

Ammehistorien

Kjernen i ammeveiledningen

Kandidatnummer: 834 & 865
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8944

Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

«Om amming sees på som en kvinnes **rettighet**
i stedet for en kvinnes **plikt**,
så løftes ansvaret av skuldrene hennes.»

(Palmér et al., 2021, oversettelse av Ammehjelpen, 2022)

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel: Ammehistorien: Kjernen i ammeveiledningen	
<p><u>Innledning:</u> I tråd med WHO anbefaler norske myndigheter at barn fullammes de første seks månedene. De fleste norske kvinner begynner å amme, men mange slutter før de hadde planlagt. Samtidig er det en negativ trend på fullamming ved seks måneders alder i Norge. Mangel på oppfølging og ammeveiledning på barselavdeling, samt kort liggetid, medfører at mange kvinner reiser hjem før ammingen er etablert. Sykepleierens veiledende funksjon er sentral ved ammeveiledning på barselavdeling. Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan kvinners unike ammehistorier kan bidra til å styrke ammeveiledningen sykepleiere gir på barselavdeling.</p> <p><u>Metode:</u> Det ble utført en generell litteraturstudie, med strukturerte søk i CINAHL og Idunn. Søkeordene ble basert på meningsbærende enheter i problemstillingen, og “breast feeding”, “breast feeding promotion”, “mothers”, “women”, “qualitative studies”, “exploratory research” og “Scandinavia” ble anvendt. Søket ble avgrenset til publikasjoner etter 2010, samt engelsk eller norsk språk. Søket i CINAHL resulterte i 28 artikler, hvor fire ble inkludert. Søket i Idunn resulterte i 21 artikler, hvor én artikkel ble inkludert. Utvelgelsen ble basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p><u>Resultat:</u> Hovedfunnene viser at individualisert omsorg var viktig for å tilpasse ammeveiledningen til kvinnenes behov. Kunnskapsbasert og praktisk veiledning ble verdsatt, men motstridende råd og helsepersonellens tilnærming kunne oppleves som problematisk og frustrerende. Kontinuitet og oppfølging var mangelfull, og helsepersonellens tilgjengelighet var begrenset, noe som hindret dannelsen av en tillitsbasert relasjon. Kvinnene hadde behov for bekreftelse av morsrollen, og kunne føle på ammepress.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Problemstillingen og funnene vurderes i lys av hovedelementene i Palmér og Gustafssons teoretiske omsorgsmodell, og diskuteres opp mot teori, sykepleiefaglige rammer og øvrig litteratur. Det diskuteres hvordan kvinners erfaringer kan bidra til å styrke sykepleierens ammeveiledning på norske barselavdelinger, samt hvordan sykepleieren gjennom elementene i den teoretiske omsorgsmodellen, kan legge til rette for en omsorgsfull ammeveiledning som tar hensyn til kvinnenes unike ammehistorie.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Kontekst og sykepleiefaglig relevans	1
1.2	Problemstilling og hensikt	3
1.3	Avgrensninger og presiseringer av problemstilling	3
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Helsefordeler ved amming og morsmelk	4
2.2	Mor-barn-vennlig standard	5
2.3	Ammeveiledning	8
2.4	Teoretisk omsorgsmodell for kvinner med ammeutfordringer	9
2.5	Sykepleiefaglige rammer.....	13
2.5.1	Lovverk	13
2.5.2	Etikk	13
2.5.3	Faglige retningslinjer.....	14
3	Metode	15
3.1	Generell litteraturstudie	15
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	15
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur.....	18
4	Resultater	20
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	20
4.2	Syntese av resultatene	22
5	Diskusjon.....	23
5.1	Resultatdiskusjon.....	23
5.1.1	Kulturell kontekst og situasjon.....	23
5.1.2	En genuin omsorgsrelasjon	24
5.1.3	Kroppslig visdom	27
5.1.4	Skape en beroligende atmosfære	29
5.2	Metodediskusjon	32
5.2.1	Litteratursøk	32
5.2.2	Utvelgelse av artikler.....	33
5.2.3	Styrker og svakheter ved inkluderte artikler	33
6	Konklusjon.....	35
	Referanseliste	36
	Vedlegg	

1 Innledning

I tråd med Verdens helseorganisasjon anbefaler norske myndigheter at barn fullammes de første seks månedene (Helsedirektoratet, 2014; WHO, 2021). Amming er forbundet med redusert risiko for en rekke sykdommer for både mor og barn, men på tross av dette slutter en stor andel kvinner å amme før de hadde planlagt (Helsedirektoratet, 2014). Norge har en sterk ammekultur (Hansen, 2017b, s. 697), der de fleste norske kvinner har et ønske om å amme, og begynner å amme barnet sitt fra fødselen av (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 13-14). Likevel viser nyere statistikk en negativ trend på fullamming ved seks måneders alder i Norge (Revheim et al., 2023). Forskning indikerer at tett oppfølging av mor og barn er kritisk for å etablere amming, og at ammeveiledning kan ha en viktig innvirkning på hvorvidt kvinner oppnår mestringstro ved amming (Gavine et al., 2022). Flere kvinner på norske barselavdelinger opplever imidlertid å få utilstrekkelig oppfølging, og rapporterer hovedsakelig om utfordringer knyttet til amming og ammeveiledning (Sjetne, 2018).

1.1 Kontekst og sykepleiefaglig relevans

I Norge er det et helsepolitisk mål å støtte, fremme og øke forekomsten av amming (Helsedirektoratet, 2014). Likevel ser det ut til at barselomsorgen blir nedprioritert og er mindre organisert enn svangerskaps- og fødselsomsorgen, blant annet gjennom innskrenkninger i liggetiden på barselavdeling (Helsedirektoratet, 2020). Opphold på barselavdeling er som regel 1-3 dager, som medfører at mor og barn ofte reiser hjem fra sykehuset før mor opplever at hun mestrer ammesituasjonen (Helsedirektoratet, 2014). Dette tydeliggjøres gjennom den økende etterspørselen av Ammehjelpens frivillige tjenester (Helsedirektoratet, 2020). I en nasjonal undersøkelse fremkom det at flere norske kvinner uttrykte behov for å være lenger på barselavdelingen, men grunnet dårlig oppfølging og opplevelser av motstridende og forvirrende råd, ammepress, og tiltak som skapte frustrasjon og følelse av mislykkethet ved ammeutfordringer, var det et bedre alternativ å reise hjem (Sjetne, 2018). Særlig den første tiden er kritisk for det videre forløpet, og det er viktig at både mor og hennes partner gis støtte og veiledning inntil ammingen er etablert (Gavine et al., 2022). Utfordringer knyttet til amming kan i mange tilfeller løses med bedre oppfølging og ammeveiledning fra helsepersonell med tilstrekkelig fagkompetanse om amming, morsmelk og veiledning (Leeming et al., 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 21; Wong et al., 2021).

Ifølge Løland et al. (2020) oppstår de fleste ammeproblemer i de første ukene etter fødsel, og samtidig ser man at mødre som forlater barselavdeling med problemfri amming ofte kan regne med et ukomplisert ammeforløp. På grunn av den korte liggetiden på barselavdeling, må det være økt fokus på opplæring og kunnskap om ammeveiledning blant helsepersonell for å optimalisere ammeveiledningen (Løland et al., 2020). Videre medfører dagens jordmormangel at flere jordmødre blir flyttet fra barsel- til fødeavdelingene (Helsedirektoratet, 2020; Jordmorforbundet NSF, 2020). En konsekvens av dette er at jordmødrene på barselavdeling blir erstattet av sykepleiere, som ikke har fått nødvendig kompetanse til å håndtere pasientgruppen ved barselavdeling, gjennom grunnutdannelsen og ved opplæring (Jordmorforbundet NSF, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 86). Bowdler et al. (2022) viser i sin studie at sykepleierstudenter opplever å ha utilstrekkelig kunnskap om ammeveiledning og at de ikke føler seg forberedt på å støtte ammende kvinner på barselavdeling. Sykepleierens veiledende funksjon er et viktig verktøy i forbindelse med helsefremming, sykdomsforebygging og lindring av lidelse (Haugan & Rannestad, 2018, s. 136; Kristoffersen, 2021, s. 266; Tveiten, 2018, s. 246-247), som alle er viktige aspekter ved amming (Nylander & Aasen, 2019, s. 223-224). Ammeveiledning skaper derfor et økt behov for veiledningskompetanse hos sykepleieren, samt kunnskap om amming og morsmelk, for å imøtekomme kvinnen og barnets unike behov (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 21).

