mot:</b>
1) Helsefremming	Pasienter og pårørende
2) Forebygging	Pasienter og pårørende
3) Behandling	Pasienter og pårørende
4) Lindring	Pasienter og pårørende
5) Rehabilitering	Pasienter og pårørende
6) Undervisning og veiledning	Pasienter, pårørende, kolleger, studenter og elever
7) Organisering, administrasjon og ledelse	Sykepleiepersonalet og -faget
8) Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning	Sykepleiepersonalet og -faget

Figur 1: Sykepleiers funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen et al., 2019, s. 17)

Som følge av problemstillingen for oppgaven og dens begrensning har vi valgt å begrense sykepleiers funksjonsområder til å gjelde helsefremming, undervisning og veiledning. Dette for å poengtere ammingens helsegevinster, samt potensielle muligheter og utfordringer vedrørende amming.

Helsefremmende arbeid omfatter prosesser som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle kompetanse og ferdigheter (Kristoffersen et al., 2019, s. 18). I dette tilfelle vil dette innebære at sykepleieren gir tilstrekkelig tilpasset informasjon til mor gjeldende amming og forsikrer seg om at informasjonen som gis blir forstått. På den måten vil det bidra til mestring, samt fremme mors evne til å ta selvstendige avgjørelser. Helsefremming handler om å ivareta de ressurser og det potensial som fremmer helse og velvære, i personen selv og i dens omgivelser (Kristoffersen et al., 2019, s. 18). Kort oppsummert kan vi si at ammeveiledningens helsefremmende hensikt er at mor kan benytte egne ressurser, altså selvprodusert morsmelk, til å ernære sitt barn, og i den forbindelse øke helsegevinstene både for barnet og seg selv.

Undervisning og veiledning innenfor sykepleie handler om å bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen et al., 2019, s. 19). Hensikten med undervisning og informasjon i barselomsorgen er å bidra til at foreldrene mestrer sine roller som foreldre (Helsedirektoratet, 2014). Det er viktig at informasjonen og veiledningen som formidles er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, da dette kan bidra til trygghet og økt forståelse (Helsedirektoratet, 2014). Vellykket amming fremmes av en tidlig start, fysiologiske ammerutiner og tett kontakt mellom mor og barn (Nylander & Aasen, 2019, s. 221). Overfor pasienter og pårørende er denne delen av sykepleiefunksjonen knyttet til å bidra til å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2019, s. 19). Denne sykepleiefunksjonen er derfor essensiell de første dagene etter fødsel.

Sett i sammenheng kan og bør sykepleiers funksjoner synliggjøres og utnyttes, særlig i en epoke hvor jordmormangelen er et faktum (Sykepleien, 2021). Neste kapittel presiserer dette ytterligere, og da med kunnskap som bør være godt kjent for sykepleiere med grunnleggende utdanning.

## 1.2 Bakgrunn

I 2022 ble det født 51.480 levende barn i Norge (Statistisk sentralbyrå, u.å.). Statistikk viser at ni av ti mødre ammer barnet sitt de første seks ukene, og tre av fire fullammer i denne perioden, men i løpet av fire år har andelen som kun ammer barnet sitt ved seks måneder over halvert (Folkehelseinstituttet, 2022).

Ernæring er et av de viktigste oppfølgingspunktene hos spedbarn allerede fra første levedøgn, og fokuset er stort på amming dersom forutsetningene er tilstedeværende. Morsmelk inneholder næringsstoffer og mange spesialiserte stoffer som hormoner, vekstfaktorer, stamceller og immunstoffer. Disse stoffene bidrar til å beskytte barnet mot infeksjoner, utvikle og modne immunsystemet og sentralnervesystemet. Morsmelk kan derfor være med på å forebygge infeksjoner (i mage- og tarmsystemet, nedre luftveier og øre), overvekt, diabetes type 1 og 2, trolig noen kreftformer og krybbedød. Morsmelk inneholder også stoffer som er positive for barnets søvn, og bidrar til god helse for barnet nå og sannsynligvis senere i livet (Helsenorge, 2022).

I tillegg til alle helsefordeler som amming har for barnet, er det også hensiktsmessig for mor. Rett etter fødselen kan amming gjøre at det blir mindre blødning. Det er fordi livmoren trekker seg sammen når barnet suger. Når brystene produserer melk, påvirker det kroppens stoffskifte. Det kan ha betydning for mors helse, samtidig som amming minsker risikoen for sykdom som brystkreft, eggstokkreft, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer. Dette gjelder både under amming og senere i livet (Helsenorge, 2022). I tillegg kan amming føre til at menstruasjonen kommer senere tilbake etter fødselen, samt forebygge fødselsdepresjon hvis ammingen fungerer godt for både mor og barn (Sykepleien, 2022). Velfungerende amming kan ha en gunstig effekt på kvinnens psykiske helse, blant annet gjennom å heve stemningsleie og dempe stress og angst. Helsepersonell bør kjenne til at velfungerende amming har vist seg å være en av de få faktorene som kan heve stemningsleiet hos deprimerte barselkvinner. Hormonet kortisol, puls og blodtrykk er lavere hos ammende kvinner enn hos ikke-ammende (Helsedirektoratet, 2014). Motsatt kan utfordrende amming som ikke fungerer etter mors forventninger skape stor frustrasjon, og i figur 2 presenteres ulike faktorer som kan påvirke ammingen.

<b>FAKTORER SOM KAN PÅVIRKE AMMINGEN</b>	
<b>Gjeldende mor:</b>	<b>Gjeldende barnet:</b>
Opplæring i ammeteknikk og ammestillinger	Sugetak
Lite melk pga. lav ammefrekvens	Bruk av smokk - mindre effektivt sugetak
Svakt fungerende utdrivningsrefleks	Finner ikke ro ved brystet
Såre brystknopper	
Hovne bryster og melkespreng	
Pumping og håndmelking	
Tilstoppede melkeganger	
Mastitt/brystbetennelse	

*Figur 2: Faktorer som kan påvirke ammingen (Nylander & Aasen, 2019, s. 221-234)*

Av tabellen ser man at det er flere faktorer ved mor enn ved barnet som kan påvirke ammingen. Det er likevel viktig å påpeke at mor sjeldent kan ansvarliggjøres dersom ammingen ikke fungerer optimalt, men derimot at en rekke av faktorene kan gjøre det utfordrende.

Sett i sammenheng med de ti trinn for vellykket amming, kan resultatet av ammingen forbedres vesentlig ved bistand fra personell med kompetanse på området. Det er disse ti trinnene, presentert i figur 4, som er utgangspunktet for vår problemstilling, inkludert avgrensningene i delkapittel 1.4.

<b>Ti trinn for vellykket amming</b>	
Trinn 1	<b>Ammeprosedyre:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ikke ha reklame for morsmelkerstatning, flasker eller smokker</li> <li>- Gi kunnskapsbasert ammeveiledning</li> <li>- Evaluere avdelingens ammeveiledning</li> </ul>
Trinn 2	<b>Personalets kunnskap:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lære opp personalet i ammeveiledning</li> <li>- Vurdere helsepersonells kunnskap og ferdigheter</li> </ul>
Trinn 3	<b>Svangerskapsomsorg:</b> Sykehus støtter gravide i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samtale om hvorfor det er viktig å amme</li> <li>- Forberede gravide på hvordan amme barnet</li> </ul>
Trinn 4	<b>Omsorg rett etter fødsel:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud-kontakt så snart som mulig etter fødsel</li> </ul>
Trinn 5	<b>Veilede mødre i å amme:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observere og vurdere ammestilling og sugetak</li> <li>- Gi praktisk ammehjelp</li> <li>- Hjelpemødre med vanlige ammeutfordringer</li> </ul>
Trinn 6	<b>Tillegg:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bare gi morsmelk unntatt når det er medisinsk grunn for tillegg</li> <li>- Bruke morsmelk fra morsmelkbank hvis tillegg er nødvendig</li> <li>- Veilede mødre som delammer eller ikke ammer i tilberedning og bruk av morsmelkerstatning</li> </ul>
Trinn 7	<b>Sammen 24 timer i døgnet:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gi mor og barn anledning til å være sammen hele døgnet</li> <li>- Sikre at mødre til syke barn kan være sammen med barnet</li> </ul>
Trinn 8	<b>Selvregulering:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informere mødre om tidlig tegn på sult</li> <li>- Ikke begrense brystmåltidenes antall eller varighet</li> </ul>
Trinn 9	<b>Tåteflasker og smokker:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veilede mødre om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk</li> </ul>
Trinn 10	<b>Utreise:</b> Sykehus støtter mødre i å amme ved å <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablere kontakt med kommunehelsetjenesten for oppfølging av amming</li> <li>- Samarbeide med kommunehelsetjenesten om barselomsorgen</li> </ul>

Figur 3: Ti trinn til vellykket amming (Folkehelseinstituttet, 2021).

Det er liten tvil om at fenomenet amming er komplekst, og mye av tiden på forberedelser til oppgaven gikk med på å formulere en problemstilling som ikke ville trække andre profesjoner på tærne. Vi har av den grunn valgt å kun fokusere på sykepleiers funksjoner på barselavdelingen kombinert med ammingens egenskaper, utfordringer og muligheter samt de ti trinnene til vellykket amming. Ytterligere konkretisering presenteres i de neste delkapitlene.

