



Hvordan kan sykepleier veilede og støtte
barselkvinnen til vellykket fullamning?

Kandidatnummer:146

VID vitenskapelige høgskole

Campus Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 8760

Dato 08.03.2019

SAMMENDRAG

PROBLEMSTILLING: Hvordan kan sykepleier veilede og støtte barselkvinnen til vellykket fullamning?

METODE: Oppgaven bygges på et litteraturstudie. Det er anvendt fem forskningsartikler, relevant teori og egne erfaringer for å belyse problemstillingen.

FUNN: De fleste kvinner ønsker å amme og har kunnskaper om morsmelkens fordeler for barnet. Kunnskap om amming, tillit til melkeproduksjonen og fars støtte er avgjørende for ammingen. Mødre ønsker individuell veiledning med utgangspunkt i egne behov.

DRØFTING/KONKLUSJON: Mødre er ofte usikre i sin nye rolle. Veiledningens hensikt er å gjøre moren i bedre stand til å klare ammingen på egen hånd. Støtten kan styrke mødres mestringsevne og trygghet. Gode kunnskaper hos sykepleiere er viktig for informasjonen som formidles og veiledningen som gis. Sykepleier skal fremme amming, samtidig respektere og støtte kvinnens valg av ernæring til barnet.

ABSTRACT

AIM: How can nurses guide and support the maternity women to success with exclusive breastfeeding?

METHOD: Based on a literature study. There have been reviewed five research articles, other relevant theory and personal experiences.

RESULTS: Most women want to breastfeed and have knowledge of the benefits for the baby. Knowledge about breastfeeding, confidence in the milk production and support from the father is essential for breastfeeding. Mothers want individual guidance based on their own needs.

DISCUSSION/CONCLUSION: Mothers are often uncertain in their new role. The guidance should make the mother able to manage breastfeeding on her own. The support is supposed to strengthen the mothers coping ability and security. Nurses knowledge is important to provide information and guidance to the mother. Nurses should promote breastfeeding, as well as respect and support the woman's choice of nutrition for the child.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Introduksjon til og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.4 Oppgavens avgrensning	3
1.5 Begrepsavklaringer	3
1.6 Oppgavens videre oppbygning	4
2 Metode	5
2.1 Beskrivelse av metode	5
2.2 Litteratursøk	5
2.3 Kort presentasjon av den valgte forskningen	7
2.4 Kildekritikk	8
3 Teori	10
3.1 Helsefordeler for mor og barn	10
3.2 Mor-barn-vennlige sykehus	10
3.3 Forutsetninger for amming	11
3.4 Den første kontakten	12
3.5 Ammeutfordringer de første dagene	12
3.6 Veiledning	13
3.6.1 Støtte	14
3.6.1 Kommunikasjon	14
3.6.2 Mestring og empowerment	15
3.6.3 Etikk, lovverk og retningslinjer	15
3.7 Presentasjon av forskningsartikler	16
4 Drøfting	19
4.1 Det første møte mellom mor og sykepleier på barselavdelingen	19
4.2 Hvilke kunnskaper trenger nybakte mødre for å lykkes med ammingen?	20
4.3 Hvordan kan sykepleiere veilede nybakte mødre?	22
4.4 Dagens barselomsorg	24
5 Konklusjon	26
6 Litteraturliste	27

1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg introdusere og begrunne bakgrunnen for valg av tema, presentere problemstilling og gjøre rede for oppgavens hensikt og sykepleiepleiefaglig relevans. Deretter kommer oppgavens avgrensning og begrepsavklaring. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av oppgavens videre oppbygning.

1.1 Introduksjon til og bakgrunn for valg av tema

Amming og morsmelksernæring fremmer helse og forbygger sykdom hos både mor og barn. Dette gjelder sykdommer som kan opptre i løpet av ammeperioden og sykdommer som kan opptre senere i livet (Hansen, 2017c). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at barnet fullammes de første seks månedene. Deretter bør barnet få næringsrike matvarer i tillegg til morsmelk til de er to år og gjerne lenger (WHO, u.å.). I en landsomfattende undersøkelse om amming og spedbarns kosthold kom det frem at 97% fikk morsmelk på føde- eller barselavdeling. De aller fleste norske kvinner ønsker å amme, men en del slutter å amme før de kanskje hadde planlagt. Det nærmeste tallet for fullamming i det første levehalvåret er ved 5,5 måneders alder, der kun 17% fullammes (Helsedirektoratet, 2014a, 2014b).

Til tross for anbefalingene fra WHO slutter en stor andel kvinner å fullamme før de første seks månedene. De vanligste utfordringene og årsakene som fører til tidlig ammeslutt, kunne ofte vært løst med oppfølging fra helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse om amming og ernæring (Helsedirektoratet, 2014b). Det er om å gjøre å etablere en god ammeperiode for både kvinnen og barnet helt fra første stund. Her har helsepersonellet en viktig rolle som veileder og støttespiller (Hansen, 2017b). En utfordring i dagens samfunn er at oppholdet på barselavdeling i gjennomsnitt er i underkant av tre døgn og melkeproduksjonen er vanligvis ikke etablert før hjemreise. Forskning viser at det er avgjørende at mor og barn gis tett oppfølging frem til ammingen er veletablert (Binnie, Reinart & Venheim, 2017; Helsedirektoratet, 2014b). I Nasjonalhandlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) er det satt mål for 2021 at 25% fullammes ved 6 måneders alder. Jeg er interessert i å undersøke hvordan dette målet kan nås ved å legge fokus på hvordan sykepleier på barselavdeling tilrettelegger for at kvinner lykkes med fullamming.

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg gjennom studiet har jobbet på barselavdeling. En av mine viktigste arbeidsoppgaver her er å gi ammeveiledning. Temaet er noe vi lærer lite om på skolen, og da jeg startet i jobben hadde jeg lite kunnskap om amming. Det som overrasket meg mest var hvor utfordrende amming er for mange kvinner. Jeg har i ettertid snakket med venninner som også blir overrasket over utfordringer som kan oppstå. Jeg erfarer at mange ikke er klar over hvor utfordrende amming kan være. Foverskov (2000) har gjort en dansk observasjonsstudie som viser at kvinner som opplever det vanskeligere å amme enn forventet, ammer kortere (gjengitt etter Sundhedsstyrelsen, 2016). Jeg ønsker å fordype meg i temaet om amming fordi dette er noe jeg ønsker å jobbe videre med og som kan gi meg mer kunnskap for å bli en bedre ammeveileder.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier veilede og støtte barselkvinnen til vellykket fullamming?»

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Oppfølgingen kvinnen får fra helsepersonell de første dagene etter fødsel er viktig. Denne tiden legger for mange kvinner grunnlaget for resten av barseltiden og nyfødtpperioden (Binnie et al., 2017). Gjennom litteratur og forskning er oppgavens hensikt å belyse sykepleierens veiledende rolle, og øke kunnskap om hvordan sykepleier som arbeider på barselavdeling kan gi veiledning og støtte som resulterer i vellykket fullamming.

Dette er relevant for sykepleiefaget fordi undervisning og veiledning regnes som en grunnleggende sykepleiefunksjon i rammeplanen for sykepleierutdanningen. Dette bidrar til læring, utvikling og mestring. Denne sykepleiefunksjonen skal bidra til å møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta egen helse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016). Amming og morsmelkernæring er forbundet med helsefremmende fordeler hos mor og barn. Det kan derfor bidra til å redusere sosiale forskjeller i helse uavhengig av sosioøkonomisk status. Norsk sykepleierforbund (NSF) omtaler i sine yrkesetiske retningslinjer sykepleierens ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2016). Dette handler om å ivareta og styrke ressurser som fremmer helse og velvære i personen selv og i hennes omgivelser (Kristoffersen et al., 2016).

1.4 Oppgavens avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til norske kvinner på barselavdeling. Oppgaven tar utgangspunkt i en frisk mor med et friskt barn født til termin. Spesielle forhold som kan påvirke ammingen som brystkirurgi er utelukket fra oppgaven. Jeg har også valgt å utelukke veiledning til kvinner som har gjennomgått keisersnitt eller født flerlinger. Ammeveiledningen tar utgangspunkt i veiledning til førstegangsfødende kvinner. Jeg tar for meg utfordringer som kan oppstå i løpet av de første dagene, fordi dette er utfordringer sykepleier på barselavdeling må kjenne til.