Tiden etter fødsel markerer en stor omstillingsprosess, med hormonelle svingninger, kroppslige endringer og ny livssituasjon, som kan oppleves både overveldende og forvirrende for de nye foreldrene (Holan & Hansen, 2019, s. 199; Venheim, 2017, s. 604). Denne tiden preges også av økt sårbarhet og følsomhet hos både mor og partner, som bidrar til å forstå barnets signaler og behov gjennom tilknytning (Helsedirektoratet, 2014; Venheim, 2017, s. 605). Barseltårer er et eksempel på en vanlig reaksjon som kan oppstå de første dagene etter fødsel, og oppleves av 50-80% av alle mødre (Glavin, 2019, s. 240). Barseltårer innbefatter en midlertidig emosjonell ustabilitet, hvor kvinnen opplever svingende humør og milde depressive symptomer (Glavin, 2019, s. 240). Disse symptomene toppe seg rundt fjerde dag etter fødsel, og på grunn av kort liggetid på barselavdeling kan dette skje etter utskrivelse (Gaudernack & Reinart, 2017, s. 626). Derfor må sykepleieren være bevisst på at foreldrene kan ha behov for informasjon under barseloppholdet om emosjonelle reaksjoner som kan oppstå etter fødsel, samt sørger for kontinuitet i oppfølgingen gjennom den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivelse (Glavin, 2019, s. 240).

1.2 Problemstilling og hensikt

Problemstillingen som søkes besvart i denne oppgaven er:

Hvilke erfaringer har kvinner med ammeveiledning?

Oppgaven har til hensikt å bruke forskningslitteratur for å undersøke kvinners erfaringer med ammeveiledning, for å belyse hvordan deres unike ammehistorier kan bidra til å styrke ammeveiledningen sykepleiere gir på barselavdeling. Oppgaven forsøker å bidra til økt forståelse og kunnskap om hvordan sykepleiere på norske barselavdelinger kan optimalisere og individuelt tilpasse ammeveiledningen.

1.3 Avgrensninger og presiseringer av problemstilling

Denne oppgaven ser på kvinners erfaringer med amming i lys av begrepet “ammehistorie”. Ut fra Palmér og Gustafsson (2021) sin teoretiske omsorgsmodell, defineres ammehistorie som “kvinnens personlige fortelling om betydningen av amming, hennes erfaringer, mål og ønsker” (Palmér & Gustafsson, 2021, s. 54). Begrepene kvinne og mor, samt barn og spedbarn vil anvendes om hverandre. Oppgaven inkluderer ammende kvinners erfaringer med ammeveiledning de første månedene etter fødsel, men ikke erfaringer som fokuserer på kvinnens eller barnets sykdom ved amming. Oppgaven inkluderer kvinners erfaringer i kontekster med overførbarhet til norske barselavdelinger.

2 Bakgrunn

Oppgavens bakgrunn er etablert med utgangspunkt i sentrale elementer og definisjoner fra teorien som belyser og underbygger problemstillingen. I det følgende vil faglig anerkjent kunnskap knyttet til amming, morsmelk og ammeveiledning fremstilles for å gi en helhetlig forståelse av oppgavens fokusområde. Videre vil ammeveiledning beskrives i lys av Mor-barnvennlig standard (MBV); *Ti trinn til vellykket amming*, og det blir gjort rede for Palmér og Gustafssons (2021) teoretiske omsorgsmodell for kvinner med ammeutfordringer, som setter rammene for senere diskusjon. De sykepleiefaglige rammene, som legger grunnlaget for yrkesutøvelsen, presenteres avslutningsvis i dette bakgrunnskapittelet.

2.1 Helsefordeler ved amming og morsmelk

WHO anbefaler fullamming de første seks månedene, samt fortsettelse av amming til barnet er to år eller lengre (WHO, 2021). Fullamming defineres som at barnet kun får morsmelk, uten tillegg av væske eller føde, heller ikke vann, med unntak av vitaminer, mineraler eller medikamenter (WHO, 2021). Dette er i tråd med nasjonal faglig retningslinje for spedbarns-ernæring som anbefaler at barnet bør få så mye morsmelk som mulig de første seks månedene, da morsmelk anses som den beste næringen for spedbarnet (Helsedirektoratet, 2021a). Morsmelk og amming utgjør en betydelig helsefaktor, både på individnivå og i et folkehelseperspektiv (Gavine et al., 2022; Victora et al., 2016). Morsmelk betraktes som optimal ernæring for spedbarnet og legger grunnlaget for optimal vekst og utvikling (Ballard & Morrow, 2013; Helsedirektoratet, 2021a; Victora et al., 2016). Morsmelken er skreddersydd mødrenes egne barn, og den har en beskyttende effekt mot sykdommer, både på kort og lang sikt (Hansen, 2017c, s. 710-713; Nylander & Aasen, 2019, s. 223-224; Victora et al., 2016). I tillegg inneholder morsmelk flere immunologiske komponenter, som aktivt bidrar til å beskytte barnet mot infeksjoner, og den fremmer utviklingen av barnets immunsystem (Ballard & Morrow, 2013; Gidrewicz & Fenton, 2014; Hansen, 2017c, s. 710-713; Nylander & Aasen, 2019, s. 223). En systematisk oversikt av Hörnell et al. (2013) evaluerte kort- og langtidseffekter av morsmelkernæring med et nordisk perspektiv, der funnene støtter sterkt opp under flere helsefordeler, både for den fysiske og psykiske helsen til mor og barn.

For barn viser overbevisende dokumentasjon at morsmelk og amming beskytter mot overvekt, akutt mellomørebetennelse, mage- og tarminfeksjoner, og nedre luftveisinfeksjoner (Hörnell et

al., 2013; Kramer & Kakuma, 2012; Patel & Patel, 2016; Victora et al., 2016). Amming har også vist seg å gi beskyttelse mot krybbedød, spesielt ved fullamming (Hauck et al., 2011; Thompson et al., 2017). For mor kan amming redusere risikoen for bryst- og eggstokkreft, samt diabetes type 2 (Hörnell et al., 2013; Kramer & Kakuma, 2012; Nordic Council of Ministers, 2012). Amming kan også ha positive effekter på kvinnens mentale helse ved å forbedre stemningsleiet, redusere stress og angst (Dennis & McQueen, 2009; Victora et al., 2016). Vellykket amming, og særlig fullamming, har vist seg å være en av de få faktorene som kan forbedre stemningsleiet og søvnkvaliteten hos kvinner som opplever depresjon etter fødselen (Dennis & McQueen, 2009; Haga et al., 2012; Hubner-Liebermann et al., 2012; Kendall-Tackett et al., 2013; Victora et al., 2016). Helsefordelene understreker viktigheten av amming som en helsepraksis som ikke bare gir fordeler for spedbarn, men også for ammende mødre.

2.2 Mor-barn-vennlig standard

Høy forekomst av morsmelkerstatning over flere år resulterte i en verdensomspennende mistro til morsmelkens kvalitet, samt kvinners mestringsevne og kunnskap om amming. Det var et stort behov for økt kunnskap om ammeveiledning hos helsepersonell, for å imøtekomme utfordringene knyttet til amming (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 14). Det medførte at WHO og The United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF) i 1991 lanserte "The Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI) (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 14). Initiativet skulle bidra til å øke forekomsten av amming, samt skape tidlig nærkontakt mellom mor og barn, både ved føde- og barselavdelinger (WHO, 2018b). Initiativet har vist seg å være et viktig tiltak for å fremme, beskytte og støtte amming på verdensbasis (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 15). Som en del av dette initiativet ble det utviklet *Ti trinn for vellykket amming* (Tabell 1), som skal bidra til å sikre kunnskap hos helsepersonell, samt enhetlig ammeveiledning (WHO, 2018b). I 1993 ble BFHI lansert i Norge, under navnet Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI) (FHI, 2022). *Ti trinn for vellykket amming* danner grunnlaget for å bli godkjent som et Mor-barn-vennlig sykehus (FHI, 2022). Effekten av MBVI er godt dokumentert, og er blitt en kvalitetsstandard som forventes i det norske helsevesenet, under navnet mor-barn-vennlig standard (MBV) (FHI, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 15).

Tabell 1: Mor-barn-vennlig standard (MBV): *Ti trinn for vellykket amming* (revidert 2018), basert på fullversjonen og tilpasset oppgavens omfang (WHO, 2018/2019).

Trinn	Administrativt ansvar
1a	Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling.
1b	Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre, for å sikre at pasienten mottar kunnskapsbasert veiledning og at personalet gir ensartet informasjon.
1c	Etablere kontinuerlig evaluering av Mor-barn-vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem, for å kunne følge med på egen praksis.
2	Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming.
	Klinisk praksis
3	Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til. Alle gravide kvinner må få grunnleggende informasjon om amming for å kunne gjøre et informert valg. Dette innebærer informasjon om: <ul style="list-style-type: none"> ◇ Fordelene ved amming, for mor og barn ◇ Retningslinje for spedbarnsernæring og risiko ved å gi morsmelkerstatning uten medisinsk grunn ◇ Betydningen av umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud-kontakt ◇ Betydningen av tidlig oppstart av amming ◇ Betydningen av å være sammen 24 timer i døgnet ◇ Grunnleggende kunnskap om ammestilling og sugetak ◇ Kjenne til tidlige tegn på sult fra barnet ◇ Følelsen av å ikke produsere nok melk, og hvordan man håndterer dette
4	Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud-mot-hud-kontakt og støtte mødre i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen. <ul style="list-style-type: none"> ◇ Hud-mot-hud-kontakt betyr at barnet legges nakent med forsiden mot mors mage/bryst. ◇ Både umiddelbar og fortsatt hud-mot-hud-kontakt er viktig for en god ammestart. ◇ Tidlig diing eller utmelking stimulerer melkeproduksjonen. ◇ Mange mødre slutter å amme tidlig fordi de tror de ikke har nok melk. Derfor er tidlig etablering av melkeproduksjon viktig for å lykkes med amming.