### 1.3 Hensikt, formål og problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme en god ammestart på barselavdelingen?

Hensikten med oppgaven er å undersøke faktorer som er avgjørende for resultatet av ammingens oppstart på bakgrunn av sykepleiers helsefremmende, informative og undervisende rolle. Formålet er å belyse sykepleiers kunnskaper i de aktuelle funksjonene, samt hvordan dette kan påvirke ammingens resultat.

### 1.4 Avgrensninger

Vi har satt konkrete forutsetninger for oppgaven i den hensikt at det vil gjøre problemstillingen tydeligere, samtidig som forutsetningene avgrenser drøftingen i en viss grad. Amming er et komplekst tema, og vi har derfor valgt følgende avgrensninger og forutsetninger:

1. **Barselavdeling:** Vi har valgt å avgrense problemstillingen til sykepleiers rolle på barselavdelingen. Etter undersøkelse på nett, i pensum og lignende viser det seg at lege og jordmor tar seg av oppfølging, veiledning og undervisning i svangerskapet, mens helsestasjon og fastlege tar oppfølgingen etter hjemreise. Vi har valgt å avgrense sykepleiers rolle til nettopp barselavdelingen fordi dette er et av få steder hvor sykepleiere faktisk møter nybakte mødre.
2. **Ønske om å kunne amme:** Problemstillingen forutsetter at mødrene har både ønske og mulighet til å amme. Med dette menes at forutsetningene ligger til stede for at mor kan amme, altså de fysiologiske forutsetninger, samt at hun er motivert og har vilje til å ernære barnet med morsmelk.
3. **Friske mødre - somatisk og mentalt:** Oppgaven har som forutsetning at mødrene som er inkludert i litteraturstudien er friske både somatisk og mentalt. Dette innebærer altså at det ikke foreligger noen psykologiske utfordringer eller diagnoser, hverken ved fødsel eller tidligere i livet. Det samme gjelder somatikken; mødrene skal i utgangspunktet være friske, uten funksjonshemninger, diagnoser eller lignende. Årsaken til dette er at nevnte utfordringer kan vanskeliggjøre ammingen ytterligere.
4. **Normalt og fullgått svangerskapsforløp:** Problemstillingen forutsetter at svangerskapet har vært ukomplisert. Med det menes at mor har hatt få eller ingen symptomer av stor betydning og har kunnet leve mer eller mindre som normalt frem til fødsel, samt fullgått svangerskap. Eksempler som utelukkes er mødre med hyperemesis gravidarum og prematurfødsler.
5. **Uproblematisk fødsel:** Problemstillingen tar forutsetning om at fødselen har vært uproblematisk. Det er vanskelig å definere hva en "normal" fødsel innebærer, og av den grunn har vi valgt å poengtere at fødselene må ha vært uproblematiske, med andre ord uten spesielle komplikasjoner som i etterkant kan påvirke mors evne, motivasjon og mulighet til å amme.

- 6. "Ti trinn til vellykket amming":** I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på de ti universelle trinnene til vellykket amming, utarbeidet av WHO og Unicef, fremfor de nasjonale retningslinjene og -veilederne som finnes gjeldende amming i Norge. Dette av den grunn at de ti trinnene angår de fleste land vi har funnet forskning fra. Punkter fra norske retningslinjer og veiledere vil naturlig nok bli dratt frem som supplement, men fokuset vil altså i all hovedsak omfatte de ti trinnene til vellykket amming.

### **1.5 Oppbygging av oppgaven**

I innledningskapitlet blir det mest overordnede av fakta og teori presentert. Deretter presenteres vitenskapsteori og metodikk, inkludert en tydelig redegjørelse av arbeidet fra start til slutt i kapittel 2. I kapittel 3 legges resultatene fra forskningsartiklene frem, før diskusjonsdelen redegjøres i kapittel 4. Konklusjonen blir lagt frem i kapittel 5, før referanseliste og vedlegg til slutt blir presentert i hhv. kapittel 6 og 7.

## **2.0 Vitenskapsteori og metode**

Etter å ha avgrenset oppgaven med tema og tilhørende problemstilling, gikk arbeidet deretter ut på å velge hvilken teori vi ville basere oppgaven på, samt hvilke avgrensninger forskningsområdet ville omfatte. Dette presenteres også fortløpende med inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvorpå søkehistorikken og dens argumentasjon vil presenteres, for til slutt å omfatte en kritisk tilnærming til eget arbeide. Først vil vitenskapsteorien som ligger til grunn for oppgaven presenteres.

### **2.1 Vitenskapsteori og syn på helse**

Teorien som ligger til grunn for problemstillingen og dens oppbygging kan deles i to. For det første har vi den samfunnsvitenskapelige kunnskapen som kan knyttes opp mot pedagogikk og psykologi. Undervisning og veiledning handler om å anvende pedagogiske metoder i en spesiell kontekst(Thiedemann, 2020, s. 62), noe som er særlig aktuelt ved amming. For det andre har vi den naturvitenskapelige kunnskapen som går inn på den medisinske kunnskapen vi har gjeldende diagnoser, tilstander og lignende. Den naturvitenskapelige kunnskapen kan for eksempel begrunne betydningen av ammingen for mor og barn, hvilke helsegevinster dette innebærer og hvilke utfordringer som kan oppstå.

#### **2.1.1 Syn på god helse - Florence Nightingale**

God helse er ikke bare å føle seg vel, men også å gjøre god bruk av alle de ressurser som en måtte ha(Kristoffersen, 2019, s. 40) hevder Florence Nightingale, moderne sykepleies forkjemper. Å se dette utsagnet i sammenheng med mødre og amming kan derfor tolkes som at vellykket amming avhenger av å utnytte alle ressurser på en måte som resulterer i at både mor og barn får god utnyttelse av ammingen. Med dette menes mors egne ressurser og forutsetninger tilknyttet kropp og sinn, ressursene hun har rundt seg i form av partner, familie og venner samt ressursene som følger henne opp, hvorav ansatte på barselavdeling dras frem i dette eksempelet. Dette kan kobles opp mot den samfunnsvitenskapelige teorien, og igjen dras videre til salutogenesen.

#### **2.1.2 Salutogenese**

Som en følge av at folk flest ikke oppfatter egen helse kun i relasjon til fravær av sykdom, men mer som en opplevelse av styrke, motstandskraft og mestring, har det vokst fram et perspektiv som ser på helse som en ressurs(Larsen, 2020, s. 40). Vi velger å tolke dette som at utnyttelse av ressursene en har rundt seg gir større muligheter for god helse, som igjen er en personlig og individuell ressurs til utnyttelse. Videre har vi at helse er en følelse av sammenheng, dvs. en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet(Kristoffersen, 2019, s. 40). Om disse utsagnene ses i sammenheng kan de tolkes som at helse i seg selv er en ressurs for individet, og at dette skal gi en følelse av sammenheng, som da innebærer de tre nevnte begrepene.

Den nevnte teorien bygger på Aron Antonovskys teori om salutogenese. Her er hovedfokuset mestring av hverdagslivet(Larsen, 2020, s. 40). Vår tanke er at amming, som i seg selv kan være en stor del av hverdagslivet som nybakt mor, på mange måter påvirkes av opplevd mestring. Tanken er derfor at amming, som i seg selv vil være en ressurs for mor og barn, kan bidra til god helse hos begge parter, men som avhenger av den nevnte opplevelsen av sammenheng og mestring.



## 2.2 Metodevalg

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder(Dalland, 2020, s. 53). Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse spørsmålet eller problemstillingen på en best mulig måte(Dalland, 2020, s. 53). Vi kan dele metoder i hhv. to forskjellige retninger. De kvantitative metodene har den fordel at de gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle(Dalland, 2020, s. 54).

Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler(Dalland, 2020, s. 54). Alt i alt kan vi si at vår oppgave består av kvalitativ forskning, men med innslag av kvantitative fakta. Dette er valgt konsekvent da temaet - amming - kan være en hverdagslig aktivitet og ressurs som innebærer en bred variasjon av opplevde følelser. Samtidig opplever vi temaet som såpass omfattende og viktig at konkrete og tallfestede fakta forsterker argumentasjonen.

## 2.3 Litteraturstudie

I den litterære oppgaven henter du data fra eksisterende fagskunnskap, forskning og teori. Det du er ute etter å finne ut, vil påvirke hvilke data du ser etter(Dalland, 2020, s. 199). På bakgrunn av det valgte temaet amming ble det raskt et faktum at omfanget av eksisterende forskning og kunnskap var omfattende. Vi har valgt å se dette som en fordel, da det ble opp til oss som forfattere av oppgaven å velge hvilken forskning vi ville benytte, fremfor at oppgaven ble styrt av hvilken forskning som var tilgjengelig.

På samme måte som det å søke er en iterativ prosess, gjelder dette også for arbeidet med trinnene i en litteraturstudie. Det innebærer at man beveger seg frem og tilbake mellom trinnene i arbeidet med litteraturstudien(Thiedemann, 2020, s. 90). Dette har også blitt litt av fasiten for arbeidet ved vår oppgave; tre steg frem og to tilbake til enhver tid. Argumentasjonen for denne arbeidsmåten har vært at vi til enhver tid har ønsket at det tilsynelatende overståtte arbeidet skal være i sammenheng med det forestående. Samtidig har denne fremgangsmåten sørget for at vi til enhver tid har holdt diskusjonen gående gjeldende hvilken teori som bør dras frem for å holde den velkjente røde tråden gjennomgående i oppgaven.