På grunn av oppgavens begrensinger tar jeg ikke for meg morsmelkens innhold og brystets anatomi og fysiologi. Jeg velger av samme grunn å utelukke beskrivelse av ulike ammestillinger som det kan være relevant å veilede kvinnen i. Viktigheten av fars rolle kommer ikke frem i oppgaven, da jeg i liten grad har valgt å inkludere han i veiledningen. Veiledningen og støtten gis primært til mor. Familie og nettverk er viktige forutsetninger for amming (Sundhedsstyrelsen, 2016). Disse er ikke tatt i betraktning på grunn av oppgavens omfang. Oppgaven tar ikke utgangspunkt i en spesifikk sykepleieteori. Jeg har vurdert det til at problemstillingen kan besvares på en god og relevant måte uten bruk av sykepleieteori.

1.5 Begrepsavklaringer

Amning: WHO's definisjon av amning deles inn i fullamning og delvis amning:

Fullamning: Barn som bare får morsmelk og vitaminer, mineraler og tran.

Delvis amning: Barn som får morsmelk med tillegg av all salgs drikker, morsmelkerstatning og fast føde (WHO, u.å.).

Barselavdeling: To timer etter fødsel flyttes mor og barn til barselavdelingen. I snitt er oppholdet i barselavdelinger i dag i underkant av tre døgn, med en spredning fra ett til seks-sju døgn (Binnie et al., 2017).

Barselkvinne: Barselkvinne kan brukes om en kvinne som er innlagt på en barselavdeling. Oppgaven tar utgangspunkt i frisk kvinner som har født friskt barn. I denne oppgaven vil jeg derfor omtale «pasienten» som barselkvinne, kvinne, mor og mødre.

Barseltiden: Regnes som de første seks ukene etter fødsel. I denne perioden tilbakestilles kroppen til den ikke-gravide tilstanden (Binnie et al., 2017).

Støtte: I denne oppgaven vil jeg bruke Helsedirektoratet (2014b) sin beskrivelse av støtte: Støtte innebærer å være lydhør for kvinnens ønsker og formidle kunnskap og ferdigheter.

Sykepleier: På en barselavdeling jobber det jordmødre, barnepleiere og noen ganger sykepleiere (Binnie et al., 2017). Jeg vil i denne oppgaven bruke begrepet sykepleier fordi dette er en bacheloroppgave i sykepleiefaget.

Veiledning: «En formell, relasjonell og pedagogisk istandsetting prosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2006, gjengitt etter Tveiten, 2015 s. 21).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Oppgavens videre kapiteler er metode, teori og drøfting. I metodekapittelet skal jeg beskrive valg av metode, litteratursøk og kildekritikk. I teorikapittelet presenteres litteratur, teori og forskning som er relevant for oppgaven. Deretter kommer drøftingskapittelet. Her skal problemstillingen diskuteres og belyses ut ifra dataen samlet i teorikapittelet. Oppgaven avsluttes med en kort konklusjon.

2 Metode

I dette kapittelet skal jeg beskrive oppgavens metode, fremgangsmåten for litteratursøk og en kort presentasjon av den valgte forskningen. Kapittelet avsluttes med kildekritikk av valgt forskning og litteratur.

2.1 Beskrivelse av metode

Dallan (2014) definerer metode som hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke. Vi skiller mellom *kvantitativ* og *kvalitativ* metode. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode samler inn data med mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse om samfunnet vi lever i (Dallan, 2014).

Denne oppgaven bygges på et litteraturstudie. Dette er på bakgrunn av skolens retningslinjer for oppgaven. Det som kjennetegner et litteraturstudie er at oppgaven bygges på eksisterende teori som relevant for tema og som kan svare på en bestemt problemstilling (Dallan, 2014).

2.2 Litteratursøk

For å finne aktuell forskning har jeg brukt databasene CINAHL, swemed+, PubMed og Oria. Jeg anser disse databasene som sikre og troverdige ettersom skolen anbefaler disse. Jeg gikk inn på databasene via biblioteket på VID sine nettsider for å få tilgang til flere artikler. Søkeordene jeg har brukt er *breastfeeding* (amming), *support* (støtte), *experiences* (opplevelser), *midwife* (jordmor) og *midwives* (jordmødre). Søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner ved bruk av AND. Kombinasjonen av søkeordene presenteres skjematisk senere i oppgaven. For å avgrense søkene valgte jeg forskning innfor 2009-2019 og krysset av for «full text», «läs online» eller «free full text». Utvelgelsesstrategien jeg brukte startet med at jeg leste overskrifter. Dersom overskriften virket relevante for problemstillingen valgte jeg å lese sammendraget. Virket artikkelen fortsatt relevant leste jeg hele artikkelen. Ved bruk av denne metoden endte jeg til slutt med tre artikler.

For å finne frem til artikkelen “*Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service- related correlates of cessation of full breast-*

feeding” benyttet jeg meg av Ammehjelpen. Ammehjelpen er en frivillig organisasjon som skal gi mor og barn den hjelp og støtte de trenger i ammeperioden (Ammehjelpen, 2010). Jeg gikk via linken «forskning». Der leste jeg tittelen «Hva påvirker hvor lenge mødre fullammer». Dette virket relevant for oppgaven. Jeg leste derfor sammendraget og deretter hele artikkelen. Jeg har også brukt en annen tilnærming for å finne studien til Alquist (2006). Jeg har sett denne studien har blitt brukt i tidligere bacheloroppgaver om samme tema. Studien hadde flere funn som jeg anser som relevant til å besvare min problemstilling. Jeg søkte derfor studien opp i Oria via skolen bibliotek, med tittelen på studie som søkeord.

Jeg ønsket å finne forskning som kunne si noe om ammeveiledning og støtte fra både helsepersonell og mødre sitt perspektiv. Dette er relevant for å kunne si noe om hvordan mødre opplever å motta veiledning, og hva som påvirker hvordan helsepersonell opplever å gi veiledning til kvinner. Forskningen jeg har valgt sier noe ammeveiledning fra begge parter perspektiv. Jeg var også interessert i å vite hva som er årsak eller som har betydning for at kvinner slutter å amme. Dette anser jeg som relevant til å svare på problemstillingen, fordi årsaker til at ammingen ikke lykkes er viktig for helsepersonell å være klar over.

Database	Søkeord	Treff	Relevante treff	Tittel på utvalg	Forfatter	År
CINAHL	Breastfeeding AND Support AND Midwife	69	5	<i>Midwives experience of helping women struggling to breastfeed</i>	Lawton & Robinson	2016
Swemed+	Breastfeeding AND Support	10	1	<i>Stressfylt amming og samspill</i>	Hvatum, Hjälmhult & Glavin	2014
Pubmed	Breastfeeding AND Experiences	34	1	<i>Two sides of breastfeeding support:</i>	Bäckström, Wahn & Ekström	2010

	AND Midwives			<i>experiences of women and midwives</i>		
Amme- hjelpen	Forskning	19	2	<i>Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding</i>	Häggkvist, Brantsæter, Grjibovski, Helsing, Meltzer & Haugen	2010
Oria	Mødre som strever med amming	2	1	<i>Mødre som strever med amming</i>	Alquist	2006

2.3 Kort presentasjon av den valgte forskningen

Artikkel 1:

Midwives experience of helping women struggling to breastfeed (Lawton & Robinson, 2016). Hensikten med studien var å undersøke jordmødres erfaringer med å hjelpe kvinner som sliter med å amme. Metoden som ble brukt var en kvalitativ intervjustudie. Fem jordmødre ble intervjuet. Studien ble gjennomført i Sør-Øst i England.