5	Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige amme-problemer. Mødre skal få praktisk støtte som gjør dem i stand til å etablere og opprettholde amming og til å håndtere vanlige amme-problemer. Det innebærer å gi emosjonell og motiverende støtte, gi informasjon og veiledning som gjør mødrene i stand til å etablere en velfungerende amming. Barseloppholdet er en unik mulighet til å diskutere og hjelpe mor med spørsmål eller problemer relatert til amming, og til å styrke hennes tro til egen evne til å kunne amme.
6	Ikke gi morsmelkernærte nyfødte annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det, da det forstyrrer etablering av melkeproduksjonen.
7	Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet. Når mor og barn er sammen dag og natt (Rooming-in), er det lett for mor å lære og gjenkjenne tidlige tegn på sult og svare på dem. Dette vil legge til rette for å etablere amming. Dette innebærer en praksis som gjør mor i stand til å amme så ofte og så lenge som hennes barn trenger det.
8	Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult. Amming innebærer å gjenkjenne og svare på spedbarnets tegn på sult og når det er klart for å die. Det er viktig at mødrene har kunnskap om at gråt er et sent tegn på sult, og at det er vanskeligere å få til et godt sugetak og finne en god ammestilling når barnet er sultent og gråter. Mødrene skal bli veiledet i å praktisere amming etter barnets behov, selvregulering. Selvregulering/ammning etter behov betyr at det ikke er noen begrensninger i brystmåltidenes antall eller varighet.
9	Veilede mødrene om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen. Riktig veiledning og rådgivning til mor/partner og familiemedlemmer, gjør dem i stand til å gjøre et informert valg om bruk eller unngå bruk av smokk og flaske inntil velfungerende amming er etablert.
10	Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunehelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp. Mødre trenger vedvarende støtte for å fortsette ammingen. Melkeproduksjonen er som regel ikke fullt etablert ved hjemreise. Støtte og hjelp til ammingen er helt avgjørende og nødvendig i dagene og ukene etter hjemreise for å kunne identifisere ammeutfordringer.

2.3 Ammeveiledning

Ammeveiledning omfatter støtte, veiledning og informasjon rettet mot mødre for å fremme vellykket amming, som kan inkludere praktisk veiledning om ammeteknikker, løsninger på ammeutfordringer og emosjonell støtte (WHO, 2018a, 2018b). Noen vanlige ammeutfordringer kan være såre brystknopper, brystspreg, melkespreg, og opplevelse av for lite melk (Hansen, 2017a, s. 722-725). Derfor er det viktig at sykepleieren har kunnskap om både amming og morsmelk, samt kunnskap om det å veilede (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 21). Ammeveiledning forutsetter integrering av forskningsbasert kunnskap, erfaring, brukerkunnskap, og brukervedvirkning, tilpasset den enkelte kvinnes forutsetninger og behov (Helsedirektoratet, 2014; NSF, 2023; Tveiten, 2020, s. 60). For å utfylle sykepleierens faglige kompetanse, kreves det en klinisk sensitivitet, der sykepleieren imøtekommer hver omsorgssituasjon med åpenhet, lytting og tilstedeværelse (Gustin, 2018).

Ifølge Tveiten (2020, s. 97) er veiledning en metode innen empowerment-prosessen, der sykepleieren har et ansvar for å hjelpe kvinnen til å selv kunne ta ansvar og kontroll over den situasjonen de står i. Empowerment-prosessen kan i denne sammenheng beskrives som samhandlingen mellom sykepleieren og kvinnen, der målet med prosessen er å utvikle hennes mestringskompetanse, altså kunnskap om hvordan kvinnen selv kan mestre helseutfordringene sine (Tveiten, 2020, s. 38-39). Dette innebærer at sykepleieren ivaretar kvinnens medvirkning, er bevisst på maktfordelingen og anerkjenner hennes kunnskap om seg selv (Tveiten, 2020, s. 38-39; WHO, 2018a). Ivaretagelse av kvinnens medvirkning tilrettelegger for hennes selvstendige valg, som kan styrke autonomien (Nortvedt, 2021, s. 87). Empowerment i ammeveiledning referer dermed til det å bidra til kunnskap, støtte og selvtillit hos mødre, slik at de kan ta informerte beslutninger om amming, og ta i bruk de ressursene som trengs for å håndtere potensielle ammeutfordringer (Tveiten, 2020, s. 33; WHO, 2006; WHO, 2018a). Derfor bør sykepleieren styrke kvinnens mestringsstro, som er troen på egen evne til å håndtere det som må til for å oppnå ønsket mål, og som har betydning for hennes motivasjon og ambisjon (Bandura, 1997, s. 37).

Ammeveiledning kan gis med en "hands-off"-tilnærming som fokuserer på å formidle riktig ammestilling og sugetak ved hjelp av muntlig instruksjon eller demonstrasjon med dukker og modeller, fremfor fysisk håndtering av barnet eller brystet (Schafer & Genna, 2015). En slik tilnærming kan oppleves mindre objektiverende og umyndiggjørende (disempowering),

sammenlignet med “hands-on”-tilnærming (Schafer & Genna, 2015). Videre innebærer ammeveiledningen sykepleierens observasjon av ammingen, for å sikre at barnet får i seg morsmelk og at mor ammer uten smerter, samt vet hva hun selv skal observere og hvorfor (FHI, 2020). Sykepleieren må ha kunnskap om hvilke situasjoner som kan kreve ekstra støtte og veiledning, slik som keisersnitt eller det å være førstegangsfødende (WHO, 2018b). Likevel kan også flergangsfødende mødre ha behov for ammeveiledning, for eksempel på grunn av tidligere negative ammeerfaringer, eller andre ammeutfordringer ved nytt barn (WHO, 2018b).

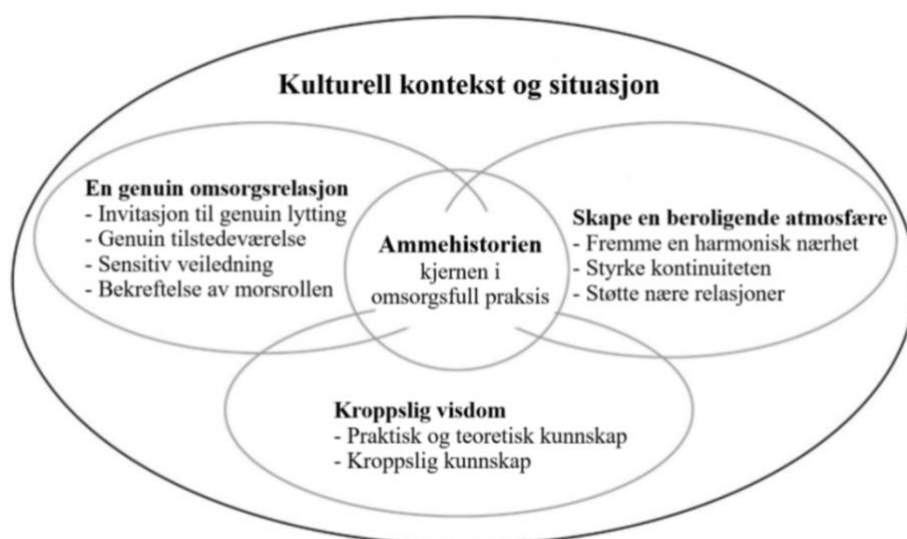
Ifølge nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, bør ammeveiledningen som gis følge kriteriene for MBV, der *Ti trinn for vellykket amming* utgjør en omfattende tilnærming til ammeveiledningen (Helsedirektoratet, 2014). Når disse trinnene følges kan de bidra til å støtte mødre og familier til en vellykket og positiv ammeopplevelse (WHO, 2018b). Videre kan denne grunnleggende informasjonen og kunnskapen bidra til at mødre tar informerte valg om hvordan de ønsker å ernære barnet sitt (Helsedirektoratet, 2014; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Ifølge WHO (2018b) har forskning vist at det å motta både motiverende og emosjonell støtte og veiledning etter fødsel, kan øke forekomsten av amming opp til barnet er seks måneder. Ved barselavdeling er det mulighet for å hjelpe mor med å finne gode ammestillinger og sugetak, svare på spørsmål mor har, følge mor og barn tett opp, og bidra til å styrke mors mestringstro ved amming, som kan forebygge senere utfordringer knyttet til amming (Helsedirektoratet, 2014; WHO, 2018b).