## 2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når du definerer inklusjons- og eksklusjonskriterier, tydeliggjør du litteratursøket ditt og avgrenser mengden litteratur. Det gjør søket mer hensiktsmessig ut fra det du ønsker av kunnskap(Thiedemann, 2020, s. 83). De nevnte kriteriene under har lagt grunnlaget for vår innsamling av litteratur, som igjen fremheves i søkehistorikken i neste delkapittel.

Type kriterier	Kriterier	Oppklaring
Inklusjonskriterier	Amming / breastfeeding	Artikkelen må omfatte fokus på amming.
	Veiledning / støtte	Artikkelen bør fokusere på sykepleierens veiledende og/eller støttende rolle.
	Artikler fra de 10 siste år(>2013)	Artikkelen må være av nyere utgivelse da forskningen utvides og forbedres kontinuerlig.
	Språk; norsk, engelsk, svensk eller dansk	Artikkelen må være av et språk vi behersker og hvor vi forstår helheten.
	Fagfellesvurderte artikler	Artikkelen må være godkjent som fagartikkel for å ha relevans.
	Helsepersonell	Artikkelen skal fokusere på sykepleiers funksjon, men flere profesjoner som jordmødre, ammeveileder og helsesykepleiere er inkludert da de utøver ammeveiledning.
	Fullgått og ukomplisert svangerskap	Forutsetning om at mødrene har fullgatte svangerskap(over 36 uker) og at svangerskapet har vært komplikasjonsfritt. Dette for å ha optimale forutsetninger om god amming.
	Komplikasjonsfri fødsel	Forutsetning om forløsning uten større komplikasjoner. Dette for å ha optimale forutsetningen om god amming, samt god mor/barn-relasjon.
	Ønske om å amme	Artiklene bør ta for seg mødre som har et personlig ønske om å amme.

<b>Eksklusjonskriterier</b>	Hyperemesis gravidarum, prematur fødsel eller lignende	Problemstillingen forutsetter et normalt svangerskap uten videre utfordringer.
	Covid-19	Covid-19-relatert forskning utelukkes da dette var en ekstraordinær situasjon som preget alle deler av helsevesenet, og er per nå ikke relevant for vår problemstilling.
	Fedre og medmødre	Problemstillingen omfatter fokus på mor som har født.

Figur 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

## 2.5 Datainnsamling og søkehistorikk

De nevnte inklusjons- og eksklusjonskriteriene har som nevnt lagt grunnlaget for litteratursøket. Vi har hovedsakelig benyttet NTNUs tilganger via Oria, det nettbaserte biblioteket, til å gjøre søk i databaser. Databasesøkene har foregått i hhv. Pubmed, Medline og CINAHL Complete, og har omfattet søkeord ut fra konkrete og relevante MESH-terms, som da er standardiserte emneordssystemer(Thiedemann, 2020, s. 86).

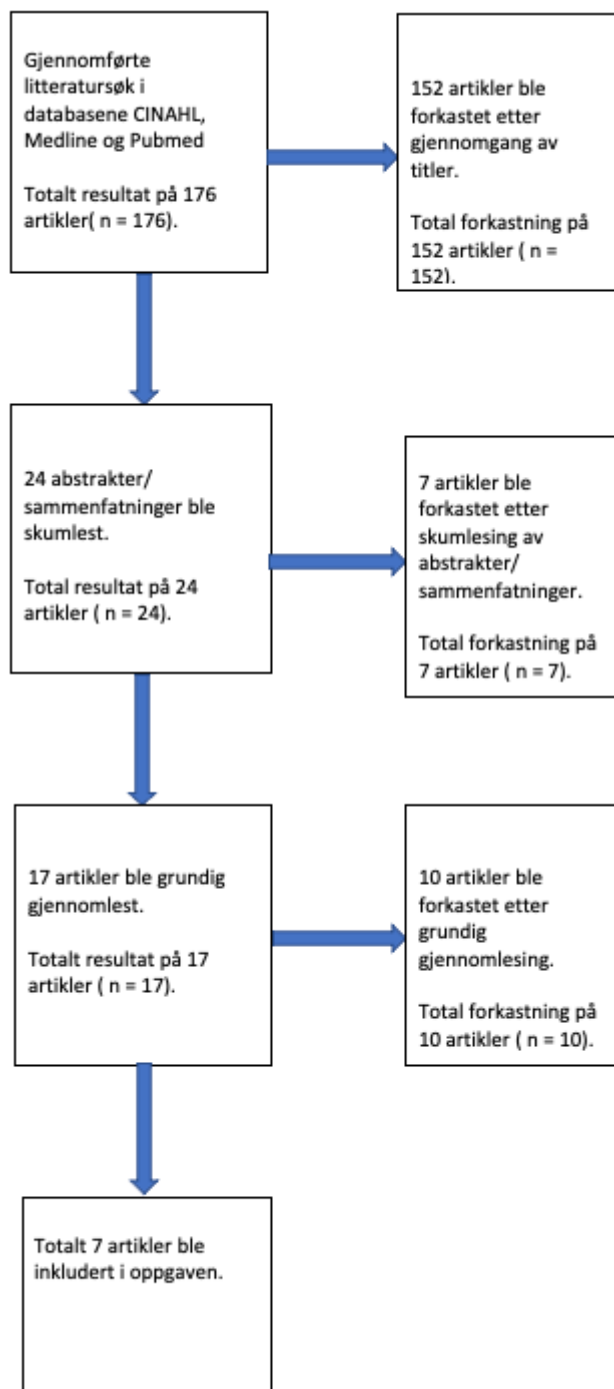
Ved bruk av MESH-terms har vi også benyttet de boolske operatorene AND, OR og NOT(Thiedemann, 2020, s. 86), og da i størst grad AND. Årsaken til dette er at dersom du bruker AND mellom to søkeord, får du treff på litteratur som omhandler både søkeord 1 og 2(Thiedemann, 2020, s. 87). Da våre søkeord har vært av ulike karakterer og ikke synonymmer har derfor operatoren AND blitt benyttet.

Under søket har også trunkering blitt benyttet. Trunkering betyr å søke på et avkortet ord, også kalt ordstamme. Ved å søke på stammen av et ord får du med både entalls- og flertallsformer og ulike varianter av ordet(Thiedemann, 2020, s. 87). Ved å sette stjerne tegn, \*, bak ordet Nurse, fikk vi derfor opp søk med ordene nurse, nursery, nurses, nursing osv. Figur nummer 6 på neste side viser et utdrag fra vår søkehistorikk, som kan sees i fullstendig versjon i vedlegg nummer 1.

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	#	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.04.2023	CINAHL og Medline	Breastfeeding	S1		77.218			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Postnatal Care	S2		16.671			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Nurse*	S3		1.076.732			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Breastfeeding AND Postnatal care AND Nurse*	S4(S1+S2+S3)	Limiters - Full Text, Abstract Available, Published Date 20130101-20231231; English Language; Peer Reviewed	59	9	8	2

Figur 5: Utdrag fra søkehistorikk

Etter å ha søkt på de konkrete søkeord og bestemte avgrensningene, begynte deretter sorteringsarbeidet. Som vist fra figuren over fikk søket i CINAHL og Medline 59 treff, hvorav første sortering gikk ut på å lese titler. Titler som ikke var relevante for vår problemstilling ble forkastet, og vi satt da igjen med 9 aktuelle artikler. Ved disse 9 artiklene valgte vi deretter å skimle innholdet i forskningsartiklenes abstrakter, og vurderte deretter om innholdet i artiklenes IMRaD-struktur var relevant og interessant for oppgaven (Thiedemann, 2020, s. 90). De ni aktuelle artiklene ble deretter kuttet ned til åtte ved hjelp av denne teknikken. De artiklene som synes relevante og interessante og som vi da vurderte å inkludere i litteraturstudien, fordret deretter en grundig gjennomlesning (Thiedemann, 2020, s. 91). Ved hjelp av denne fremgangsmåten kom vi til slutt frem til to aktuelle artikler kun basert på dette søket. Denne fremgangsmåten har vi også benyttet ved de ytterligere søkene, og flowdiagrammet i figur 6 på neste side viser utvelgelsen av artikler i grove trekk.



Figur 6: Flowdiagram for søkehistorikk

Etter nøye utvelgelse av artiklene ble de kvalitetssikret gjennom sjekklister på Helsebibliotekets nettsider. Disse sjekklistene er å finne som vedlegg nummer 2 til og med 4. Kvaliteten av de ulike artiklene blir også presentert i litteraturmatrisen, som er å finne i kapittel 3.1.

## 2.6 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning, ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og

velferd(Dalland, 2020, s. 168). Denne etikken er også lovfestet i Helseforskningsloven, som har som formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning(Helseforskningsloven, 2008, § 1).