Artikkel 2:

Stressfylt amming og samspill (Hvatum, Hjälmhult & Glavin, 2014). Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan mødre opplever stressfylt amming og erfarer sitt samspill med barnet. Det ble gjennomført 12 individuelle intervjuer som videre ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Artikkel 3:

Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives (Bäckström, Wahn & Ekström, 2010). Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners opplevelse og refleksjon rundt det å motta ammeveiledning og jordmødrenes opplevelse og refleksjon om å gi ammeveiledning. En kvalitativ metode, med innholdsanalyse var metoden for studien. Ni mødre og fire jordmødre deltok. Utvalget er fra intervjuer med kvinner og jordmødre som hadde erfaring med amming. Forskningen er gjort i sørvestlig fylke i Sverige i 2003-2004.

Artikkel 4:

Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service- related correlates of cessation of full breast-feeding (Häggkvist, Brantsæter, Grjibovski, Helsing, Meltzer & Haugen, 2010). Hensikten med studien var å undersøke forekomsten av både fullamming og delvis amming i løpet av de første 6 månedene, og for å studere sammenhengen mellom risikofaktorer i helsetjenester og å avslutte fullamming før de første 6 månedene som er anbefalt. 29 621 norske kvinner er inkludert i studien. Metode som ble brukt er kohortstudie med retrospektive spørreskjemaer.

Artikkel 5:

Mødre som strever med amming (Alquist, 2006). Hensikten med studien var å se om tett oppfølging og veiledning økte varighet av amming, og å få kunnskap om mødres opplevelse av ammeproblemer, og ammeveiledning i praksisfeltet. Studien var en deskriptiv, retrospektiv undersøkelse. Totalt 207 mødre fikk utdelt et spørreskjema med 37 spørsmål. Informantene var alle norsktalende mødre.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere de kildene som er benyttet i oppgaven. Hensikten er å gi et innblikk i hvilken relevans og gyldighet kildene har i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland, 2014).

Jeg har brukt litteratur fra fagbøker, forskningsartikler og retningslinjer innenfor feltet for å belyse min problemstilling. Fagbøkene jeg har valgt er pensumlitteratur for sykepleiere og jordmødre. Disse anses derfor som pålitelige kilder. En svakhet ved oppgaven er at jeg har brukt noe sekundærkilder hentet fra «Amming- en håndbok for helsepersonell». Bruk av

sekundærkilder kan ha medført feiltolkning som overføres til min oppgave. Jeg anser likevel kildene som holdbare og troverdige fordi de er hentet fra fagbok.

For å kunne presentere så ny forskning som mulig har jeg forsøkt å benytte meg av forskning utgitt de siste ti årene. Jeg har likevel valgt å inkludere studie til Alquist som ble utgitt i 2006. Studien belyser mødres opplevelse og erfaringer med ammeveiledningen som ble gitt på barselavdelingen og synspunkter på hva som kunne ha endret opplevelsen. Dette anser jeg som sentralt til å belyse min problemstilling. Utvalget inkluderer mødre som hadde fått veiledning og oppfølging på grunn av ammeproblemer. Noen mødre har også gjennomgått keisersnitt. Jeg tar derfor forbehold om at alle opplevelser og erfaringer ikke er direkte overførbare til min oppgave. En svakhet er at studien er av eldre forskning. Jeg tar derfor forbehold om at nyere forskning og utvikling av helsepersonalets kompetanse kan ha endret praksisen for ammeveiledning de siste årene.

Studiene jeg har benyttet er gjennomført i Norge, Sverige og England. Forskingen fra Sverige anses som direkte overførbare til norsk forhold. Dette grunnet liknende helsevesen. Jeg stiller meg kritisk til den direkte overførbareheten til studien gjennomført i England. Dette fordi sykehuset jobbet for et Baby-Friendly- Hospital på tiden studie ble gjennomført. I dag fødes 90% av norske barn på et mor-barn-vennlig sykehus (Hansen, 2017b). Jeg velger likevel å benytte meg av forskningen fordi den belyser jordmors opplevelse med å hjelpe kvinner med ammeutfordringer. Tre av fem forskningsartikler er skrevet på engelsk. Jeg tar derfor forbehold for at mine engelskferdighet kan være en svakhet i oppgaven. Det kan ha påvirkning på min tolkning og oversettelse av teksten. En svakhet ved flere av artiklene er lite utvalg deltakere. To av artiklene er skrevet med utgangspunkt i jordmor sin opplevelse og erfaringer. Det har vært vanskelig å finne litteratur som sier noe om sykepleiers erfaring med amming. Derfor har jeg inkludert forskning som involverer jordmor som profesjon. Jeg ser likevel på artiklene som relevante for oppgaven. En sykepleier på barselavdeling bør ha samme kompetanse som jordmor når det gjelder amming.

3 Teori

I dette kapitlet vil jeg først ta for meg temaer som omhandler amming. Videre vil jeg ta for meg sykepleierens pedagogiske funksjon i veiledning. I veiledningsprosessen har jeg inkludert kommunikasjon, mestring, empowerment, etikk, lovverk og retningslinjer. Til slutt presenteres valgte forskningsartikler.

3.1 Helsefordeler for mor og barn

Amming og morsmelkernæring har en rekke helsefordeler for både mor og barn. Ved å begynne å amme så snart som mulig etter fødsel vil den umiddelbare effekten være at oksytocinutskillelsen stimuleres slikt at livmoren kontraheres. Dette reduserer faren for postpartumblødning. Amming kan ha en slankende effekt. De fleste kvinner som fullammer og ikke slanker seg, vil gå ned i vekt etter noen måneder. Risikoen for brystkreft og utvikling av diabetes type 2 og revmatoid artritt reduseres. Reduksjonen av risikoen øker med ammelengden. Amming kan også beskytte mot visse typer kreft i eggstokker og livmor. Den første tiden etter fødsel kan amming ha en god prevensjonseffekt. Amming har også en effekt på mors mentale helse. Velfungerende amming har vist å heve stemningsleie hos deprimerte barselkvinner (Hansen, 2017c).

Den første melken mor produserer kalles kolostrum. Denne melken har en gunstig effekt på modningen av barnets tarm og immunsystem. Den beskytter også barnet mot en rekke sykdomsfremkallende mikrober. Morsmelken beskytter mot mage-tarm-infeksjoner, øvre og nedre luftveisinfeksjon og ørebetennelse. Det er også vist at barn som er ernært med morsmelk har bedre effekt på noen vaksiner. Morsmelk beskytter mot astma og reduserer risiko for allergisk rhinitt og eksem hos barn. Amming kan redusere risiko for fedme i barndommen og muligens i voksen alder. Barn som har fått morsmelk har lavere forekomst av diabetes type 1 og sannsynligvis lavere risiko for å utvikle diabetes type 2 senere i livet (Hansen, 2017c).

3.2 Mor-barn-vennlige sykehus

Et mor-barn-vennlig sykehus innfrir kravene i WHO/UNICEFs ti trinn for vellykket amming. Disse trinnene fremmer amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn på føde-/barselavdeling. Dette er enkle, grunnleggende og konkrete prinsipper som skal gi en positiv start og etablering av ammingen (Hansen, 2017b).

Kort fortalt innebærer kravene at det skal foreligge en ammeprosedyre og en opplæringsplan. Dette skal sikre gode ammekunnskaper hos personalet og legge til rette for ensartet ammeveiledning (Sundhedsstyrelsen, 2016). Kvinnene skal få informasjon om fordelene ved amming og hva de kan gjøre for å lykkes. Det skal legges til rette for uforstyrret hudkontakt i minst én time eller til den første ammingen har funnet sted. Mødre skal gjøres oppmerksomme på tidlig tegn til sult/sugebehov hos barnet og oppmuntres til amming etter behov. Mor og barn skal ha anledning til å være sammen hele døgnet. Bruk av annen form for ernæring eller drikke enn morsmelk frarådes, med mindre det er medisinsk grunn til det. Det samme gjelder bruk av smøkk og flaske, i alle fall frem til ammingen er veletablert og mor har rikelig med melk. Ti trinn for vellykket amming skal også bidra til en helhetlig tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdeling og helsestasjonen. Mødre skal informeres om Ammehjelpen (Hansen, 2017b).