2.4 Teoretisk omsorgsmodell for kvinner med ammeutfordringer

Etter fødsel søker kvinner støtte fra ulike fagpersoner, som sykepleier, jordmor og lege, som kan ha forskjellige fremgangsmåter for å veilede kvinnene ved amming (Palmér & Gustafsson, 2021). Det er risiko for at mødre tilpasser seg helsepersonells individuelle omsorgs- og veiledningsstil, fremfor å søke etter kontinuitet i omsorgen, som kan gjøre amming forvirrende og utfordrende for mødrene. Støtte og omsorg til mødre som opplever ammeutfordringer er et viktig mål for omsorgsutvikling, likevel er det en mangel på teoretiske modeller som kan veilede helsepersonell ved omsorg til mødre med ammeutfordringer (Palmér & Gustafsson, 2021). Derfor undersøkte Palmér og Gustafsson (2021) hvilke forutsetninger som skal til for at omsorgen som gis skal være omsorgsfull. Dette presenterer de som en teoretisk omsorgsmodell for kvinner med ammeutfordringer, der omsorg innebærer eksistensielle aspekter, kvinnens perspektiv og livserfaringer (Palmér & Gustafsson, 2021).

Forståelsen av omsorg i denne sammenheng, baserer seg på Dahlberg et al. (2009) sin beskrivelse av et livsverdensperspektiv. Ved et slikt perspektiv på omsorg blir kvinnen betraktet som et individ som lever en meningsfull tilværelse, der tid, kroppslighet, mellommenneskelige relasjoner og romlighet flettes sammen innenfor livsverdenen (Dahlberg et al., 2009). Ifølge Palmér og Gustafsson (2021) er en genuin omsorgsrelasjon, kroppslig visdom, evne til å skape en beroligende atmosfære, samt kulturell bevissthet, de forutsetningene som skal til for at kvinnens ammehistorie blir kjernen i omsorgen ved ammeveiledning. Den teoretiske omsorgsmodellen skal bidra til utviklingen av en omsorgspraksis som omfavner det eksistensielle ved den enkelte kvinnes ammehistorie. Dette kan innebære elementer knyttet til kvinnens eksistens, frihet, ansvar og mening i livet, og det vektlegger kvinnens frihet til å skape meninger og verdier i en verden uten forutbestemte svar (Palmér & Gustafsson, 2021).

Selv om den teoretiske omsorgsmodellen er ny og mindre anerkjent, fokuserer den spesifikt på kvinners erfaringer med amming og ammeutfordringer, noe som gir en unik innsikt. Omsorgsmodellen ble valgt til denne oppgaven for å utforske det eksistensielle aspektet ved amming, noe som ikke opplevdes som dekket av eksisterende veiledningsmodeller. På grunn av mangel på norske begreper oppstod det utfordringer ved oversettelse av omsorgsmodellen. Dette førte til behovet for å inkludere egne fortolkninger under oversettelse, basert på forfatternes intensjon bak begrepene, sett i lys av relevante oversettelser av begrepene fra annen litteratur. Eksempelvis ved oversettelse av begrepet “embodied”, der oversettelsen ble “kroppslig” (Netland, 2023; Power & Croswell, 2016).



Figur 1: Oversettelse og egen tolkning av figuren i Palmér & Gustafsson (2021) sin teoretiske omsorgsmodell for kvinner med ammeutfordringer

Tabell 2: Egen oversettelse og tolkning av hovedelementene i Palmér & Gustafsson (2021) sin *teoretiske omsorgsmodell for kvinner med ammeutfordringer*.

<p style="text-align: center;">Kulturell kontekst og situasjon</p> <p>Samfunnets holdninger til amming, kan påvirke omsorgen. Ubevisste holdninger og normer kan hindre helsepersonell fra å gi individuelt tilpasset omsorg, som kan påvirke kvinnens beslutninger vedrørende amming. Forutbestemte syn på kvinner som biologiske objekter kan overskygge kvinnens unike ammehistorie. Fokus på objektive aspekter som brystfysiologi og melkeproduksjon, kan medføre at amming primært blir en prestasjon. Derfor bør amming betraktes som en meningsfull aktivitet kvinnen selv har frihet til å velge.</p>	<p style="text-align: center;">Ammehistorien - kjernen i omsorgsfull praksis</p> <p>Ammehistorien er kvinnens personlige fortelling om erfaringer, mål, ønsker og følelser knyttet til amming. Kvinnens ammehistorie kan bli hørt gjennom gjensidige og genuine møter mellom kvinnen og omsorgspersonen, der åpenhet og lydhørhet er avgjørende. Ammehistorien er essensiell for å skape individualisert omsorg, der kvinnens unike opplevelser blir kjernen i omsorgspraksisen.</p>	
<p style="text-align: center;">En genuin omsorgsrelasjon</p> <p>I en genuin omsorgsrelasjon blir kvinnen respektert av omsorgspersonen som et unikt individ, med en ammehistorie knyttet til opplevelsen av morsrollen. Omsorgspersonen må ha en eksistensiell bevissthet om amming for å nærme seg amming som en meningsfull aktivitet i kvinnens liv.</p> <p style="text-align: center;"><u>Invitasjon til genuin lytting</u></p> <p>Genuin lytting og samtaler på kvinnens premisser, kan forhindre misforståelser, samt utvikle omsorgspersonens følsomhet for kvinnens unike situasjon. Genuin lytting er en forutsetning for trygghet. Det motsatte av genuin lytting er enveiskommunikasjon, der samtalene holdes på omsorgspersonens premisser. I slike samtaler kan kvinnen bli passiv og objektivert. Omsorgspersonens manglende evne til genuin lytting kan være et hinder for genuine omsorgsrelasjoner, som kan medføre en negativ ammeopplevelse.</p>	<p style="text-align: center;">Kroppslig visdom</p> <p>Omsorgspersonens kroppslige visdom representerer en symbiose av praktisk, teoretisk og kroppslig kunnskap. I en genuin omsorgsrelasjon kan denne visdommen omsettes til omsorgsfull praksis gjennom refleksjon. Omsorgspersonen har ressurser og ferdigheter som kan gi amming en dypere mening ved å inkludere kulturelle og eksistensielle dimensjoner, slik at kunnskap kan bli et verktøy brukt med empati og forståelse, fremfor å gi ammeveiledning kun basert på biologiske faktorer.</p> <p style="text-align: center;"><u>Kroppslig kunnskap</u></p> <p>Kroppslig kunnskap omhandler evnen til å forstå både den verbale og ikke-verbale ammehistorien som blir fortalt. Omsorgspersonen må være bevisst på at i det som ikke blir uttrykt kan det skjule seg subtile nyanser og dypere lag av kvinnens opp-</p>	<p style="text-align: center;">Skape en beroligende atmosfære</p> <p>Omsorgspersonen bør evne å skape en beroligende atmosfære der kvinnen kan hente seg inn, finne ro i sin nye livssituasjon, og samtidig utforske og utvikle forholdet til det nyfødte barnet. Kvinnen kan ha behov for å bli ivaretatt, samtidig som hun tilpasser seg den nye livssituasjonen og morsrollen, derfor vil omsorgspersonens oppgave ikke bare omhandle adressering av ammeutfordringer, men også det å skape en støttende og trygg atmosfære.</p> <p style="text-align: center;"><u>Fremme en harmonisk nærhet</u></p> <p>Omsorgspersonens støtte er vesentlig når mor jobber for å utvikle en harmonisk nærhet barnet. Støtten som gis bør respektere den enkelte mors erfaringer og behov. Selv om det er nærhet i forholdet mellom mor og barn, kan ammeutfordringer gjøre forholdet anstrengende, krevende og til og med smertefullt. Hvis harmonien forstyrres, kan det oppstå følelse av avstand. Derfor er det viktig å opprettholde en</p>

Genuin tilstedeværelse

Omsorgspersonen må respektere kvinnens unike situasjon uten å kritisere, kontrollere eller dominere moren. Dette innebærer å være sensitiv og bevisst på foreldrenes verdier, og å unngå å gi omsorg basert på egne verdier. Det motsatte av genuin tilstedeværelse er når kvinnen føler seg forlatt og alene med ansvaret for ammingen. I slike situasjoner bagatelliserer omsorgspersonen ammingen, som kan gjøre den nye situasjonen vanskeligere for kvinnen.

Sensitiv veiledning

Omsorgspersonen må identifisere hver enkelt kvinnes unike ammekapasitet og behov for omsorg for å veilede henne forsiktig. Det handler om å motivere, støtte og hjelpe kvinnene til mestringstro. Sensitiv veiledning gir kvinnen verktøyene hun trenger for å håndtere følelser, erfaringer og praktiske aspekter ved amming. Påtrengende, fysisk omsorg ("hands-on"-tilnærming) står i kontrast til sensitiv veiledning og kan forverre den allerede utfordrende ammesituasjonen.

Bekreftelse av morsrollen

Omsorgspersonen bør bekrefte kvinnens evner i morsrollen, da ammeutfordringer kan skape usikkerhet. For å oppnå en nær relasjon mellom mor og barn, er det behov for at mor stoler på egen forståelse av barnets signaler. Derfor må omsorgspersonen bekrefte morens evner til å forstå sitt eget barn, samt støtte kvinnen til forståelse av kroppslige funksjoner og evner som nybakt mor.

levelser. Sensitivitet overfor slike subtile signaler er avgjørende for å skape en omsorgsfull og trygg atmosfære. Det fordrer en dyp forståelse for at bak hvert ord og tegn kan det finnes ulike følelser som omsorgspersonen bør være oppmerksom på, for å individuelt tilpasse ammeveiledningen.