De forskningsetiske overveielserne har ligget som grunn for vårt arbeid siden oppstarten. Ved innsamling av artiklene har det vært av stor betydning at de etiske overveielserne for artiklene har blitt presentert, samt en grundig sjekk gjeldende personvern. Vi har også vært nøye med fortløpende referering for å unngå kopiering av andres arbeid og plagiat.

## **2.7 Førforståelse**

Før oppstarten av arbeidet med oppgaven hadde vi lite, tilnærmet ingen, erfaring gjeldende amming annet enn gjennomgått pensumteori. Gjennom lesing av teori, fagartikler, forskning og annen kunnskap har vi først og fremst fått et nytt syn på barselomsorgen. For det andre har vi innsett at området gjeldende amming er sårbart, og samtidig omfattende. Kort oppsummert kan vi si at vår førforståelse var av mindre grad enn hva vi forventet, noe vi har innsett underveis i arbeidet. Alt i alt kan vi si at denne oppgaven har lært oss enormt mye rundt det teoretiske ved å skrive en litterær oppgave, og i tillegg økt vår kunnskap og forståelse rundt det sykepleiefaglige arbeidet rundt mor og barn.

## **2.8 Kildekritikk**

Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet. Hensikten er at leseren skal ta del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen(Dalland, 2020, s. 152). Hittil har vi presentert fremgangsmåten, inklusjons- og eksklusjonskriterier og den bakenforliggende kunnskapen og teorien for vår problemstilling. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene går også inn på punkter gjeldende kildekritikk, deriblant IMRaD-struktur, utgivelsesdato, språk og fagfelle vurdering. I delkapittel 3.6 blir i tillegg de forskningsetiske overveielserne presentert, som igjen går inn på kildekritikken som ligger til grunn for vårt arbeid.

I tillegg til forskningsartiklene vi har benyttet, har vi også søkt, funnet og benyttet noe teori fra nettet. For eksempel Ammehjelpen, er basert på kunnskapsbasert forskning utviklet av FHI(Ammehjelpen, u.å.). og er av den grunn en god og sikker kilde til supplement. Alt i alt kan vi si at kildekritikk har vært et kritisk men viktig punkt for vårt arbeid. Vi har utelukket flere ulike nettsider grunnet usikkerhet rundt kvalitet, men på den andre siden har vi hatt flere forskjellige bøker å hente teori ut fra. Disse bøkene har vært fagpensum i ulike emner gjennom de tre årene på studiet, og vi vil derfor hevde disse som sikre kilder.

### 3.0 Funn og resultat

#### 3.1 Litteratormatrise

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Type studie	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitet svurdering	Redegjort for etiske overveielser
Huang, C. M., Hung, W.-S., Lai, J.-N., Kao, Y.-H., Wang, C.-L. & Guo, J.-L.  2016  Journal of Advanced Nursing  Taiwan	Maternity staff perspectives regarding resource demands of breastfeeding supportive practices in accordance with the Baby-Friendly Hospital Initiative accreditation: a Q methodology approach	Q-metodologi	Å utforske ressurskravene blant personalet på barselavdeling	Kvalitativ metode	60 helsepersonell av ulike profesjoner deltok i studien.	Institusjonell politikk, støttende praksis, kontinuerlig amnestøtte og tidsbestemt amnestøtte var avgjørende.	God.	- Etisk godkjent - Anonym deltakelse - Frivillig deltakelse
Fu, I. C. Y., Fong, D. Y. T., Heys, M., Lee, I. L. Y., Sham, A. & Tarrant, M.  2014  BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology  Kina	Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial	RCT-studie.	Å evaluere effekten av to postnatale profesjonelle støtteintervensjoner på varighet av enhver og eksklusiv amming	Kvantitativ studie med måling av hhv. fullamning ved 1, 2 og 3 måneder etter fødsel.	722 førstegangsammende mødre med ukomplisert, fullbårne svangerskap.	Graden av fullamning var høyere, sammenliknet med de som fikk standardbehandling. Betydelig økt sannsynlighet for at deltakere som mottok telefonstøtte fortsatte med amming.	God.	- Deltakerne ble plukket ut etter inklusjonskriterier. - Frivillig deltakelse. - Anonym deltakelse. - Etisk godkjenning i publiseringsland
Demirtas, B.  2015  Tyrkia  International Journal of	Multiparous mothers: Breastfeeding support provided by nurses	Tverrsnittstudie med bruk av intervju for datainnsamling.	Å identifisere støtten som mødre fikk fra sykepleiere på	Tverrsnittstudie	278 mødre fylte alle inklusjonskriterier og deltok frivillig.	Ulike former for ammeproblematikk kan reduseres av helsepersonell	God.	Studien er etisk godkjent og autorisert av det tyrkiske helsedepartementet. I tillegg ble skriftlig samtykke innhentet fra

Nursing Practice			barselavdeling.			gjennom en mer effektiv informasjonsgivning, samt økt grad av emosjonell og praktisk støtte.		enhver deltaker.
Grassley, J. S., Clark, M. & Schleis, J. 2015 USA Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift	Kvalitativ studie.	Å beskrive sykepleieres støtte og veiledning til amming, samt identifisere hva som påvirker denne støtten.	Kvalitativ studie.	16 sykepleiere som jobbet nattskift ble intervjuet.	Konkurrerende prioriteringer, inkongruente forventninger og institusjonelle strukturer påvirket ammeveiledningen.	God.	Studien ble etisk godkjent i forkant av datainnsamlingen av et etisk vurderingsråd ved det aktuelle sykehuset. Resultatene ble deretter tolket anonymt.
Hall, H., McLelland, G., Gilmour, C. & Cant, Robyn 2014 Australia Elsevier Australia	'It's those first few weeks': Women's views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region	Tverrsnittstudie.	Å undersøke faktorer som påvirker oppstart og kontinuering av amming blant kvinner i en distriktsregion.	Kvalitativ studie.	170 ammende mødre ble intervjuet både individuelt i skriftlig form og i gruppebaserte muntlige intervju.	Tilgangen på individuell veiledning angis å være et kritisk punkt for å overvinne ammevansker.	God.	Studien ble etisk godkjent fra Monash Universitys etiske komitéutvalg, og innebærer anonymitet av samtlige deltakere og deres utsagn.
Lagan, B. M., Symon, A., Dalzell, J. & Whitford, H. 2013 Skottland	'The midwives aren't allowed to tell you': Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture	RCT-studie.	Å undersøke forventningene og opplevelsene til mødre	Kvalitativ studie.	78 mødre ble intervjuet både individuelt og i grupper.	Informasjonsformidling og mental og fysisk støtte var avgjørende for ammingen	God.	Studien ble etisk godkjent av Tayside Committee hos Medical Research Ethics. I tillegg var deltakelsen



MidWifery	– The Feeding Your Baby Study		relatert til spedbar nsmatin g.			s resultat.		frivillig og anonymisert.
McLelland, G., Gilmour, C. & Cant, R. 2014 Australia MidWifery	Support needs of breastfeeding women: Views of Australian Midwives and health nurses	Fokuser pein tervjuer .	Å undersø ke synspun kter rundt faktorer som påvirker oppstart og fortsette lse av amming	Kvalitati v studie.	12 helseperson ell av ulike profesjoner.	Tidspunkte t for umiddelbar postnatal amme støt te var avgjørende for oppstart og kontinuering av amming.	God.	Studien ble godkjent i forkant av det aktuelle universitetets etiske komité. I tillegg ga samtlige deltakere individuelt skriftlig samtykke før oppstart av datasamling.

Figur 7: Litteraturmatrise

### 3.2 Presentasjon av forskningsartiklene

#### 3.2.1 Artikkel 1: Taiwan

**Artikkel 1:** *Maternity staff perspectives regarding resource demands of breastfeeding supportive practices in accordance with the Baby-Friendly Hospital Initiative accreditation: a Q methodology approach*

Deltakerne i studien gjennomførte en skriftlig spørreundersøkelse med totalt 35 vurderingsspmårl utarbeidet fra de ti stegene til vellykket amming (Huang et al., 2016). Svaralternativene vektla nødvendigheten av ulike ressurser i forbindelse med implementering av et Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI). Studien avslørte totalt fire faktorer som var avgjørende for implementeringen hos personalet på føde- og barselavdelingene på to ulike sykehus:

1. Vekt på å implementere en institusjonell politikk
2. Vekt på å gi støttende praksis for ammende mødre
3. Vekt på å etablere kontinuerlig amme støtte
4. Vektlegging av håndtering av amme støttende praksis gjeldende en bestemt tidsperiode

Den firedelte vektleggingen av de aktuelle faktorene delte igjen deltakerne inn i to grupper: Deltakerne som vektla punkt 1 og 3, fremhevet også ressursbruk tilknyttet trinn 1, 2 og 10 i de ti trinnene til vellykket amming, herunder amme prosedyre, personalets kunnskap og utreise. Deltakerne som derimot vektla ressurser til punkt 2 og 4 fremhevet ressursbruk tilknyttet trinn 2 til 5 og 7 i de ti trinnene, herunder personalets kunnskap, svangerskapsomsorg, omsorg rett etter fødsel, veilede mødre i å amme og sammen 24 timer i døgnet.