3.3 Forutsetninger for amming

Mange faktorer har innvirkning på om en kvinne bestemmer seg for å amme. Helsepersonellets viktigste oppgaver er å formidle informasjon til mødre, slik at de selv kan velge det som er riktig for dem og støtte mødrene i deres valg av ernæring (Sundhedsstyrelsen, 2016). De viktigste faktorene som har innvirkning på om kvinnen begynner å amme er:

1. Begge foreldrene ønsker at barnet skal ammes. Nordiske fedre er generelt positive til amming. Forskning viser at fars kunnskaper og holdninger spiller en avgjørende rolle for ammingen. Kvinner ammer lenger dersom de opplever at mennene syntes det er viktig at de ammer, og dersom far har fått kunnskap om amming (Sundhedsstyrelsen, 2016).
2. Tillit til at kvinnen kan produsere nøyaktig den melken barnet har behov for. Barnet kan trygt få kun morsmelk de første 6 månedene. Problemer med melkeproduksjonen oppstår ofte på grunn av usikkerhet om barnet får nok melk. Denne usikkerheten fører ofte til at mødre gir morsmelkerstatning. Bekymring for å ha for lite melk er ofte årsaken til å avslutte amming tidligere enn planlagt (Sundhedsstyrelsen, 2016).

3. Tilstrekkelig kunnskap om amming. Kvinner som vet mye om amming, ammer lenger. Samme studie viser at kvinner vet mye om fordelene ved å amme, men lite om hva som skal til for å lykkes (Sundhedsstyrelsen, 2016).

3.4 Den første kontakten

Et frisk, fullbåret barn har en medfødt evne til å finne fram til og ta godt tak på brystet hvis det legges hud mot hud med mor rett etter fødselen. Dette forutsetter at barnet får lov til å bli der uforstyrret i minst én time eller til første ammingen har funnet sted. Ofte er nyfødte barn svært våkne og oppmerksomme i de første timene. Hvis moren utnytter barnets oppmerksomhet og støtter opp under dets naturlige evne til å finne brystet, øker sannsynligheten for at barnet etablerer god sugeteknikk helt fra start (Sundhedsstyrelsen, 2016). Det lukter, slikker, smaker og prøver å gape over brystknoppen. Ofte må gjentatte forsøk til før den nyfødte klarer å få godt tak på brystet. Allerede ved første amming må helsepersonell observere at barnet har et godt sugetak. Det er stor variasjon i hvor lang tid det tar før barnet er klart til å suge. De fleste fullbårne barn som ikke er påvirket av legemidler tar brystet i løpet av en halv til to timer. Barn som ikke har tatt brystet i løpet av denne perioden skal følges nøye opp (Hansen, 2017b). Mor og barn bør da få anledning til å «starte på nytt». Dette innebærer å stimulere barnets medfødte evne til å finne og få godt tak på brystet ved å la mor og barn gjennomgå samme prosess som rett etter fødsel (Sundhedsstyrelsen, 2016).

3.5 Ammeutfordringer de første dagene

De vanligste ammeutfordringene tre dager etter fødsel er vansker med å få barnet til å ta brystet, smerter ved amming og for lite melk (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Barnet tar ikke brystet skikkelig

En av de vanligste utfordringene på barsel er vansker med å få barnet til å ta brystet. Dette kan skyldes spent bryst eller store, flate eller lite tøyelige brystknopper. Dersom barnet har blitt lagt til før det selv var klar for det, eller hvis ammingen av en eller annen grunn har vært en ubehagelig opplevelse kan barnet avvise brystet. Dette problemet kan ofte løses ved at mor og barn «starter på nytt» (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Ømme og såre brystknopper

I løpet av de første ti dagene etter fødsel med en topp mellom dag 3 og 6, opplever mange kvinner problemer med ømme brystknopper. Dette kan skyldes at brystet må venne seg til ammingen. Brystvevet strekkes når barnet tar et godt sugetak rundt brystknoppen og areola. Dersom smerter i brystknoppene under amming ikke tas på alvor, kan sår og sprekker oppstå. Dette kan være en inngangsport for bakterier. Dårlig sugetak og ammestilling er de vanligste årsakene til såre brystknopper (Hansen, 2017a). Problemet kan ofte løses ved et godt sugetak og en avslappet mor som tilbyr brystet ofte (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Liten melkeproduksjon

Svært få kvinner har anatomiske og fysiologiske grunner til å produsere for lite melk. Dette problemet har ofte en sammenheng med informasjon, veiledning og oppfølging mor har fått når det gjelder å etablere og opprettholde melkeproduksjonen (Sundhedsstyrelsen, 2016). Den vanligste grunnen til at mor har lite melk er at barnet ikke blir lagt til ofte nok og lenge nok. Antall brystmåltid og varighet begrenses vanligvis ikke. Barnet bør få minst 8 måltider i døgnet. Det er viktig å avklare om melkeproduksjonen er for liten på tross av optimal amming eller om grunnen er dårlig ammekunnskap og at barnet ikke tømmer brystet tilfredsstillende. Moren kan få opplevelse av at hun har for lite melk dersom barnet krever hyppig måltider, selv om barnet gjennom hyppige måltider får i seg nok (Hansen, 2017a).

3.6 Veiledning

I følge Tveiten (2015) er målet med veiledning å styrke personens egne ressurser og bidra til at personen mestrer eget liv. Hovedformen i veiledningen er dialogen mellom veileder og den som veiledes. Dialogen er sentrert mot den som veiledes og veiledningen tar utgangspunkt i personens behovet slik det fremkommer i samtalen. Veiledningen kan derfor ikke planlegges på forhånd (Tveiten, 2015). Det kan være relevant å informere, undervise og gi råd i veiledningsprosessen (Tveiten, 2008).

Det første møtet har betydning for om fokuspersonen får tillit til veilederen. Å oppleve å bli sett, hørt, tatt på alvor og å ha veileders oppmerksomhet har betydning for tilliten. For at partene skal bli kjent kan en samtale innebære spørsmål om hvordan pasienten opplever sin situasjon, om hva han eller hun er opptatt av og har behov for. Om man lytter aktivt kan denne første samtale legge til rette for tillit. Sykepleierens oppførsel og hvordan vi

fremstår overfor andre mennesker har betydning for pasientens tillit. Evnen til å forstå andre mennesker situasjon og erfaringer er ofte avgjørende for om pasienten opplever seg ivaretatt av sykepleieren (Kristoffersen et al., 2016). At partene i et veiledningsforhold blir kjent med hverandre kan skape trygghet (Tveiten, 2008). Det er viktig at veileder bruker tid på å etablere en trygg og anerkjennende relasjon før selve veiledningen begynner (Kristoffersen, 2016). For å skape en relasjon med et annet menneske innebærer dette at vi selv påvirkes av situasjonen til den andre personen. Ved følelsesmessig påvirkning av den andre personen situasjon har betydning for hvordan vi forstår personen (Kristoffersen et al., 2016).

Et utgangspunkt for ammeveiledningen kan være å observere ammingen og stille konkrete spørsmål (Hansen, 2017a). Ammeveiledningen bør gis muntlig slik at mor opplever at hun legger til barnet selv. Dette er en «Hands Off Technique» som gir mulighet for å forklare og begrunne ting underveis. Dette gjør moren i bedre stand til å klare ammingen på egen hånd. Noen ganger kan det være nødvendig å gi moren aktiv hjelp. Det bør unngås å berøre brystet og barnet så langt det er mulig for å ikke trække over morens grenser (Sundhedsstyrelsen, 2016).

3.6.1 Støtte

Støtte som metode kan brukes i kombinasjon med veiledning (Kristoffersen, 2016). Helsedirektoratet (2014b) anbefaler individuell støtte med ammeveiledningen. Dette innebærer at sykepleier lytter til kvinnens ønsker og formidler kunnskap og ferdighet slik at hun kan ta et informert valg om hun vil fortsette eller avslutte ammingen. Sykepleieren gir støtte ved oppmuntring og hjelp. Dette reduseres risikoen for at kvinnen skal feile og mislykkes. Støtte kan brukes i situasjoner som kan være nye, ukjente og utrygge og mangel på motivasjon og tro på sine egne evner til å mestre den. Sykepleier kan gi støtte ved sitt nærvær, blick eller verbal oppmuntring (Kristoffersen, 2016). Støtten er spesielt viktig frem til kvinnen mestrer ammingen, men også videre i ammeperioden. Støtten kan styrke mødres mestringssevne og trygghet (Helsedirektoratet, 2014b).