Praktisk og teoretisk kunnskap

Praktisk og teoretisk kunnskap om amming innebærer en balanse mellom medisinsk innsikt og omsorgsfokus, samt bevissthet om at hver kvinnes ammehistorie er unik. Det kreves anerkjennelse av at amming ikke bare er en biologisk prosess, men en følelsesmessig og eksistensiell opplevelse for kvinnen. Omsorgspersonen må være åpen for å lære noe nytt i møte med hver enkelt kvinne, samt evne å ha en reflekterende holdning til seg selv. Dersom omsorgspersonen har en helhetlig tilnærming ved ammeveiledningen, kan det styrke kvinnens følelse av trygghet.

støttende atmosfære for å fremme den harmoniske nærheten, tross ammeutfordringene. Omsorgspersonen bør aktivt støtte nærhet mellom mor og barn, f.eks. gjennom hud-mot-hud-kontakt.

Styrke kontinuiteten

Kontinuitet i omsorgen kan styrke den genuine omsorgsrelasjonen. For mødre kan dette hindre at de får mange motstridende råd, og at de heller får kontinuerlig veiledning fra noen få omsorgspersoner de har tillit til. Omsorgspersonene får mulighet til å etablere genuine relasjoner basert på kvinnenes ammeerfaringer fremfor at de må ha fragmenterte møter med mange ulike kvinner.

Støtte nære relasjoner

En beroligende atmosfære kan innebære å støtte mor og hennes nære relasjoner. Det å ha nærmeste pårørende til stede kan gi mor en følelse av trygghet. I en slik trygg relasjon kan kvinnen få mulighet til å dele indre tanker om sine erfaringer med amming. Dette kan lindre byrden av ammeutfordringene og gjøre morsrollen lettere å håndtere. Omsorgspersonen har derfor en viktig rolle i å involvere partner i ammeveiledningen.

2.5 Sykepleiefaglige rammer

Sykepleieren må sikre forsvarlig praksis ut fra gjeldende juridiske rammer, samt faglige og etiske retningslinjer ved utøvelse av sykepleiefaget, herunder ved ammeveiledning til kvinner på barselavdeling (NSF, 2023).

2.5.1 Lovverk

Sykepleiere, som gir omsorg innen barselomsorgen, er underlagt helsepersonelloven, og er pålagt å utøve sykepleie etter forsvarlighetskravet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Kvinnen, barnet og pårørende har rettigheter i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, § 3; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) skal ammeveiledningen gi mor verktøy, slik at hun selv kan ta informerte valg angående amming og ernæring av barnet sitt, samt legge en plan for det videre ammeforløpet. Kvinnen har krav på nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og i helsehjelpen hun mottar, da dette er en forutsetning for medvirkning og informerte valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleieren har plikt til å gi informasjonen, samt tilpasse den til kvinnens forutsetninger, inkludert språk, alder, modenhet, erfaringer og kulturell bakgrunn (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Sykepleieren skal forsikre seg om at både innholdet og betydningen av informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Gjennom spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) har sykepleieren en plikt til å sørge for opplæring av både kvinnen og hennes pårørende.

2.5.2 Etikk

Sykepleieren har et etisk ansvar forankret i yrkesetiske retningslinjer og prinsipper, som skal sikre omsorg av høy kvalitet (NSF, 2023). Herunder fremkommer sykepleierens yrkesetiske ansvar ved ammeveiledning på barselavdeling, i henhold til de yrkesetiske retningslinjene. Ammeveiledning omfatter sykepleierens ansvar for å fremme helse og forebygge ammeutfordringer. Veiledning og støtte ved ammeutfordringer forplikter sykepleieren til å adressere kvinnens helhetlige behov, samt støtte hennes ressurser, mestringsevner, motivasjon og håp. Videre har sykepleieren et yrkesetisk ansvar for å tilpasse ammeveiledningen til kvinnens

kulturelle bakgrunn, språk, psykiske behov og kognitive funksjon. Sykepleieren har i tillegg et ansvar for å motarbeide diskriminerende atferd og aktivt støtte sårbare grupper i deres behov for ammeveiledning. Sykepleieren skal respektere kvinnens autonomi og beskytte hennes integritet og sårbarhet. Ammeveiledningen sykepleieren gir skal baseres på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, noe som innebærer at sykepleieren har et ansvar for å holde seg oppdatert på ny forskning innen ammeomsorgen og må bidra til å implementere ny kunnskap i praksis. Gjennom ammeveiledningen bidrar sykepleieren til en positiv utvikling av folkehelsen (NSF, 2023).

2.5.3 Faglige retningslinjer

Det forventes at sykepleieren følger nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen og spedbarnsernæring for å oppnå faglig forsvarlighet i samsvar med lovverket, slik at det sikres helhetlig omsorg og veiledning tilpasset hver enkelt familie (Helsedirektoratet, 2014, 2016). Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen understreker behovet for likeverdige tjenester som tar hensyn til språk, kultur og erfaringer (Helsedirektoratet, 2014). På barselavdelingen må sykepleieren tilpasse seg kvinnenes individuelle behov og forutsetninger, samt respektere deres ulikheter (Helsedirektoratet, 2014). Slik bidrar de nasjonale faglige retningslinjene til å sette rammer for ammeveiledningen sykepleiere gir på barselavdeling.

3 Metode

Dette kapittelet tar for seg metoden som ble benyttet, samt resultatene av litteratursøket som ble gjennomført som en del av denne litteraturstudien.

3.1 Generell litteraturstudie

En generell litteraturstudie har til hensikt å analysere resultater fra flere forskningsartikler relatert til et bestemt tema, ut fra en relevant klinisk problemstilling. Målet er å belyse det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget og hvordan det kan påvirke og anvendes i klinisk praksis (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I den innledende fasen av søkeprosessen ble det utført preliminare søk med hensikt å innhente relevante søkeord for problemstillingen, ved å bemerke seg emneord som ble anvendt i relevante artikler. CINAHL ble valgt som vitenskapelig database, ettersom den hovedsakelig inneholder sykepleiefaglig litteratur (Helsebiblioteket, 2021). Søkeordene ble dermed inndelt i de meningsbærende elementene i problemstillingen (tabell 3).

Tabell 3: Søkeord

Kvinner	Erfaringer	Amming	Veiledning
Women Mothers	Qualitative research	Breastfeeding Breastfeeding promotion	Education Patient education Counseling

Det innledende strukturerte søket ble avgrenset geografisk til Europa i "limit to", da det ble antatt at det ville være tilstrekkelig avgrenset for å passe til den norske konteksten. Fag- og forskningslitteratur viste imidlertid at amming er et kulturelt fenomen med store geografiske og kulturelle variasjoner, slik at det var hensiktsmessig å avgrense søket ytterligere. For at artiklene i størst mulig grad skulle ha en overføringsverdi til den norske konteksten ble søket avgrenset til skandinaviske land, ettersom ammekultur og forekomst er relativt lik som i Norge (Myhre et al., 2020; Sosialstyrelsen, 2023; Sundhedsstyrelsen, 2023). Skandinavia var ikke et alternativ å avgrense til i "limit to", dermed ble "Scandinavia" brukt som søkeord i søket. Det ble utført

ytterligere søk i Idunn, med hensikt å finne nordiske artikler. De samme søkeordene ble anvendt unntatt Skandinavia, da det ble ansett som overflødig, siden Idunn er en nordiskbasert database.

Ved å avgrense til Skandinavia resulterte det i 0 treff. Etter gjentatte strukturerte søk ble det ansett som hensiktsmessig å eliminere søkeordene “education” og “counseling” for å utvide antall treff i søket, ettersom de ble betraktet som minst essensielle emneord. Alternativet ble å anvende inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 5) for å finne relevante artikler som svarte på problemstillingen. Videre var det vesentlig å inkludere studier som belyser erfaringer knyttet til ammeveiledning i den innledende fasen av ammeperioden, og med overførbarhet til barselavdeling, for å tilpasse søket til valgt kontekst.

Opprinnelig var hensikten å avgrense pasientgruppen til førstegangsfødende kvinner, da det ble tenkt at denne pasientgruppen hadde det største behovet for ammeveiledning på barselavdelingen. Da flergangsfødende kvinner ble ekskludert, fremkom det et utilstrekkelig resultat. Artikler fra Skandinavia viste imidlertid at flergangsfødende kvinner i stor grad kan oppleve ammeutfordringer (Feenstra et al., 2018), så det ble konkludert med at det var hensiktsmessig å inkludere både første- og flergangsfødende kvinner. Videre fremkom det flere artikler som belyste erfaringer til kvinner som har prematurfødte barn og/eller som er innlagt på neonatal intensivavdeling på grunn av patologiske tilstander hos barnet. Samtidig var det andre artikler som fokuserte på mødre med somatisk eller psykisk sykdom. Det ble bestemt at disse pasientgruppene skulle ekskluderes ettersom de kan ha særegne utfordringer og behov vedrørende amming (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021 s. 182, 208) (tabell 5).