Personalet som var mindre klinisk erfarne favoriserte å fordele ressurser til å implementere en institusjonell politikk for BFHI (Huang et al., 2016). Personalet med mer klinisk erfaring la derimot vekt på å tildele ressurser for å legge til rette for en tidsbestemt støttende amme praksis, som å tillate hudkontakt med babyen innen 30 minutter etter fødselen, og 24-timers kontakt med nyfødt (Huang et al., 2016).

### 3.2.2 Artikkel 2: Kina

**Artikkel 2:** *Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial*

Denne kinesiske artikkelen fra 2014 ble gjennomført for å vurdere hensikten av forskjellige amnestøtteintervensjoner (Fu et al., 2014). Totalt 722 mødre deltok. Den første intervensjonsgruppen var standard postnatal omsorg gitt på sykehuset, som innebar rutinemessig omsorg i henhold til hvilken type fødsel kvinnene hadde, samt ammeundervisning gitt av jordmor eller godkjent ammeveileder. Undervisningen foregikk både individuelt og gruppebasert. Den andre intervensjonsgruppen bestod av tre individuelle amnestøtteøkter, hvorav to av øktene ble gjennomført i løpet av barnets første levedøgn og den siste i løpet av døgn nummer to. Deltakerne fikk informasjon om fordeler ved amming, samt vanlige ammeproblemer som kan oppstå og veiledning i form av ulike ammeteknikker. Den siste intervensjonsgruppen gikk ut på telefonstøtte, hvor deltakerne ble kontaktet innen 72 timer etter utskrivning og ukentlig i opptil 4 uker.

Resultatene av denne studien viser at tidlig amnestøtte, spesielt ukentlig telefonstøtte etter utskrivelse, økte den totale varigheten av ammingen betraktelig. Av alle deltakerne som var med i studien, hadde deltakerne som mottok telefonstøtte 60% større sannsynlighet for å fullnære barnet med morsmelk. I tillegg var sannsynligheten betraktelig lavere for selvvalgt ammestopp (Fu et al., 2014). En annen faktor som sikret at deltakerne fikk råd og støtte som var sammenhengende og evidensbasert var å la samme forskningssykepleier følge opp de ulike gruppene (Fu et al., 2014).

### 3.2.3 Artikkel 3: Tyrkia

**Artikkel 3:** *Multiparous mothers: Breastfeeding support provided by nurses*

I artikkelen fra Tyrkia, utarbeidet av Basak Demirtas i 2015, ble 278 mødre intervjuet før utskrivelse fra sykehus. Datainnsamlingen ble gjennomført ved muntlige intervjuer og skriftlige spørreskjemaer. I Tyrkia er amnestøtte tilsynelatende en viktig del av sykepleierens rolle på føde- og barselavdelinger, i motsetning til for eksempel nordiske land hvor dette ansvaret gjerne ligger hos jordmødre og barnepleiere.

Resultatene fra studien viste at over halvparten av mødrene som hadde problemer relatert til amming ikke følte seg forstått av sykepleierne. De fikk lite informasjonsstøtte og opplevde at sykepleierne ikke var nok til stede (Demirtas, 2015). Studien hevdet også at ammeproblemer kan reduseres av helsepersonell ved å implementere en mer effektiv informasjonsmessig, emosjonell og praktisk støtte (Demirtas, 2015). Resultatene fra undersøkelsen viste også at en overvåking av sykepleiernes gitte kvalitet på amnestøtten og forbedring innen bemanningen ville være avgjørende for mødrenes opplevelse og effekt av sykepleiernes støtte (Demirtas, 2015).

### 3.2.4 Artikkel 4: USA

**Artikkel 4:** *An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift*

Den amerikanske studien fra 2015 undersøkte sykepleieres støtte til amming på nattskift, samt hvilke faktorer som påvirket denne støtten. I alt 16 sykepleiere deltok, og datainnsamlingen ble gjennomført via muntlige og skriftlige intervjuer. Resultatene viste tre overordnede tematikker som påvirket amnestøtten:

1. Resultatene viste at sykepleierne identifiserte de konkurrerende prioriteringene med barnets behov for å amme på natten opp mot morens behov for søvn og hvile. Samtlige sykepleiere mente også at mye besøk fra familie/venner bidro til varierende amnestøtte da det forstyrret nyfødtes behov for amming(Grassley et al., 2015).
2. Mange foreldre hadde forventninger til sine nyfødte som ikke stemte overens med realiteten, gjeldende eksempelvis mat- og søvnmønster. En motsatt forventning som sykepleierne kjente på og som kunne påvirke deres støtte til amming, var forventning om å lykkes når de hjalp mor med å amme. Dette gjorde at sykepleierne ofte klandret seg selv hvis de ikke fikk det til(Grassley et al., 2015).
3. Sykepleierne dro blant annet frem standardisert ammepraksis, bemanning og retningslinjer som sterke faktorer for forbedring(Grassley et al., 2015).

### **3.2.5 Artikkel 5: Australia**

**Artikkel 5:** *'It's those first few weeks': Women's views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region*

I denne australske studien, publisert i 2014, undersøkte forskerne faktorer som påvirket både oppstart og kontinuitet av amming. Deltakerne ble intervjuet både individuelt i skriftlig form og muntlig i gruppebaserte intervju. Totalt 175 mødre deltok.

Flere av deltakerne oppga at de kunne ha opprettholdt ammingen lengre dersom de hadde fått mer tid til individuell veiledning og informasjon(Hall et al., 2014). Det kom også frem av intervjuene at de fleste av mødrene opplevde amming som mer utfordrende enn forventet. Likevel oppga kvinnene at det å knytte bånd til babyen, å føle seg støttet i tillegg til selve opplevelsen av amming var sterke faktorer som bidro til motivasjon for å fortsette med ammingen.

Det overordnede temaet som var viktigst for kvinnene som deltok i studien, var deres avhengighet til helsepersonell for veiledning, for å øke deres kunnskap vedrørende utfordringer som kan forekomme ved amming(Hall et al., 2014). Tilgangen til individuell veiledning fra helsepersonell ble sett på som kritisk for å overvinne ammevansker(Hall et al., 2014). Konklusjonen til forskerne var at varigheten av amming kan forlenges ved tidlig problemløsning, samt at tettere oppfølging vil være avgjørende i oppstartsfasen for å sikre kontinuitet i ammingen(Hall et al., 2014).

### **3.2.6 Artikkel 6: Skottland**

**Artikkel 6:** *'The midwives aren't allowed to tell you': Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture – The Feeding Your Baby Study*

I 2013 gjennomførte fire forskere en studie i Skottland hvor hensikten var å undersøke forventningene og opplevelsene til mødre relatert til spedbarnsmating. Totalt ble 78 mødre intervjuet, både individuelt og gruppebasert, og resultatene var tvetydige;

- Flere mødre rapporterte at rådene som ble gitt gjeldende amming eller morsmelkerstatning var forvirrende da det ble gitt motstridende informasjon fra ulike ansatte(Lagan et al., 2013).
- Flere mødre ble overrasket over utfordringene tilknyttet amming. Eksempelvis ble smerter og såre brystvorter, tvil om melketilgangen og tidsbruken det krevdes nevnt blant deltakerne(Lagan et al., 2013).
- Mødre som avsluttet ammingen og gikk over til å fullernære barnet på morsmelkerstatning kunne føle skyld i å ikke følge helsepersonellens anbefalinger, og flere opplevde at morsmelkerstatning ble sett på som et dårligere alternativ(Lagan et al., 2013).

Konklusjonen fra studien var at kvinnene ønsket mer konsekvente råd, forbedret kontinuitet fra personalet og bedre kommunikasjonsferdigheter for å forbedre oppfatningen og opplevelsen av støtte(Lagan et al., 2013).

### **3.2.7 Artikkel 7: Australia**

**Artikkel 7:** *Support needs of breastfeeding women: Views of Australian Midwives and health nurses*

McLelland, Gilmour og Cant gjennomførte i 2014 en kvalitativ studie hvor hovedfokuset var å undersøke hvorvidt støtten kunne forbedres for å øke ammingens varighet. Totalt ble 17 helsepersonell intervjuet gjeldende fire ulike tematikker; Den første tematikken gjaldt å veilede kvinner over ammehindringer. Den andre tematikken gjaldt timing og tid til omsorg, den tredje gjaldt kontinuitet i kvinneomsorgen og den fjerde tok for seg formidling av fagkunnskap.

Hovedfunnene i studien omfattet tidsperspektivet og kontinuiteten i barselomsorgen; Deltakerne hevdet at tidspunktet for postnatal amnestøtte og -veiledning var avgjørende for å gjøre det mulig for kvinner å starte og opprettholde amming(McLelland et al., 2014). Både jordmødrene og helsesykepleierne oppfattet barrierer for kontinuitet i kvinneomsorgen som avgjørende for oppfølgingen(McLelland et al., 2014).

## **4.0 Diskusjon**

I dette kapitlet vil diskusjonen bak problemstillingen presenteres. "Hvordan kan sykepleier fremme en god ammestart fra barselavdelingen" er baktanken blant alle punktene som dras inn, og ved en tematisk gjennomgang av artiklene har vi forsøkt å dra inn det vi anser som relevant.