3.6.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er selve kjernen i veiledning. Grunnlaget for god kommunikasjon er evnen til å lytte. Å lytte kan innebære at man er aktiv overfor det man hører og forholder

seg til det som sies (Tveiten, 2015). Dette kan gjøres ved bruk av bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon er responderende og formidler at man ser, lytter og forstår. Nonverbalt kan dette gjøres ved et nikk, et smil, et blick eller et «mm». Bekreftende kommunikasjon kan også innebære å oppmuntre den andre til å snakke videre. Å gi anerkjennelse er å gi et positivt ladet utsagn som bekrefter at den andre gjør noe bra. Dette vil normalt virke støttende og bekreftende og gi et umiddelbart løft i selvfølelsen. Det å bli lyttet til og at noen lever seg inn i hva vi føler og tenker oppleves godt og styrker også selvfølelsen. Trygghet og tillit skapes gjennom bekreftende kommunikasjon. Dette kan være avgjørende for å bygge en god relasjon (Eide & Eide, 2016).

3.6.2 Mestring og empowerment

«Mestring handler om å ha tilgang på ressurser som kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og evnen til å bruke disse ressursene» (Tveiten, 2015, s. 65). Evnen til å utføre en handling er ofte forbundet med mestring. Det er meningsfullt å fokusere på mestring når hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon er at individet utvikler seg, lærer og øker sin livskvalitet (Tveiten 2008). Sykepleieren kan bidra til mestring ved å være praktisk hjelper, ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte. En samtale kan bidra til et realistisk bilde av hva som bør gjøres, og hva som kan oppnås på kortere eller lenger sikt (Eide & Eide, 2016).

Veiledning er en metode som legger til rette for medvirkning (Tveiten 2008). Sykepleieren bør legge til rette for at individet selv mestrer med utgangspunkt i og med vektlegging av egne ressurser og mulighet for medvirkning. Dette kalles empowerment og handler om evnen til å ta kontroll over det som påvirker ens eget liv. Å bli bevisst egne ressurser og muligheter er sentralt i veiledningen (Tveiten, 2008, 2015).

3.6.3 Etikk, lovverk og retningslinjer

Autonomi handler om retten til å bli informert og til å velge selv. Autonomiprinsippet gir pasienten juridiske rettigheter. Pasientens rett til medvirkning og rett til informasjon er nedfelt i loven (Brinchmann, 2016). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskrives sykepleierens ansvar for å ivareta pasientens medbestemmelse. Medvirkning i gjennomføring av helsehjelpen forutsetter at pasienten får nødvendig informasjon. «Sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi

tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (NSF, 2016).

Retningslinjer for barselomsorgen forslår at kvinner som ønsker å amme, enten får være på barselavdelingen inntil ammingen fungerer tilfredsstillende og barnet ernæres med morsmelk. Eventuelt kan barselavdelingen forsikre seg om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjonen. Oppholdet bør være langt nok til å imøtekomme individuelle behov og til at det er mulig å kartlegge tidlige ammeproblemer (Helsedirektoratet, 2014b). I gjennomsnitt er oppholdet i barselavdelingen i underkant av tre døgn, med en spredning fra ett til seks-sju døgn (Binne et al., 2017).

3.7 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1

Midwives experience of helping women struggling to breastfeed (Lawton & Robinson, 2016). Hensikten med studien var å undersøke jordmødres erfaringer med å hjelpe kvinner som sliter med å amme. I denne studien beskrev alle jordmødrene at mangel på tid førte til at de ikke fikk brukt den tiden de følte var nødvendig med ammende mødre. Dette førte til bekymringer for at de ikke kunne sikre at kvinnene fikk den beste omsorgen. Noe som hadde en negativ innvirkning på støtten. Til tross for liten tid viste studien at støtte til ammende kvinner hadde en følelsesmessig påvirkning på jordmødrene. Jordmødrene hadde særlig empati for kvinnene med ammeproblemer. Samlet sett var jordmødrene i denne studien overbevist om at de kunne løse de fleste ammeproblemene, dersom det var nok tid til rådighet.

Artikkel 2

Stressfylt amming og samspill (Hvatum, Hjälmhult & Glavin, 2014). Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner opplever stressfylt amming og erfarer sitt samspill med barnet. Mødrene i studien ønsket å amme og de fleste trodde de ville mestre ammingen. Motivasjonsskilder for amming som ble oppgitt var å forebygge sykdom, skape en god relasjon til barnet, tilpasse seg den norske kulturen og at det er et naturlig fenomen. Mange mødre opplevde et tidspress med å skulle prestere på sykehuset og at det var en selvfølge å skulle amme. Å bli spurt om de ønsker å amme opplevdes som positivt og selvbestemmende.

Når ammingen av ulike årsaker ikke fungerte, opplevde de at dette gikk utover samspillet med barnet. Mødrene ønsket forståelse og kunnskap fra helsepersonell i denne situasjonen og individuell og tilpasset veiledning. Å få aksept fra helsepersonell ble poengtert som spesielt viktig. Mødrene opplevde trygghet og tilfredshet når de fikk informasjon om morsmelkerstatning og flaskemating som et alternativ. Dette reduserte stresset i måltidsituasjonen og bedret samspillet mellom mor og barn. Dette kan bety at helsepersonell ikke bør legge press på mødre i ammesituasjonen, men være sensitive, gi mor støtte og åpne opp for alternativer.

Artikkel 3

Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives (Bäckström, Wahn & Ekström, 2010). Hensikten med studien var å undersøke kvinners opplevelse og refleksjon rundt det å motta ammeveiledning og jordmødrenes opplevelse og refleksjon om å gi ammeveiledning.

Kvinnene i studien ønsket å bli sett på som unike individer av helsepersonellet. Dersom helsepersonellet tok utgangspunkt i kvinnens behov, fikk hun en opplevelse av at veiledningen var basert på henne som individ. Kvinnene var usikre på sin ammekompetanse, og ønsket derfor bekreftelse fra helsepersonalet på om ammingen så riktig ut. Denne bekreftelsen forbedret selvtilliten deres. Kvinnene nevnte at de følte seg tryggere da helsepersonell var tilstede under ammingen. Dersom kvinnene opplevde manglede bekreftelse og at hun ikke ble støttet som individ, oppsto en følelse av usikkerhet. Jordmødrene beskrev at de justerte ammeveiledning etter behovene til den enkelte kvinne. Jordmødrene understrekte også betydningen av å ta tid til å lytte til den enkelte kvinnens ønsker og behov for å gi tilstrekkelig ammeveiledning.

Kvinnene uttrykte usikkerhet når de skulle lære å amme. Usikkerheten økte da helsepersonell ga ulike råd og informasjon. Kvinnene mente at alt helsepersonell burde bruke samme metode for å gi veiledning. Jordmødre understrekte også at det er viktig med kontinuitet. For å få kontinuitet uttalte jordmødrene at det er viktig å basere veiledningen og støtten på WHO's prinsipper i ti trinn for vellykket amming.

Artikkel 4

Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service- related correlates of cessation of full breast-feeding. (Häggkvist, Brantsæter,

Grjibovski, Helsing, Meltzer & Haugen, 2010). Hensikten med studien var å undersøke forekomsten av både fullamming og delvis amming i løpet av de første 6 månedene, og å studere sammenhengen mellom risikofaktorer i helsetjenester og å avslutte fullamming før de første 6 månedene som er anbefalt. Til tross for at en stor andel begynner å amme, rapporterte svært få mødre fullamming ved 6 måneder. En risikofaktor som ble assosiert med å avslutte fullammingen i løpet av den første måneden var tilførsel av vann, sukkervann eller morsmelkerstatning i løpet av den første uken. Det ble også observert som risikofaktor hos de som avsluttet fullamming mellom 1 og 3 måneder. Dette tyder på at barn som får vann, sukkervann eller morsmelkerstatning den første uken bør være en indikasjon for å gi mødrene ekstra støtte og oppfølging under sykehusoppholdet og etter hjemreise.