Ettersom hensikten var å belyse kvinners erfaringer tilknyttet ammeveiledning, ble det aktuelt å avgrense til kvalitative studier. Vedrørende avgrensninger til publikasjonsdato, var hensikten å avgrense til tidsperioden 2013-2023 for å innhente de nyeste artiklene. Likevel fremkom det få artikler med relevant kontekst. Derimot ble det funnet en artikkel fra 2010 som ble ansett som høyst aktuell for å besvare problemstillingen, derfor ble det vurdert som fordelaktig å avgrense fra 2010-2023 slik at artikkelen ble inkludert i søket. Med alle søkeordene ble resultatet 28 artikler, som ble vurdert til å være et passende resultat å gjennomgå strukturert, og avgrense ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Se tabell 4 for en oversikt av søkehistorikk og artikler som er inkludert i oppgaven.

Tabell 4: Søkehistorikk i CINAHL

Database og dato for søk	CINAHL, 15/11-23	Idunn, 15/11-23
Søkeord og kombinasjoner	((MH "Breast Feeding+") OR (MH "Breast Feeding Promotion") AND ((MH "Qualitative Studies+") OR (MH "Exploratory Research") AND ((MH "Mothers+") OR (MH "Women+") AND (MH "Scandinavia+"))))	("Amming") AND ("Erfaring") AND ("Kvinner") OR ("Mødre")
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert etter 2010 Språk: Engelsk	Tid: Publisert etter 2010 Språk: Engelsk eller norsk
Antall treff totalt	28	21
Antall gjennomleste titler	28	21
Antall gjennomleste abstrakt	17	5
Antall gjennomleste fulltekstartikler	7	1
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	5	1
Inkludert artikkel nummer 1	Blixt, I., Johansson, M., Hildingsson, I., Papoutsi, Z. & Rubertsson, C. (2019). Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. <i>International Breastfeeding Journal</i> , 14(1), 1–12.	
Inkludert artikkel nummer 2	Bäckström, C. A., Wahn, E. I. H. & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. <i>International Breastfeeding Journal</i> , 5(1), 1-8.	
Inkludert artikkel nummer 3	Rydström, L.-L., Tavallali, A., Sundborg, E., Berlin, A. & Ranheim, A. (2021). Caught on the Fringes of Life: Mothers' Lived Experiences of Initial Breastfeeding Complications. <i>Qualitative Health Research</i> , 31(9), 1622–1631.	

Inkludert artikkel nummer 4	Wandel, M., Terragni, L., Nguyen, C., Lyngstad, J., Amundsen, M. & de Paoli, M. (2016). Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. <i>Women & Birth</i> , 29(6), 487–493.	
Inkludert artikkel nummer 5		Tveit, G. N. I. & Söderhamn, U. S. U. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? <i>Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 5(2), 151–164.

Tabell 5: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studier som ser på mødres erfaringer med ammeveiledning i innledende fase av ammeperioden	Studier som ser på erfaringer fra mødre med barn som er født prematurt og/eller som er innlagt på neonatal intensivavdeling
Kontekst som har overføringsverdi til barselavdeling	Studier som fokuserer på erfaringer fra mødre med somatisk eller psykisk sykdom

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I denne oppgaven benyttes litteratur fra pensumlisten for bachelorutdanningen på Lovisenberg diakonale høyskole. Pensumlitteratur anvendt for å innhente kunnskap til bakgrunnen og resultatdiskusjonen er *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (Grimsbø et al., 2021), *Helsepedagogikk: - Helsekompetanse og brukermedvirkning* (Tveiten, 2020), *Veiledning: - mer enn ord* (Tveiten, 2019) og *Omtanke* (Nortvedt, 2020). Pensumlitteratur anvendt i metodediskusjon er *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (Leseth & Tellmann, 2018), *Metode og oppgaveskriving* (Dalland, 2020) og *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (Brottveit, 2018).

Bibliotekets søkemotor Oria ble anvendt for å finne relevante fagbøker til å belyse valgt tema, som blir anvendt gjennomgående i oppgaven. Disse fagbøkene inkluderer: *Amming: en håndbok for helsepersonell* (Sundhedsstyrelsen, 2018/2021), *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid* (Hagtvedt & Holan, 2019), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (Gammersvik & Larsen, 2018) og *Jordmorboka* (Brunstad & Tegnander, 2017). For å belyse sykepleiefaglige rammer blir det anvendt ulike nettressurser som lovdata.no, yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2023), nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorgen og spedbarns-ernæring (Helsedirektoratet, 2014, 2021a) og "Ti trinn for vellykket amming" (WHO, 2018b). For å belyse flere sider av valgt tema, ble det gjennom ustrukturerte søk valgt ut flere forskningsartikler, oversiktsartikler fra Cochrane (Gavine et al., 2022; Kramer & Kakuma, 2012; Moore et al., 2016), samt den teoretiske modellen "A Theoretical Model on Caring for Mothers With Initial Breastfeeding Difficulties" (Palmér & Gustafsson, 2021).

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres de inkluderte forskningsartiklene. Artiklenes hensikt, metode og funn blir presentert i tabell 6. Videre gis en oppsummering av relevante resultater.

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 6: Artikkelmatrikse

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering m/sjekkliste
Blixt et al., 2019, Sverige	Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support" - an interview study	Å utforske kvinners råd til helsepersonell vedrørende støtte til å amme for minimum seks måneder.	Design: Utforskende studie Deltagere: 139 kvinner som har ammet i minimum seks måneder Datasamling: Telefonintervju	Hovedtema: "Fagpersoner må tilby kvinner sensitiv, individualisert ammeveiledning for å fremme en positiv ammeopplevelse". Relevante funn: Kvinnene råder helsepersonell til å tilby evidensbasert omsorg, individuelle løsninger på ammeproblemer og praktisk støtte, og skape en respektfull og gjensidig dialog.	9/9 Vedlegg 1
Bäckström et al., 2010, Sverige	Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives	Å undersøke kvinners erfaringer om å motta ammeveiledning og jordmødres erfaringer om å gi ammeveiledning.	Design: Kvalitativ studie Deltagere: Ni kvinner og fire jordmødre Datasamling: Individuelle intervjuer	Hovedtema: «Individualisert ammeveiledning øker selvtillit og tilfredshet.» Relevante funn: Mødrene ønsket å bli behandlet som unike kvinner, de ønsket å bli bekreftet som mødre og ammende kvinner, og de ønsket kontinuitet i omsorgen.	9/9 Vedlegg 2

Rydström et al., 2021, Sverige	Caught on the Fringes of Life: Mothers' Lived Experiences of Initial Breastfeeding Complications	Å utvikle en dypere forståelse av fenomenet innledende ammeproblemer slik de oppleves og erfares av mødre, og hvordan helsepersonell kan støtte disse mødrene.	Design: Kvalitativ studie Deltagere: 12 mødre Datasamling: individuelle intervju	Hovedtema: Å oppleve innledende ammeproblemer beskrives av mødrene som å være plassert på "livets ytterkanter". Relevante funn: Mødrene beskrev møtene med helsepersonell som frustrerende, da de ikke ble tatt på alvor, de fikk ikke følelsene sine møtt og ble gitt dårlige råd og standardiserte svar.	9/9 Vedlegg 3
Tveit & Söderhamn, 2015, Norge	Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid?	Å undersøke hvordan førstegangsfødende kvinner mestrer barnestellet de første to ukene etter fødsel.	Design: Kvalitativ studie Deltagere: Syv førstegangsfødende kvinner Datasamling: Individuelle intervjuer	Hovedtemaer: "Å være forberedt", "å søke hjelp og støtte", "å bli kjent med barnet". Relevante funn: De nye mødrene beskrev barseloppholdet som stressende, de hadde alle mål om å klare å amme før utskrivelse. Motstridende råd var frustrerende og kompetente helsepersonell ble verdsatt.	9/9 Vedlegg 4
Wandel et al., 2016, Norge	Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges	For å utforske ammepraktis blant mødre fra Somalia i Norge, samt hvordan de navigerer mellom ulike informasjonskilder.	Design: Kvalitativ studie Deltagere: 21 kvinner på individuelle intervju og 22 kvinner i fokusgrupper Datasamling: Intervju og fokusgrupper	Relevante funn: Mødrene hadde positive holdninger til amming, men de kunne føle på ammepress fra helsepersonell. Mødrene opplevde at de kunne ha behov for tolk, og at helsepersonell kunne være diskriminerende. Mødrene hadde også behov for bekreftelse og praktisk veiledning ved ammeutfordringer	9/9 Vedlegg 5

4.2 Syntese av resultatene

Hovedresultatene i forskningsartiklene viste at individualisert omsorg, kunnskapsbasert og praktisk veiledning, kontinuitet og oppfølging, tillitsbasert relasjon med sykepleieren, bekreftelse og ammepress, var sentrale temaer i kvinnenes erfaringer med ammeveiledning. Individualisert omsorg innebar at kvinnene ønsket å bli behandlet som unike kvinner, med egne forutsetninger og betydningsfulle historier. Kvinnene verdsatte kunnskapsbasert veiledning, men ble frustrerte og utrygge da de mottok motstridende og utilstrekkelige råd. Praktisk veiledning var viktig for mødrene, men virket mot sin hensikt om helsepersonell var hardhendte og objektiverende. Det var mangel på kontinuitet og oppfølging, helsepersonell var for lite tilgjengelige, og mødrene måtte forholde seg til flere helsepersonell på kort tid, som hindret dannelsen av en tillitsbasert relasjon. Det gjorde det vanskeligere for kvinnene å vise seg sårbare og spørre om hjelp. Kvinnene knyttet mestring av amming til mestring av morsrollen, så ved ammeutfordringer hadde kvinnene behov for å bli bekreftet som mødre. I tillegg opplevde flere et stort press til å amme og følte seg dermed mislykket om de avsluttet ammingen.