Som følge av resultatene og funnene i kapittel 3, utarbeidet vi en tematisk tabell for å grovsortere resultatene. De tematiske inndelingene er de fire punktene vi anser som gjengangere blant resultatene og som er relevante for vår problemstilling. Det er også disse inndelingene vi har tatt utgangspunkt i under diskusjonsdelen.

### **4.1 Tematisk inndeling og tabell**

Tabellen viser de ulike punktene vi har sett på som vesentlige for vår problemstilling (vannrett linje), og som går igjen i de ulike forskningsartiklene. Horisontal linje er kildereferanse til artiklene i kronologisk rekkefølge etter resultatkapitlet. De korte stikkordene merket med stjerne-tegn er hva vi anså som mest relevante stikkord fra de aktuelle fagartiklene for hver tematikk.

	<b>Behov for støtte og omsorg</b>	<b>Behov for informasjon og veiledning</b>	<b>Behov for oppfølging</b>	<b>Kunnskap og forståelse fra sykepleier</b>
<b>(Huang et al., 2016)</b>	*Støttende praksis *Kontinuerlig ammestøtte *Omsorg rett etter fødsel	*Personalets kunnskap *Ammeprosedyre *Veilede mødre i å amme	*Svangerskaps omsorg *Sammen 24 timer i døgnet	*Personalets kunnskap
<b>(Fu et al., 2014)</b>	*Postnatal omsorg på sykehuset	*Tidlig ammestøtte *Ukentlig telefonstøtte *Selvvalgt ammestopp	*Kontinuitet vha. oppfølging av samme sykepleier	*Kunnskap fra helsepersonell *Tidlig ammestøtte, telefonstøtte
<b>(Demirtas, 2015)</b>	*Lite opplevd informasjonsstøtte *Sykepleierne var ikke nok til stede	*Lite informasjonsstøtte *Tilstedeværelse blant personalet	-	*Forståelse fra sykepleiere
<b>(Grassley et al., 2015)</b>	*Sykepleiers støtte til amming på nattevakt *Tre overordnede tematikker som påvirket ammestøtten.	*Konkurrerende prioriteringer *Inkongruente forventninger *Innflytelsesrik institusjonell struktur	*Standardisert ammepraksis *Bemanningslinjer *Retningslinjer	*Sykepleiers forventninger til eget kunnskap og prestasjon
<b>(Hall et al., 2014)</b>	-	*Individuell veiledning *Informasjon fra helsepersonell	*Avhengighet til jordmødre og sykepleiere for veiledning	*Opplevd støtte *Opplevelsen av amming *Motivasjon
<b>(Lagan et al., 2013)</b>	*Opplevd skyldfølelse hos mødre *Sprikende anbefalinger fra helsepersonell	*Feilaktig og motstridende informasjon *Utfordringer tilknyttet amming	-	*Motstridende informasjon *Bedre kommunikasjon sferdigheter
<b>(McLelland et al., 2014)</b>	*Timing *Tid til omsorg	*Veilede ved ammehindringer	*Kontinuitet i kvinneomsorgen	*Formidling av fagkunnskap

Figur 8: Tematisk tabell

#### 4.2 Hva er "god" ammestart?

Underveis i arbeidet har vi innsett at det ikke finnes noen definisjon på hva en "god" ammestart er. Dette er en oppgave vi ikke er kompetente nok til å ta på oss, men har i forbindelse med oppgaven og litteratursøkingen kommet frem til konkrete punkter som

kan bidra til økt forståelse. Disse punktene er en kort oppsummering av teori fra flere ulike kilder, og er sammensatt av egne vurderinger:

- God teknikk; herunder vil vi påpeke et sugetak som gjør at barnet får i seg melken uten å streve for det, en stilling som er behagelig både for mor og barn samt at ammingen er smertefri grunnet riktig sugetak og god stilling.
- God strategi; herunder vil vi dra frem mors kjennskap til barnets tegn til sult, samt å sørge for rolige omgivelser og at mor klarer å slappe av under ammingen.
- Kjennskap til utfordringer; at mor kjenner til ulike utfordringer som kan oppstå, vil ha betydning for ammingens varighet og resultat. Eksempelvis kan vi nevne tette melkeganger og såre brystvorter. Det vil også ha stor betydning at mor vet hva hun skal gjøre ved slike utfordringer, eventuelt at hun vet hvem hun bør kontakte for råd.

Sett i sammenheng ser man raskt at både teknikk, strategi og kjennskap til utfordringer er tilknyttet mors opplæring og veiledning ved ammingens oppstart. Herunder ønsker vi også å dra frem at dette kan gjelde flergangsmødre så vel som førstegangsmødre. Dette da kvinner av ulike årsaker kan erfare ammingens utfordringer på forskjellige tidspunkt.

### **4.3 Behov for støtte og omsorg**

Hele seks av syv artikler drar frem mødrenes behov for støtte og omsorg, og poengterer betydningen av disse faktorene gitt av helsepersonell (Huang et al., 2016; Fu et al., 2014; Demirtas, 2015; Grassley et al., 2015; Lagan et al., 2013; McLelland et al., 2014). Mens tre av artiklene tar for seg mødres opplevde effekt av støtte og omsorg (Fu et al., 2014; Demirtas, 2015; Lagan et al., 2013), tar de tre resterende for seg helsepersonellens oppfatning av behov og effekt (Huang et al., 2016; Grassley et al., 2015; McLelland et al., 2014).

Mødrenes opplevde effekt av støtte og omsorg gikk i stor grad ut på de samme faktorene. Studien til Basak Demirtas hevder at ammeproblemer kan reduseres av helsepersonell ved å implementere en mer effektiv informasjonsmessig, emosjonell og praktisk støtte (Demirtas, 2015). Studien viste også at en overvåking av sykepleiernes gitte kvalitet på amnestøtten og forbedring innen bemanningen ville være avgjørende for mødrenes opplevelse og effekt av utøvd støtte (Demirtas, 2015). Dette fremheves også ved at tidlig amnestøtte, spesielt ukentlig telefonstøtte etter utskrivelse, økte den totale varigheten av ammingen (Fu et al., 2014). For å poengtere det ytterligere, kan dette ses i sammenheng med at mødre som avsluttet ammingen og gikk over til å fullernære barnet på morsmelkerstatning kunne oppleve å føle skyld i å ikke følge helsepersonellens anbefalinger, og flere opplevde at morsmelkerstatning ble sett på som et dårligere alternativ (Lagan et al., 2013).

Helsepersonellens oppfatning av behov og effekt av utøvd støtte og omsorg gjaldt hovedsakelig omsorg rett etter fødsel. Dette var blant resultatene i den første artikkelen, hvor personalet også la vekt på å tildele ressurser for å legge til rette for en tidsbestemt støttende ammepraksis, som å tillate hudkontakt med babyen innen 30 minutter etter fødselen, og 24-timers kontakt med babyen (Huang et al., 2016). Her kan det også suppleres med at konkurrerende prioriteringer som søvn og hvile kontra amming, inkongruente forventninger som mat- og søvnmønster og en innflytelsesrik institusjonell

struktur var tre av flere overordnede faktorer som sykepleiere hevdet påvirket den utøvde ammestøtten(Grassley et al., 2015). Her bør det også påpekes at helsepersonellet hevdet at tidspunktet for postnatal ammestøtte- og veiledning var avgjørende for å gjøre det mulig for kvinner å starte og opprettholde ammingen(McLelland et al., 2014).

Gjennom denne tematikken, kan vi i dette delkapitlet slå fast at støtte og omsorg er avgjørende for mødrenes motivasjon og ønske om å amme. Samtidig bør det påpekes at andre alternativer ikke bør snakkes ned, da dette igjen kan føre til økt skyldfølelse hos mor.

De viktigste stikkordene fra dette delkapitlet vil være informasjonsmessig og emosjonell støtte, profesjonell behandling, tett omsorg og kontakt rett etter fødsel samt at tidspunkt og lengde på støtten er avgjørende for ammingens resultat.

#### **4.4 Behov for informasjon og veiledning**

Dette delkapitlet deles i to av forskningens resultater. Som i forrige delkapittel har vi mødrenes opplevde effekt på den ene siden, mens helsepersonellets oppfatning av behov og effekt på den andre. Det interessante her, som i forrige delkapittel, er at de to sidene forsterker hverandres argumentasjon;

Mødrenes argumentasjon viser at tidlig ammestøtte, herunder også informasjon og veiledning, spesielt ukentlig telefonstøtte etter utskrivelse, økte den totale varigheten av ammingen betraktelig. I tillegg var sannsynligheten betraktelig lavere for selvvalgt ammestopp(Fu et al., 2014). Dette kan ses i sammenheng med at den tyrkiske forskningen hevdet at ammeproblemer kan reduseres av helsepersonell ved å implementere en mer effektiv informasjonsmessig og praktisk støtte(Demirtas, 2015). Dette henger også sammen med at flere deltakere hevdet at de kunne ha opprettholdt ammingen lengre dersom de hadde fått mer tid til individuell veiledning og informasjon(Hall et al., 2014). Det kom også frem av studien at tilgangen til individuell veiledning fra helsepersonell ble sett på som kritisk for å overvinne ammevansker(Hall et al., 2014). Her bør det også fremheves at flere mødre rapporterte at rådene som ble gitt gjeldende amming eller morsmelkerstatning var forvirrende da det ble gitt motstridende informasjon fra ulike ansatte blant helsepersonellet(Lagan et al, 2013). Alt i alt ønsket kvinnene mer konsekvente råd, forbedret kontinuitet fra personalet og bedre kommunikasjonsferdigheter for å forbedre oppfatningen(Lagan et al., 2013).