Artikkel 5

Mødre som strever med amming (Alquist, 2006). Hensikten med studien var å se om tett oppfølging og veiledning økte varighet av amming, og å få kunnskap om mødres opplevelse av ammeproblemer og ammeveiledning i praksisfeltet. I møte med føde-/barselavdeling la noen kvinner vekt på hvor viktig det var å få god veiledning fra det første måltidet slik at mor og barn fikk en god start. Hjelpen mødre ønsket var observasjon under et måltid med konkrete råd der og da. Det var også ønskelig at veiledningen var rettet mot den enkeltes behov basert på kunnskap. Mødrene savnet kontinuitet i oppfølgingen og opplevelsen av at personalet hadde dårlig tid skapte uro og stress hos kvinnene i veiledningssituasjonen. Bruk av morsmelkerstatning tidlig i forløpet var en markør for kortere varighet av amming. Å få kunnskap, veiledning og oppfølging av helsepersonell med kompetanse, økte selvfølelsen og motiverte dem til å fortsette å amme. Kunnskapen om morsmelkens betydning for barnet og å få vite at mange strevde var også viktig motivasjon.

4 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg ved hjelp av litteratur, forskning og egne erfaringer drøfte problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleier veilede og støtte barselkvinnen til å lykkes med fullamming?*».

4.1 Det første møte mellom mor og sykepleier på barselavdelingen

Det første møtet har betydning for om barselkvinnen får tillit til sykepleieren. Hvordan sykepleieren oppfører seg og fremstår overfor kvinnen har betydning for tilliten. Det er derfor viktig at kvinnen opplever å ha sykepleierens oppmerksomhet og at hun blir sett, hørt og tatt på alvor i det første møte (Kristoffersen et al., 2016).

Når kvinnen overflyttes til barselavdelingen, kan en individuell vurdering og samtale om kvinnen og barnets behov danne grunnlaget for oppholdet. Det gir også mulighet for å kartlegge muligheter for mestring og forutsetninger for å amme (Helsedirektoratet, 2014b). Sykepleieren kan bruke denne samtalen til å bli kjent med barselkvinnen ved å stille åpne spørsmål om hvordan hun opplever sin situasjon, hva hun er opptatt av og hvilke behov hun har (Tveiten, 2008). Her kan sykepleieren stille spørsmål om kvinnen ønsker å amme. Mødre opplever det positivt og selvbestemmende å bli spurt om de ønsker å amme (Hvatum et al., 2014). Mødre savnet hjelp og informasjon om amming like etter fødsel, men også gjennom hele oppholdet på barselavdelingen (Alquist, 2006). Forskning og litteratur legger vekt på at god veiledning ved første amming er viktig for å få en god start (Alquist, 2006; Hansen, 2017b). Sykepleieren kan derfor spørre om den første ammingen har funnet sted. I ti trinn for vellykket amming skal det tilrettelegges for hud mot hud kontakt til første amming har funnet sted eller i minst én time (Hansen, 2017b). Barn som fikk sitt første måltid innen to timer etter fødsel hadde høyere forekomst av fullamming ved fire måneders alder (Alquist, 2006). Dersom barnet ikke har tatt brystet i løpet denne perioden skal følges nøye opp. Dette kan kartlegge morens behov for videre oppfølging og veiledning. Noen ganger kan barnet avvise brystet dersom det har blitt lagt til brystet før det var klar. Da kan det være nødvendig å stimulere barnets evne til å finne frem til brystet ved å «starte på nytt» (Sundhedsstyrelsen, 2016). Ved bruk av bekreftende kommunikasjon i samtalen kan sykepleieren legge til rette for at det skapes trygghet og tillit, noe som kan være avgjørende for å bygge en god relasjon (Eide & Eide, 2016).

Litteraturen beskriver relasjonen som et viktig utgangspunkt for veiledningen. Derfor må sykepleieren bruke tid på å skape en trygg og anerkjennende relasjon til barselkvinnen. Dette innebærer at sykepleieren selv påvirkes av situasjonen til kvinnen. Følelsesmessig påvirkning har betydning for hvordan vi forstår personen (Kristoffersen, 2016; Tveiten, 2015). I studien til Lawton & Robinson (2016) uttrykte jordmødrene at ammeveiledning hadde en følelsesmessig påvirkning på de, spesielt kvinner som hadde problemer med ammingen. Den følelsesmessige påvirkningen har betydning for hvordan sykepleier forstår barselkvinnen (Kristoffersen et al., 2016).

4.2 Hvilke kunnskaper trenger nybakte mødre for å lykkes med ammingen?

Kvinner vet mye om fordelene ved å amme, men lite om hva som skal til for å lykkes. En forutsetning for å lykkes med ammingen er at mødre har tilstrekkelig med kunnskap (Sundhedsstyrelsen, 2016). I veiledningsprosessen kan det være relevant å informere, undervise og gi råd. Undervisningen og informasjonen som gis skal bidra til at mor mestrer sin nye rolle som forelder (Helsedirektoratet, 2014b). En samtale som danner et realistisk bilde av hva som skal til for å lykkes med ammingen kan bidra til mestring (Eide & Eide, 2016). Mødre er ofte usikre og engstelige i sine nye roller og når amming skal læres. I studien til Bäckström et al. (2010) uttrykte mødre at usikkerheten økte da helsepersonell ga ulike råd og informasjon. De ønsket at jordmødrene brukte samme metode for veiledningen. Jordmødrene uttrykte viktigheten av å basere veiledningen på WHO sine ti trinn for vellykket amming. Hvilke kunnskaper som formidles til mødre er avhengig av personalets kunnskaper. Gode ammekunnskaper og ensartet ammeveiledning skal sikres med felles ammeprosedyre og opplæringsplan (Hansen, 2017b). Dette skal bidra til at personale gir samme ammeveiledningen og informasjon til mødre. Konkret og saklig informasjon tilpasset mor, kan bidra til trygghet og sikkerhet (Helsedirektoratet, 2014b).

Jeg erfarer at de fleste mødre i dag har kunnskap om morsmelkens helsefordeler for barnet og at dette er en viktig motivasjonsfaktor for å amme. Dette bekrefter studien til Hvatum et al. (2014) og Alquist (2006). Kunnskapen har vist seg å være spesielt viktig for å komme gjennom problematiske perioder. Melken har blant annet en gunstig effekt på modningen av barnets tarm og immunsystem. Det beskytter også barnet mot en rekke sykdomsfremkallende mikrober (Hansen, 2017c). Amming har også positive helsefordeler for mor. Derimot oppleves ikke disse fordelene som like viktige faktorer for å amme.

Ingen av studiene nevner helefordelene for mor som en motivasjonsfaktor. Dette kan bety at det lite kunnskap om dette. Sykepleier bør derfor informerer om de mange positive helsefordelene som mor kan oppleve, slik at dette kan være en motivasjonsfaktor for ammingen. På kort sikt vil tidlig start på ammingen redusere faren for postpartumblødning. På lang sikt kan amming blant annet redusere risikoen for å utvikle brystkreft og diabetes type 2. Ammingen har også effekt på mors mentale helse og velfungerende amming har vist å heve stemningsleie hos deprimerte barselkvinner (Hansen, 2017c).

En annen viktig faktor for å lykkes med ammingen er at kvinnen har tillit til at hun kan produsere nøyaktig den mengden melk som barnet trenger. Ved å gi informasjon og støtte til mor kan tilliten til melkeproduksjonen bygges opp. Sykepleier gjør mor tidlig oppmerksom på at melken produseres ut ifra etterspørselen til barnet (Sundhedsstyrelsen, 2016). Videre bør mor gjøres oppmerksom på tidlig tegn til sult hos barnet og at barnet legges til brystet så lenge det vil og så ofte det vil slik at melkeproduksjonen stimuleres og opprettholdes (Hansen, 2017a). Et vanlig problem på barselavdelingen er at moren har lite melk. Det skyldes ofte at barnet ikke har blitt lagt til ofte nok og lenge nok. Hyppig og effektiv tømning av brystet er helt nødvendig for å holde melkeproduksjonen i gang og øke den. Sykepleier kan evaluere om melkeproduksjonen er liten til tross for optimal amming med et frisk og sugevillig barn eller om grunnen er dårlig ammekunnskap og veiledning slik at barnet ikke tømmer brystet tilfredsstillende (Hansen, 2017a). Melkeproduksjonen er vanligvis ikke etablert før mor reiser hjem fra barselavdelingen. Det er avgjørende at mor og barn får tett oppfølging frem til ammingen er veletablert, enten de befinner seg på sykehus eller i hjemmet (Helsedirektoratet, 2014b).