5 Diskusjon

Problemstillingen som søkes besvart i denne oppgaven er «*Hvilke erfaringer har kvinner med ammeveiledning?*». I lys av Palmér og Gustafsson (2021) sin teoretiske omsorgsmodell drøftes funn knyttet til kvinners erfaringer med ammeveiledning opp mot det teoretiske, juridiske og etiske grunnlaget presentert i kapittel 2, samt øvrig litteratur, for å diskutere hvordan funnene kan bidra til å styrke ammeveiledningen sykepleiere gir på norske barselavdelinger. Videre blir metoden diskutert, og inkluderer drøfting av litteratursøket, utvelgelse av artikler og de inkluderte artiklene.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Kulturell kontekst og situasjon

Den kulturelle konteksten omhandler samfunnets syn på amming, og den aktuelle situasjonen danner grunnlaget for hvordan ammeveiledningen finner sted, noe som påvirker både moren og sykepleieren (Palmér & Gustafsson, 2021). Når omsorgen baserer seg på helsepersonellens forutbestemte syn på mødrene som biologiske objekter, fremfor mødrenes unike ammehistorier, kan det medføre unødvendig press på mødrene (Palmér & Gustafsson, 2021). I Rydström et al. (2021) sin studie fremkommer det at mødre følte et forventningspress om å amme fra omgivelsene. Dette ammepresset blir også beskrevet av flere kvinner med minoritetsbakgrunn, og de uttrykte følelser av mislykkethet dersom de ikke fikk til ammingen (Wandel et al., 2016). Dette samsvarer med funn fra flere norske studier, hvor flere kvinner opplevde det som viktig å lykkes med amming, da samfunnet, inkludert helsepersonell, la et stort press på amming, samt at det å mestre amming ble forbundet med å være en god mor (Haga et al., 2012; Hvatum & Glavin, 2017; Sjetne, 2018). Dette viser at sykepleieren må være bevisst på hvordan egne holdninger kan skape press, og påvirke kvinnenens beslutninger vedrørende ammingen.

Den kulturelle konteksten kan prege helsepersonellens holdninger, og kan dermed hindre optimal omsorg ved ammeveiledning (Palmér & Gustafsson, 2021). I Bäckström et al. (2010) sin studie uttrykte mødrene opplevelsen av at helsepersonellet fokuserte mer på deres ammeevne fremfor å anerkjenne dem som individer. Samtidig viste Hvatum et al. (2014) sin studie at kvinner opplevde det som positivt når helsepersonell spurte dem om de ønsket å amme,

noe som ikke bare styrket deres følelse av autonomi, men også deres opplevelse av individuelt tilpasset ammeveiledning. På en annen side fremkommer det i studien til Gustafsson et al. (2017) at jordmødre uttrykte et sterkt ønske om å gi individualisert omsorg og respektere kvinners autonomi, men at dette kunne stride imot deres mål om å oppmuntre alle kvinner til å amme. Når mødrenes valg ikke stemte overens med jordmødrenes råd, kunne det medføre følelser av utilstrekkelig omsorg fra jordmødrenes side (Gustafsson et al., 2017). I denne konteksten kan ammeveiledning skape et etisk dilemma der helsepersonell ønsker å gjøre mor vel, ved at hun får til ammingen, som samtidig kan stride med mors autonomi (Nortvedt, 2021, s. 85-87; NSF, 2023; Tveiten, 2019, s. 57-58). Sykepleieren skal respektere mødrenes rett til å bestemme over eget liv, og deres medbestemmelse er et sentralt aspekt ved å ivareta deres autonomi ved ammeveiledningen (NSF, 2023; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Ved at sykepleieren baserer omsorgen på mødrenes medbestemmelse og respekterer deres frie valg, kan det skape rom for at mødrenes ammehistorie blir kjernen i ammeveiledningen.

5.1.2 En genuin omsorgsrelasjon

For at kvinnens unike ammehistorie skal bli kjernen i ammeveiledningen, forutsetter det at sykepleieren bygger en genuin omsorgsrelasjon med kvinnen basert på invitasjon til genuin lytting, genuin tilstedeværelse, sensitiv veiledning og bekreftelse av morsrollen (Palmér & Gustafsson, 2021).

Invitasjon til genuin lytting

Invitasjon til genuin lytting er avgjørende for å forstå kvinnens unike ammehistorie og dermed kunne individuelt tilpasse ammeveiledningen (Palmér & Gustafsson, 2021). Dersom samtalene holdes på kvinnens premisser og sykepleieren har en åpen og nysgjerrig holdning, kan det bidra til trivsel og følelse av trygghet for kvinnen (Palmér & Gustafsson, 2021). Dette tydeliggjøres i studien til Bäckström et al. (2010), der kvinnene følte seg trygge på omsorgen de mottok, når helsepersonell utøvde respekt og genuin lytting. I studiene til Blixt et al. (2019) og Rydström et al. (2021) fremkommer det at kvinner rådet helsepersonell til å bruke nok tid til å lytte og stille gode spørsmål om deres ammeerfaringer, intensjoner og ammemål, samt hvilke forventninger og ønsker de hadde angående ammeveiledning. Imidlertid fremkom det i studien til Rydström et al. (2021) at selv om mødrene kommuniserte med helsepersonell, følte de seg fortsatt ikke hørt og fikk ikke den hjelpen de trengte. Språkbarrierer kan også hindre kvinnen

fra å bli hørt. Blant annet fremkommer det i studien til Wandel et al. (2016), at kvinnene som ikke behersket norsk hadde behov for tolk, da dette var en forutsetning for å kunne kommunisere under ammeveiledningen. Dette støttes av studien til Wikberg et al. (2014), der mødre med innvandrerbakgrunn uttrykte frustrasjon over manglende informasjon, grunnet språkbarrierer, noe som svekket omsorgsrelasjonen. Sykepleieren har et ansvar for å sikre kvaliteten på ammeveiledningen, ved å tilpasse den til kvinnens kultur og språkferdigheter, for å unngå misforståelser (Helsepersonelloven, 1999, § 10; NSF, 2023; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Sykepleierens evne til å lytte innebærer å forholde seg aktivt til den enkelte kvinnens ammehistorie (Tveiten, 2020, s. 88), for å øke forståelsen for kvinnens ressurser, erfaringer, mestringsevne og ønsker (NSF, 2023). Dette er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne yte helhetlig omsorg.

Genuin tilstedeværelse

Ifølge Palmér & Gustafsson (2021) kreves det en genuin tilstedeværelse fra sykepleieren for å skape en genuin omsorgsrelasjon. I studien til Rydström et al. (2021), fremkommer det at kvinner ble møtt av helsepersonell med overforenklete og generelle råd, slik at de følte seg forlatt i den vanskelige situasjonen. Resultatene i studiene til Blixt et al. (2019) og Bäckström et al. (2010) viste derimot at genuin tilstedeværelse av helsepersonell under amming var betryggende, og gjorde det lettere å stille spørsmål underveis. Kvinnene ønsket imidlertid at helsepersonell hadde tatt seg nok tid å observere og forklare (Blixt et al., 2019). Dette samsvarer med Sundhedsstyrelsens (2018/2021, s. 22) beskrivelse av mødres opplevelser av viktigheten ved helsepersonellens autentiske tilstedeværelse, der de tar seg tid, anerkjenner dem og deler sine erfaringer. Dette understreker at genuin tilstedeværelse krever tid og ressurser. Norske jordmødre oppgir at det er ressursmangel ved barselavdelingene, som medfører at kvinner og barn ikke får den oppfølgingen de har behov for (Helsedirektoratet, 2021b). I studien til Gustafsson et al. (2017) uttrykte jordmødrene at de følte seg utilstrekkelige da de ikke klarte å ivareta den omsorgsfulle relasjonen, grunnet tidsbegrensninger. Selv om sykepleieren må være oppmerksom på tidsbegrensningene, bør det likevel settes av tid til å observere ammingen, samt å være mentalt og emosjonelt til stede under hvert møte med kvinnen.