Helsepersonellets argumentasjon fremhever at ammeprosedyre, personalets kunnskap og veiledning i å amme, som er hhv. trinn 1, 2 og 5 av de ti trinnene til vellykket amming er av betydning. I tillegg la deltakerne vekt på å etablere en kontinuerlig ammestøtte, som igjen kan relateres opp mot undervisning og veiledning. Helsepersonellet dro også frem konkurrerende prioriteringer, inkongruente forventninger og innflytelsesrik institusjonell struktur som tematikker som påvirket ammestøtten(Huang et al., 2016; Grassley et al., 2015). Tidsperspektivet og kontinuiteten i barselomsorgen bør også poengteres, da dette kan ses i sammenheng med undervisning og veiledning relatert til amming. Deltakerne hevdet nemlig at tidspunktet for postnatal ammestøtte og -veiledning var avgjørende for å gjøre det mulig for kvinner å starte og opprettholde ammingen(McLelland et al., 2014).



Oppsummert er graden av gitt informasjon og forståelsen avgjørende for dette delkapitlet. Å forberede mødre på forestående utfordringer er avgjørende for mødrenes opprettholdelse og opplevelse av ammingen, da slike hindringer raskt kan føre til at ammingen avsluttes av bagateller som følger av for lite kunnskap.

I tillegg til informasjonen fra forskningsartiklene ønsker vi også å dra frem lovverket under dette punktet, da informasjonsgivning på sett og vis er lovpålagt. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven(1999) skal Informasjonen som gis være individuelt tilpasset og vi som helsepersonell skal så langt som mulig sikre oss at kvinnene har forstått innholdet og dens betydning. På den måten utøver vi sykepleie i tråd med lovverket(Pasient- og brukerrettighetsloven, 2022, §3-5). Informasjon gir kvinnene myndighet og mulighet til å medvirke, som også er lovpålagt da kvinnene har rett til å medvirke gjeldende gjennomføring av helse-og omsorgstjenester(Pasient-og brukerrettighetsloven, 2022, §3-1).

#### **4.5 Behov for oppfølging**

Fem av artiklene omfattet mødrenes behov for oppfølging og helsepersonellens inntrykk av dette. Artiklenes resultater er gjennomgående, og vektlegger i første omgang håndtering av amnestøttende praksis gjeldende en bestemt periode. Dette går videre inn på ammeprosedyre, svangerskapsomsorg og utreise relatert til de 10 trinnene til vellykket amming(Huang et al., 2016). Begge argumentene fremhever behovet for oppfølging, som igjen belyser betydningen av kontinuitet og kvalitet i ammepraksisen. I tillegg dras standardisert ammepraksis, bemanning og retningslinjer inn som avgjørende faktorer(Grassley et al., 2015). Vi tolker det som at en standardisering innen ammepraksisen og tilhørende retningslinjer også vil legge grunnlaget for oppfølging.

Relatert til helsepersonellens ulike roller, uttalte mødre som deltok at et viktig stikkord var deres avhengighet til helsepersonell for veiledning og deretter oppfølging. Dette for å øke deres kunnskap vedrørende utfordringer som kan forekomme på senere tidspunkt ved amming(Hall et al., 2014). Vi tolker dette punktet som helsefremmende veiledning relatert til oppfølging. I tillegg dras det frem av resultatene at tettere oppfølging vil være avgjørende i oppstartsfasen for å sikre kontinuitet i ammingen(Hall et al., 2014).

Under dette punktet kan stikkordene kontinuitet, retningslinjer og helsefremming poengteres som særdeles relevante. Dette er stikkord som også bør ses i sammenheng med de øvrige behovene.

#### **4.6 Kunnskap og forståelse fra sykepleier**

Samtlige artikler tar for seg kunnskapen og forståelsen fra sykepleiere. Igjen har vi valgt å dele opp argumentasjonen i mødrenes og helsepersonellens perspektiv for å fremheve diskusjonen.

Mødrenes behov for kunnskap og forståelse fra sykepleier gjenspeiles blant annet ved det faktum at den totale varigheten av ammingen økte betraktelig gjennom undervisende amme- og telefonstøtte(Fu et al., 2014). Vi velger å tolke dette som at sykepleiers kunnskap, åpenhet og utviste forståelse inngikk under disse punktene. Dette poengteres ytterligere i den tyrkiske studien ved at over halvparten av mødre som hadde problemer relatert til amming ikke følte seg forstått av sykepleierne(Demirtas, 2015).

Den skotske artikkelen drar frem at motstridende informasjon gjeldende amming og morsmelkerstatning skapte forvirring, samt helsepersonellens ulike holdninger til barnets ernæring, for eksempel gjeldende nettopp morsmelkerstatning (Lagan et al., 2013). Dette preget også mødrenes motivasjon i den grad at de opplevde liten forståelse, og vi velger å tolke den varierende informasjonsformidlingen som et tegn på et noe usikkert kunnskapsnivå. Med dette menes helsepersonellens ulike holdninger relatert til morsmelkerstatning.

Helsepersonellet uttalte at deres kunnskap ofte ble overkjørt av mødrenes konkurrerende prioriteringer. Et eksempel er forstyrrelser vedrørende den nyfødtes behov for amming i form av mye besøk av venner og familie (Grassley et al., 2015). Her dro i tillegg helsepersonellet inn egne forventninger til å lykkes ved ammeveiledningen, og at de ofte klandret seg selv hvis ammingen ikke fungerte (Grassley et al., 2015). Vi tolker dette som at sykepleiernes forventninger til eget kunnskapsnivå ofte overgikk realistiske mål som følger av et høyt prestasjons- og kunnskapsnivå.

De tematiske stikkordene for dette delkapitlet kan avgrenses til forskningsbasert kunnskap, forventninger, kontinuitet og timing som avgjørende faktorer.

#### **4.7 Metodisk diskusjon**

Relatert til oppgaven har mye av arbeidet bestått av hittil ukjente oppgaver for vår del; Vi hadde tilnærmet ingen kunnskap relatert til strukturerte søk, i tillegg til at vi undervurderte forarbeidet vedrørende dette. Dette har vært to faktorer som har medvirket til svakheter ved vår oppgave. I tillegg er vi første kull som studerer etter ny studieplan, som igjen har ført til at tidligere bacheloroppgaver er av mindre relevans grunnet endrede retningslinjer.

Til tross for enkelte svakheter, har vi også hatt våre styrker i arbeidet med oppgaven. For det første har vi skrevet samtlige gruppebaserte arbeidskrav og eksamener sammen gjennom studiet, til tross for en avstand på omtrent 15 mil fra hverandre. For det andre har vi til enhver tid opprettholdt interne frister oss i mellom, noe som igjen har skapt muligheter i form av uformell diskusjon og nødvendige og fortjente time-outs. Det tredje punktet vi vil dra frem som en styrke er den uendelige nysgjerrigheten, som igjen har gitt oss tips og triks på veien. Ved dette vil vi referere til Thiedemanns (2019) uformelle veiledningsbok til sykepleierstudenter, samt store mengder ettersøkt teori. Som et fjerde punkt ønsker vi også å dra frem vår forforståelse, som var tilnærmet ikke-eksisterende. Vi anser dette som en styrke at oppgaven i bunn og grunn er basert på blanke ark.

I tillegg til de fire nevnte punktene har vi fått mange tips fra kolleger, medstudenter og lærere. Dette har bestått av både formelle og skriftlige tips i form av tidligere oppgaver samt uformelle råd i form av konstruktive tilbakemeldinger. Kombinasjonen av disse faktorene og ulike sjekklister, så vel interne som eksterne, har til slutt endt med en oppgave vi kan være stolte av. Vi vil også hevde vi kan være stolte av arbeidet som ligger bak denne oppgaven, da ulike utfordringer som en estimert fødselsdato og svangerskapskvalme til enhver tid har fungert som hindringer så vel som faktorer for motivasjon.

## 4.8 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke faktorer som er avgjørende for resultatet av ammingens oppstart, med bakgrunn i sykepleiers helsefremmende, undervisende og informative rolle. Resultatet av dette skulle deretter gi oss svaret på hvordan sykepleier kan fremme en god ammestart fra barselavdelingen ved hjelp av disse funksjonene.

Det siste og avgjørende spørsmålet blir dermed hva det er vi har kommet frem til gjennom arbeidet med oppgaven. Første punkt for konklusjonen er at samtlige forskningsartikler i vår litteraturstudie viser at sammenhengen mellom praktisk og emosjonell støtte, veiledning og tilstedeværelse er avgjørende for ammingens oppstart (Huang et al., 2016; Fu et al., 2014; Demirtas, 2015; Grassley et al., 2015; Hall et al., 2014; Lagan et al., 2013; McLelland et al., 2014). I tillegg vil kvalitetssikring i form av overvåking av utøvd sykepleie gjeldende amming ha betydning for mødrenes opplevelse og effekt av sykepleiernes støtte (Demirtas, 2015).