WHO fraråder bruk av annen ernæring eller drikke enn morsmelk for å lykkes med ammingen (Hansen, 2017b). Funnene i studien til Häggkvist et al. (2010) og Alquist (2006) støtter frarådingen av annen ernæring og drikke enn morsmelk. Bruk av morsmelkerstatning, vann eller sukkervann tidlig i forløpet ble sett på som risikofaktorer for å avslutte fullamming. Derfor bør det gis ekstra støtte og oppfølging både på sykehuset og etter hjemreise til barn som har fått annen ernæring i løpet av den første uken. Barn kan trygt få kun morsmelk de første seks månedene. Mors mangel på tillit til at hun kan produsere den melken barnet trenger, gir usikkerhet og kan føre til at hun gir barnet morsmelkerstatning. Ofte er dette årsaken til at problemer med melkeproduksjonen oppstår. Dette er fordi etterspørselen etter melken blir forstyrret og dermed produserer

moren mindre melk enn det barnet trenger (Sundhedsstyrelsen, 2016). Dette belyser igjen hvor viktig det å støtte og bygge opp tilliten for å mestre ammingen. Dette er avgjørende for det videre forløpet. At sykepleier gir ros og omtanke for mor og barn, bygger opp selvtilliten og motivasjonen til å amme (Alquist, 2006).

En forutsetning for å starte med amming er at dette er noe begge foreldrene ønsker. At fedre har kunnskaper om amming og deres holdninger påvirker hvor lenge mødre ammer (Sundhedsstyrelsen, 2016). Fars betydning for ammingen kommer også frem i Alquist (2006) sin studie. I studien kom det frem at fedre hadde stor betydning for mødre i forhold til å holde motivasjonen oppe. Fedre bør derfor involveres aktivt i samtale og veiledning om amming slik at han kan motivere kvinnen til å fortsette ammingen i utfordrende perioder (Sundhedsstyrelsen, 2016).

4.3 Hvordan kan sykepleiere veilede nybakte mødre?

Grunnlaget for barseltiden og nyfødtp perioden legges for mange kvinner i løpet av de første dagene etter fødsel. Derfor er oppfølgingen kvinnen får avgjørende (Binnie et al., 2017). For å gi ammeveiledning stiller dette krav til at sykepleieren har kunnskaper om hva veiledning innebærer. Forskning og litteratur er enige om at innholdet i veiledningen tar utgangspunkt i kvinnen som enkelt individ og hennes behov (Alquist 2006; Bäckström et al., 2010; Hansen, 2017a; Tveiten, 2015). Dette gir kvinnen mulighet til å medvirke. Ved praktisk hjelp kan sykepleier bidra til å styrke kvinnens mestringsfølelse (Eide & Eide, 2016).

Kvinnene i studien til Bäckström et al. (2010) oppga at veiledning opplevdes som basert på henne som individ dersom helsepersonellet tok utgangspunkt i hennes behov. Også jordmødrene i studien understrekte betydningen av å ta seg tid til å lytte til den enkelte kvinnens ønsker og behov for å gi tilstrekkelig ammeveiledning. Ved bruk av dialog kan sykepleieren kartlegge behovet for veiledning (Kristoffersen, 2016). Dette stiller krav til at sykepleieren er åpen og lyttende. Ved å stille utdypende spørsmål og oppmuntre kvinnen til å snakke oppleves godt og kan styrke kvinnens selvfølelse (Eide & Eide, 2016). Sykepleieren kan stille åpne spørsmål for å identifisere hvilket behov kvinnen har for veiledning, hvilke kunnskaper hun har fra før og hvilke kunnskaper hun trenger (Tveiten, 2015). For å fremme læring er det avgjørende at det som skal læres oppleves som

meningsfylt og at man ser sammenheng mellom egen situasjon og det som skal læres (Tveiten, 2008).

Jeg opplever barselavdelingen som travel avdeling der det er mange hensyn som skal tas og behov som skal tilpasses. I studien til Lawton & Robinson (2016) beskrev alle jordmødrene at mangel på tid førte til at de ikke fikk brukt den tiden de følte var nødvendig med kvinnene som ønsket å amme. Dette førte til bekymringer for at de ikke kunne sikre at kvinnene fikk den beste omsorgen. Dette har en negativ innvirkning på støtten.

Opplevelsen av at personalet hadde dårlig tid skapte uro og stress hos kvinnene i veiledningssituasjonen (Alquist, 2006). Mødre følte også på et press om å skulle prestere (Hvatum et al, 2014). For å fremme læring er det viktig at det er ro i situasjonen. Dette belyser viktigheten av at sykepleier fremstår rolig, tar seg tid, lytter for at veiledningen skal lykkes (Tveiten, 2008). Med nok tid til rådighet mente jordmødrene i studien til Lawton & Robinson (2016) at de kunne løse de fleste ammeproblemer.

Konkret veiledning i hvordan barnet legges til og hvordan barnet får et godt sugetak er veiledningen som mødrene ønsket (Alquist, 2006). Ved bruk av «Hands Off Technique» gir sykepleieren muntlig veiledning slik at kvinnen gjøres i bedre stand til å klare ammingen på egenhånd. Dette gir økt ammekompetanse og færre problemer med ammingen etter utskrivelse fra sykehuset. Sykepleier kan illustrere ammestillinger ved hjelp av en dukke slik at det blir enklere for moren å forstå det som blir sagt (Sundhedsstyrelsen, 2016). At sykepleier observerte ammingen og ga konkrete råd der og da var ønskelig (Alquist, 2006). Dette kan gjøre at kvinnen føler seg tryggere (Bäckström et al., 2010). Ved observasjon av ammingen kan sykepleier evaluere barnets sugetak og ammestilling. Dette kan forhindre at moren får såre brystknopper. Feil sugetak og dårlig ammestilling er de vanligste årsakene til at mødre blir såre. Ved bruk av den muntlige veiledning kan sykepleier korrigere sugetaket eller ammestillingen. Samtidig er det viktig å informere om at brystene må vennes til denne nye belastningen og derfor er det normalt å oppleve ømme brystknopper i starten (Hansen, 2017a).

Noen ganger er det nødvendig med en hjelpende hånd. At helsepersonell aktivt hekket barnet på mors bryst ble opplevd som voldsom, smertefullt eller krenkende (Alquist, 2006). Det er derfor viktig å spørre om moren ønsker aktiv hjelp. Sykepleier bør overtar så lite som mulig. Ved aktiv hjelp kan mor holde barn og bryst samtidig, og sykepleier kan

hjelpe med å føre barnet til brystet ved å holde ytterst på mors arm. Dette gir mor direkte fysisk kontakt med barnet. Ved at moren støtter barnets nakke, unngås at barnet reagerer ved trekke seg bort og avvise brystet (Sundhedsstyrelse, 2016). Barn som blir presset til mors bryst på en mekanisk og hardhendt måte oppleves som respektløst (Alquist, 2006).

I studien til Bäckström et al. (2010) ønsket kvinnene bekreftelse på at ammingen så riktig ut. Dette forbedret selvtilliten deres. Dersom kvinnen opplevde manglende bekreftelse og at hun ikke blir støttet som individ, oppstod en følelse av usikkerhet. Også kritisk blikk fra helsepersonell ved observasjon under amming opplevdes belastende (Alquist, 2006). Dette vil være u hensiktsmessig for veiledningen, der målet er å styrke kvinnens ressurser og tro på mestringssevne. Nybakte mødre er usikre i sine nye roller, derfor bør hovedfokuset til sykepleier være å styrke og støtte mødre til å få tro på seg selv og at tillit til at dette er noe de vil klare (Tveiten, 2015). Det er derfor viktig at sykepleier er oppmerksom på bruk av kroppsspråk og blikk. Ved å støtte kvinne kan hun få den nødvendige tryggheten og styrke motivasjonen for å gjennomføre ammingen. Støtte kan gis ved at sykepleier er tilstede og observerer ammingen, gir ros, oppmuntring eller hjelp. Dette kan bidra til å styrke kvinnens opplevelse av mestrings (Kristoffersen, 2016; Eide & Eide, 2016).

I følge Tveiten (2015) er mestrings ofte forbundet med evnen til å utføre en handling. Gjennom å formidle kunnskap og gi ammeveiledning er målet å skape trygge mødre som har tro og tillit til at de får til ammingen og at barnet får den melken den trenger. Sykepleieren bør legge til rette for at kvinnen deltar aktivt i veiledningen med mulighet for medvirkning til å finne svar selv, slik at mestrings kan oppstå. Kvinnens opplevelse av mestrings kan styrke selvtilliten for videre amming. Dersom kvinnene opplever at det er noe de ikke mestrer skapes en stressfylt situasjon, og kvinnen avslutter ammingen før de hadde planlagt (Hvatum et al., 2014).

4.4 Dagens barselomsorg

Retningslinjene for barselomsorgen anbefaler at mødre får være på avdelingen til ammingen er velfungerende eller sikres tilstrekkelig oppfølging ved hjemmebesøk og helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2014b). Kvinnene bør gjøres oppmerksomme på utfordringer som kan oppstå når de kommer hjem. Kvinner som er forberedt på problemer som kan oppstå ammer lenger enn andre (Sundhedsstyrelsen, 2016). I forskningen anser

mødrene det som naturlig å amme og at dette er det beste for barnet, men de er ikke forberedt på problemer som kan oppstå eller at dette er noe de ikke vil mestre (Hvatum et al., 2014). Mødre opplever det som motiverende å vite at mange strever (Alquist, 2006). Hvem mødre kan kontakte og hvordan de kan få oppfølging bør informeres om før hjemreise (Helsedirektoratet, 2014b). Sykepleieren informerer også om Ammehjelpen.

En utfordring for barselomsorgen er kort liggetid på sykehuset. Oppholdet er normalt i underkant av tre døgn (Binnie et al., 2017). Kort tid for sykepleieren til å skape relasjonen til barselkvinnen kan ha betydning for veiledningen som gis, da det er relasjonen som gir grunnlaget for veiledningen (Kristoffersen, 2016). Samtidig må barselkvinnen forholde seg til forskjellige ansatte i løpet av oppholdet. Mødrene savnet kontinuitet i oppfølgingen. Å ha mange «hjelpere» opplevdes som forstyrrende for mor og barn (Alquist, 2006). Dette belyser viktigheten av gode ammekunnskaper og en ensartet ammeveiledning for å trygge barselkvinnen (Hansen, 2017b).

Oppgaven tar utgangspunkt i hvordan kvinner kan lykkes med ammingen. Jeg føler likevel jeg må nevne at det ikke alltid lykkes, til tross for en god start, veiledningen og oppfølging. Dette kan være et nederlag for mange kvinner. I denne situasjonen ønsket kvinnen forståelse og kunnskap fra helsepersonell og individuell og tilpasset veiledning. Ammeslutt førte til en bedre kontakt med barnet, fordi det reduserte stresset i måltidssituasjonen. Dette viser hvor viktig det er at sykepleier ikke legger press på mødre i ammesituasjoner, men gir støtte og åpner opp for alternativer (Hvatum et al., 2014). Å gi støtte til mødre for alternative løsninger virket positivt (Alquist, 2006). Noen av kvinnene uttrykte negative opplevelser fra helsepersonell ved barselavdelinger og helsestasjon i forhold til å avslutte ammingen (Alquist, 2006). Det er viktig at sykepleieren respekterer kvinnens autonomi (Brinchmann, 2016). Sykepleieren har ansvar for å ivareta pasientens medbestemmelse og skal derfor gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og sikre at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Dette skal sikre at barselkvinnen selv skal kunne velge det som er riktig for seg. Sykepleiere skal støtte kvinnen i hennes beslutning (Helsedirektoratet, 2014b).

5 Konklusjon

Jeg ønsket med denne oppgaven å undersøke hvordan sykepleier kan veilede og støtte nybakte mødre på barselavdeling til fullamming. Dette med utgangspunkt i hvordan målet i Nasjonalhandlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) kan nås.

Forskningen og litteraturen viser at det er mange faktorer som påvirker om kvinnen lykkes med ammingen. Relasjonen mellom sykepleier og barselkvinnen er avgjørende for veiledningen, og det første møte har betydning for kvinnens tillit til sykepleieren. For å få en god start er ammeveiledning og informasjon er viktig helt fra første amming finner sted. Mødres tillit til melkeproduksjonen spesielt viktig for å lykkes med ammingen. Tillit til melkeproduksjonen er avgjørende for at barnet ikke gis morsmelkerstatning. Forskning fraråder bruk av morsmelkerstatning for å lykkes med fullamming.

Det stilles også krav til at sykepleier har gode kunnskaper om amming og veiledning. Veiledningen tar utgangspunkt i kvinnens behov og ønsker. Sykepleier fokuserer på å gjøre moren i stand til å klare ammingen på egen hånd. Derfor skal kvinnen delta aktivt i veiledningen. Til tross for utfordringer med travel avdeling og kort sykehusopphold, er det desto viktigere at sykepleieren fremstår som trygg, rolig og anerkjennende. Sykepleier skal fremme ammingen og morsmelkens helsefordelen, og samtidig være åpne opp for alternativer. Kvinnen skal oppleve støtte fra sykepleier uansett hvilken form for ernæring hun velger å ernære barnet med.

Oppgaven belyser viktige poenger for at kvinnen skal lykkes med amming. Dette har gjort meg tryggere på min ammekompetanse, og har også gitt meg innblikk i hvordan kvinner opplever veiledningen de får barselavdelingen.

6 Litteraturliste

- Alquist, R. (2006). *Mødre som strever med amming*. (Mastergradsavhandling, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap). Hentet fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:730987/FULLTEXT01.pdf>
- Ammehjelpen (2010). Om ammehjelpen. Hentet fra: <https://ammehjelpen.no/om-ammehjelpen>
- Binnie, E. S., Reinar, L. M., & Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka- Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bäckström, C. A., Wahn, E. I. H., & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*. doi: <https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20>
- Dallan, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, M. N. (2017a). Ammeveiledning. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka- Ansvar, funksjon og arbeidsmåte*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hansen, M. N. (2017b). Mor-barn-vennelige sykehus. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka- ansvar, funksjon og arbeidsområder*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hansen, M. N. (2017c). Morsmelkens sammensetning. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka- Ansvar, funksjon og arbeidsmåte*. Oslo: Cappelen Damm

Akademisk.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Helsedirektoratet (2014a). *Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/273/Amming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013-IS-2239.pdf>
- Helsedirektoratet (2014b). *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen: Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Hvatum, I., Hjälmhult, E., Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien forskning*, 9(1), 14-23. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0019
- Häggkvist, A.-P., Brantsæter, A. L., Grijbovski, A. M., Helsing, E., Meltzer, H. M., & Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service- related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*. Hentet fra:
[https://ammehjelpen.no/upload/2010/08/12/Haggkvist_BF_MoBaPHN2010\[1\].pdf](https://ammehjelpen.no/upload/2010/08/12/Haggkvist_BF_MoBaPHN2010[1].pdf)
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lawton, K. & Robinson, A. (2016). Midwives experience of helping women struggling to breastfeed. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 248-253. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no/10.12968/bjom.2016.24.4.248>
- Norsk Sykepleierforbund. (23.05.2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Amming- En håndbok for helsepersonell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2015). *Veiledning- mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO. (2001). The World Health Organization's infant feeding recommendation. Hentet fra: https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/
- WHO. (u.å.). Breastfeeding: Hentet fra: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/