Under innsamling av teori og fagkunnskap undret vi oss gjentatte ganger over hvorfor det ikke finnes noen form for standardisert plan gjeldende amming, men at det kun finnes anbefalinger, retningslinjer og faglige råd. De ti universelle trinnene vi har basert oppgaven på er i tillegg relativt vide definisjoner uten konkrete pekepinner for gjennomføring. Likevel har vi gjennom diskusjonen, tross begrensninger og forutsetninger, innsett at individuell støtte er vel så viktig som en standardisert plan. Her trekkes også mors individuelle motivasjon inn som blant annet påvirkes av hennes opplevelse av støtte, det å knytte bånd til babyen og selve ammingen. Dette vil igjen legge grunnlaget for å opprettholde ammingen (Hall et al., 2014).

Vår selvutnevnte konklusjon er at sykepleiers arbeid med og rundt mor og barn bør preges av både objektive og subjektive faktorer. Med dette menes at praktisk og emosjonell støtte, veiledning og tilstedeværelse er avgjørende, men at det også bør inkludere et sterkt fokus på mors egne behov. Hennes subjektive opplevelse vil uansett være preget av et av livets største endringer, så barmhjertighet, omsorg og respekt bør alltid etterstrebtes for å opprettholde verdighet og integritet hos pasienten (Gammersvik, 2020, s. 112).

Som et siste poeng ønsker vi igjen å dra inn vitenskapsteorien til Nightingale og Antonovsky. Sett fra oppgavens perspektiv er amming et komplekst fenomen, full av sammenhenger, som absolutt bør utnyttes som en ressurs!

## 5.0 Litteraturliste

**Ammehjelpen.** (u.å). *Til helsepersonell som møter ammende og nybakte mødre.* Ammehjelpen. Hentet 28. april 2023 fra <https://ammehjelpen.no/helsepersonell/>

**Dalland, O. (2020).** *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., 1. opplag). Gyldendal Akademisk.

**Demirtas, B. (2015).** Multiparous mothers: Breastfeeding support provided by nurses. *International Journal of Nursing Practice.* 21(5), 493-504.  
<https://doi.org/10.1111/ijn.12353>

**Folkehelseinstituttet. (u.å.).** *Amming og morsmelk.* I *Folkehelseinstituttet.* Hentet 15. april 2023 fra <https://www.fhi.no/ml/aming-og-morsmelk/>

**Folkehelseinstituttet. (2022, 11.mai).** *Flere mødre supplerer ammingen med tilskudd.* I *Folkehelseinstituttet.* Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2022/flere-modre-supplerer-amingen-med-tilskudd/>

**Folkehelseinstituttet. (2021, 17. desember).** *Ti trinn for vellykket amming.* I *Folkehelseinstituttet.* Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/plakat/ti-trinn-for-vellykket-aming/>

**Fu, I. C. Y., Fong, D. Y. T., Heys, M., Lee, I. L. Y., Sham, A. & Tarrant, M. (2014).** Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG: An international journal of Obstetrics & Gynaecology.* 121(13), 1673-1683. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12884>

**Gammersvik, Å. (2020).** Helsefremmende arbeid i sykepleie. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., 2. opplag, s. 112-134). Fagbokforlaget.

**Grassley, J. S., Clark, M. & Schleis, J. (2015).** An Institutional Ethnography of Nurses' Support of Breastfeeding on the Night Shift. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 44(5), 567-577.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1552-6909.12728>

**Hall, H., McLelland, G., Gilmour, C. & Cant, Robyn. (2014).** 'It's those first few weeks': Women's views about breastfeeding support in an Australian outer metropolitan region. 27(4), 259-265.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519214000602?via%3Dihub#:~:text=https%3A//doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.007>

**Helsedirektoratet. (2014).** Nasjonal retningslinje for barselomsorgen: Nytt liv og trygg barseltid for familien. I *Helsedirektoratet.* Hentet 17. april fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/)

[ygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retning%20\(gslinje%20\(fullversjon\).pdf](#)

**Helseforskningsloven. (2008).** *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>

**Helsenorge. (2020, 17.desember).** *Amming og morsmelk*. I *Helsenorge*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-ammings/amming-og-morsmelk/>

**Helsenorge. (2023, 13.januar).** *Barsel og oppfølging etter fødsel*. I *Helsenorge*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/etter-fodsels/oppfolging-etter-hjemkomst/>

**HelseNorge. (2022, 26.februar).** *Helsefordeler og ammelengde*. I *HelseNorge*. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-ammings/helsefordeler-og-ammelengde/>

**Huang, C. M., Hung, W.-S., Lai, J.-N., Kao, Y.-H., Wang, C.-L. & Guo, J.-L. (2016).** Maternity staff perspectives regarding resource demands of breastfeeding supportive practices in accordance with the Baby-Friendly Hospital Initiative accreditation: a Q methodology approach. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1301-1312. <https://doi.org/10.1111/jan.12928>

**Kristoffersen, N. J. (2019).** Helse og sykdom - utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (1. bind, 3. utg., 4. opplag, s. 29-88). Gyldendal Akademisk.

**Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2019)** Hva er sykepleie? Sykepleie - fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon* (1. bind, 3. utg., 4. opplag, s. 15-28). Gyldendal Akademisk.

**Lagan, B. M., Symon, A., Dalzell, J. & Whitford, H. (2013).** 'The midwives aren't allowed to tell you': Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture – The Feeding Your Baby Study. 30(3), 49-55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813003094?via%3Dihub#:~:text=https%3A//doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.017>

**Larsen, T. B. (2020).** Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., 2. opplag, s. 37-49). Fagbokforlaget.

**McLelland, G., Gilmour, C. & Cant, R. (2014).** Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. 31(1), 1-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613814002459?via%3Dihub#:~:text=https%3A//doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.008>

**Nylander, G. & Aasen, I. L. (2019).** Amming. I S. Holan (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (3. utg., 1. opplag, s. 221-234). Fagbokforlaget.

**Pasient- og brukerrettighetsloven. (2022).** *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999- 07-02-63). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

**Statistisk sentralbyrå. (u.å.).** *Fødte*. I *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet 14. april 2023 fra <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte>

**Sykepleien. (2022, 8. juni).** «*Ti trinn for vellykket amming*» gir bedre ammepraksis. I *Sykepleien*. Hentet fra [10.4220/Sykepleiens.2022.88255](https://www.ssykepleien.no/10.4220/Sykepleiens.2022.88255)

**Sykepleien. (2021, 20. mai).** *700 flere fødsler - advarer om jordmormangel*. I *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2021/05/700-flere-fodsler-advarer-om-jordmormangel>

**Thiedemann, I.-J. (2020).** *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg., 2. opplag). Universitetsforlaget.

## 6.0 Vedlegg

### 6.1 Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	#	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.04.2023	CINAHL og Medline	Breastfeeding	S1		77.218			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Postnatal Care	S2		16.671			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Nurse*	S3		1.076.732			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Breastfeeding AND Postnatal care AND Nurse*	S4(S1+S2+S3)	Limiters - Full Text, Abstract Available, Published Date 20130101-20231231; English Language; Peer Reviewed	59	9	8	2
25.04.2023	CINAHL og Medline	Support	S5		2,137,137			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Maternal Child Nursing	S6		10.016			
25.04.2023	CINAHL og Medline	Breastfeeding AND Support AND Maternal Child Nursing	S7(S1+S5+S6)	Limiters - Full Text, Abstract Available, Published Date 20130101-20231231; English Language; Peer Reviewed	13	3	2	1
25.04.2023	Pubmed	Breastfeeding	S1		25.531			
25.04.2023	Pubmed	Postnatal Care	S2		10.928			

25.04.2023	Pubmed	Nurse	S3		119.1 56			
25.04.2023	Pubmed	Breastfeeding AND Postnatal care AND Nurse	S4(S 1+S2 +S3)	Full text, Abstract availability, Published Date 2013- 2023 English language	104	12	7	4



## 6.2 Vedlegg 2: Sjekkliste for RCT-studier

# Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

- A: Er studien en randomisert kontrollert studie?
- B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?
- C: Hva er resultatene?
- D: Kan resultatene brukes i din praksis?
- Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis». Det er også plass til dine egne kommentarer.

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). *CASP Randomised Controlled Trials Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 27.11.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]



## Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

### 1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

### 2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

### 3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

## Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

### 4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

#### a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja –  Nei –  Uklart

#### b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja –  Nei –  Uklart

#### c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja –  Nei –  Uklart

Kommentar:

### 5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkaraktistika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

### 6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervalls) like i begge gruppene?

Kommentar:

## Del C: Hva er resultatene?

### 7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

### 8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

### 9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

## Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

### 11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

## Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

## 6.3 Vedlegg 3: Sjekkliste for kvalitative studier

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:



## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

## Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

## 6.4 Vedlegg 4: Sjekkliste for prevalensstudier, herunder blant annet tverrsnittstudier

Kritisk vurdering - prevalensstudie

### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O
<b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b>	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<b>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</b> <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O
<b>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b> <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	<b>Ja</b> O	<b>Uklart</b> O	<b>Nei</b> O

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt; 70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p><b>Ja</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b> Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	
--	--

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	Ja	Uklart	Nei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	Ja	Uklart	Nei
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