Genuin tilstedeværelse innebærer å være sensitiv og bevisst på foreldrenes verdier, og unngå å gi omsorg basert på egne verdier (Palmér & Gustafsson, 2021). Sykepleieren må tilpasse seg kvinnens unike situasjon uten å dominere, kritisere eller kontrollere situasjonen (Palmér &

Gustafsson, 2021). I studien til Wandel et al. (2016), uttrykte mødre med minoritetsbakgrunn sårbarhet i møte med helsepersonell ved ammeveiledning, på grunn av diskriminerende kommentarer og frykt for å gjøre noe som ble oppfattet som feil (Wandel et al., 2016). Derimot følte kvinnene seg sett og fikk mer tillit til helsepersonellet, når de var imøtekommende, tok seg tid og kommuniserte godt (Wandel et al., 2016). Resultatet støttes av Lyberg et al. (2012) sin studie, der helsepersonell understreket betydningen av å respektere verdiene til mødre med minoritetsbakgrunn, for å bygge en tillitsfull relasjon. Imidlertid beskrev helsepersonellet at de ofte fant deres verdier vanskelige å forstå (Lyberg et al., 2012). Sykepleieren skal ta hensyn til individuelle forskjeller og har et ansvar for å motarbeide diskriminerende atferd, for å sikre likeverdige tjenester for kvinner på barselavdeling (Helsedirektoratet, 2014; NSF, 2023). Omsorgen som gis skal ikke preges av sykepleierens personlige oppfatninger og holdninger (Eilertsen, 2017, s. 38). Ved genuin tilstedeværelse må sykepleieren derfor basere omsorgen på kvinnens verdier, for å bygge en genuin omsorgsrelasjon.

Sensitiv veiledning

Sensitiv veiledning handler om å imøtekomme kvinnens unike behov, med en varsom tilnærming (Palmér & Gustafsson, 2021). Resultatene til Rydström et al. (2021) viser hvordan kvinnens eksistensielle usikkerhet, som følge av ammeutfordringer, samt helsepersonellens bruk av rigide metoder, kan negativt påvirke omsorgsrelasjonen. Flere kvinner fortalte at de satte pris på da helsepersonell viste ammeteknikker og ga nyttige råd, samt at de var blide og rolige under ammeveiledningen (Blixt, et al., 2019; Bäckström et al., 2010; Tveit & Söderhamn, 2015). Videre understreket noen av kvinnene betydningen av helsepersonellens respektfulle, forsiktige og omsorgsfulle tilnærming til kvinnens og barnets kropp i forbindelse med ammeveiledning (Blixt et al., 2019; Bäckström et al., 2010). Derimot ble det trukket frem som negativt når helsepersonell var hardhendte, demonstrerte ammeteknikker på en upassende måte ved bruk av “hands-on”-tilnærming, og når ammeveiledning ble utført på helsepersonellens premisser (Blixt, et al., 2019; Bäckström et al., 2010). I tillegg var det flere kvinner som erfarte at de lærte best når de selv fikk legge babyen til brystet (Blixt, et al., 2019). Flere studier støtter disse funnene, og rapporterer at “hands-on”-ammeveiledning er knyttet til misnøye hos mor, følelser av objektivisering, redusert selvtillit og lav mestringsstro ved amming (Cato et al., 2014; Schafer & Genna, 2015). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren respektere kvinnens integritet, og ikke utnytte hennes sårbarhet ved ammeutfordringer (NSF, 2023). Derfor må

sykepleieren sikre at informasjon ved ammeveiledning gis på en hensynsfull måte, tilpasset den enkelte kvinnens behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Bekreftelse av morsrollen

Sykepleieren bør bekrefte kvinnens evner i morsrollen, da ammeutfordringer kan skape usikkerhet (Palmér & Gustafsson, 2021). Amming er ofte sterkt knyttet til kvinnens identitet som mor, og vellykket amming kan ha stor betydning for mestringsfølelsen (Rydström et al., 2021; Tveit & Söderhamn, 2015). Flere mødre uttrykte manglende evne til å amme som et symbol på å ikke være en vellykket mor (Rydström et al., 2021). Usikkerhet rundt egen ammeevne medførte et stort behov for bekreftelse i forbindelse med ammeveiledningen (Bäckström et al., 2010; Tveit & Söderhamn, 2015; Wandel et al., 2016). Flere kvinner erfarte at deres selvtillit og tro på egen kompetanse ble styrket av helsepersonellens bekreftelse, som videre kunne fremme autonomi ogistringstro, samt oppnåelse av deres ammemål (Blixt et al., 2019; Bäckström et al., 2010; Tveit & Söderhamn, 2015). Rydström et al. (2021) argumenter at mødrenes innsikt kan tilføre verdifull informasjon, som understreker viktigheten av at helsepersonell bør bekrefte mødre som eksperter på seg selv, slik at mødre kan få mer eierskap til beslutningene som tas. Undervisende veiledning, samt emosjonell og relasjonell støtte har vist seg å kunne bidra til økt istringstro, samt økt forekomst av fullamming og varighet (Nilsson et al., 2020; Wong et al., 2021). Dette understreker viktigheten av sykepleierens yrkesetiske ansvar for å understøtte mors ressurser og istring (NSF, 2023), som er i tråd med empowerment-prosessen om å utvikle mors istringskompetanse (Tveiten, 2020, s. 38-39, 123). Derfor bør sykepleieren være bevisst på å bygge opp mors selvtillit og istringstro ved ammeveiledningen, samt anerkjenne og bekrefte hennes innsats.

5.1.3 Kroppslig visdom

I en genuin omsorgsrelasjon kan sykepleierens kroppslige visdom omgjøres til omsorgsfull praksis gjennom refleksjon, ved å tilføre mening til amming utover det biologiske, slik at det også omfatter kulturelle og eksistensielle dimensjoner (Palmér & Gustafsson, 2021). Kroppslig visdom innebærer en sammenfletting mellom praktisk, teoretisk og kroppslig kunnskap, og har til hensikt å skape en meningsfull og støttende ammeopplevelse for kvinnen (Palmér & Gustafsson, 2021).

Praktisk og teoretisk kunnskap

Praktisk og teoretisk kunnskap om amming innebærer en balanse mellom medisinsk innsikt og omsorg, samt bevissthet om at hver kvinnes ammehistorie er unik (Palmér & Gustafsson, 2021). Manglende praktisk og teoretisk kunnskap hos sykepleieren kan medføre økt risiko for at kvinner overlates til seg selv, og dermed får utilstrekkelig hjelp med ammeutfordringene (Palmér & Gustafsson, 2021). Det fremkommer i studiene til Blixt et al. (2019) og Rydström et al. (2021) at kvinner observerte variasjoner i kunnskapsnivået hos helsepersonell under ammeveiledningen, som påvirket tilliten til helsepersonellet. Flere kvinner understreket betydningen av helsepersonellens faglige kunnskap og praktiske støtte for å mestre ammingen, særlig ved ammeutfordringer (Blixt et al., 2019; Bäckström et al., 2010; Rydström et al., 2021; Tveit & Söderhamn, 2015; Wandel et al., 2016). Videre viser funn at kvinner ønsket mer praktisk og realistisk informasjon om helsemessige fordeler for både mor og barn, samt hvor omfattende etablering og opprettholdelse av amming kan være (Blixt, et al., 2019; Bäckström et al., 2010). Ifølge MBV trinn 3, 5 og 9 skal sykepleieren gi informasjon om viktigheten av amming, veilede mødre under etablering av amming og ved ammeutfordringer, samt informere om faktorer som kan ha en negativ innvirkning på ammingen (WHO, 2018b). Dette er i tråd med kvinnes rett til informasjon, som er en forutsetning for å medvirke og ta informerte valg om egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleieren plikter å gi kvinnen nødvendig og oppdatert informasjon, og samtidig respektere hennes rett til å gjøre hva hun anser som best for seg selv og barnet sitt (Helsepersonelloven, 1999, § 10; NSF, 2023). Videre må sykepleieren være bevisst på at kunnskap innebærer makt, og at en maktubalanse i ammeveiledningen kan påvirke den genuine omsorgsrelasjonen (Tveiten, 2020, s. 101). Ved at sykepleieren er bevisst over dette, samt kvinnens rett til informasjon, kan sykepleieren ivareta kvinnens medvirkning ved ammeveiledning, som er sentralt både med tanke på autonomi og empowerment (Tveiten, 2019, s. 57-58; Tveiten, 2020, s. 38). Kvinnes unike ammehistorier understreker behovet for at sykepleieren er faglig oppdatert på praktisk og teoretisk kunnskap om ammeveiledning, for å ivareta kvinnens rett til informerte valg.

Kroppslig kunnskap

Kroppslig kunnskap handler om å lytte til både det som blir og ikke blir sagt (Palmér & Gustafsson, 2021). Dette krever sensitivitet og bevissthet fra sykepleieren om at kvinnen ikke nødvendigvis tør å uttrykke indre ønsker direkte, på grunn av usikkerhet eller frykt (Palmér &

Gustafsson, 2021). Sykepleieren må være bevisst den faglige kunnskapens begrensninger, da ammeveiledning innebærer mer enn bare de fysiologiske aspektene (Rydström et al., 2021). Flere mødre uttrykte at de ikke følte seg forstått, da de fikk generelle råd fremfor at helsepersonellet så kompleksiteten i deres situasjon (Blixt et al., 2019; Rydström et al., 2021). Rydström et al. (2021) argumenterer at slike funn kan indikere dempet klinisk sensitivitet hos helsepersonellet, som kan innebære mangel på genuin lytting og tilstedeværelse. Dersom sykepleieren mangler klinisk sensitivitet og baserer ammeveiledningen på sine egne antakelser om kvinnens behov, er det en risiko for at kvinnens subtile signaler blir oversett, som kan medføre at hun ikke blir tilstrekkelig møtt i sine utfordringer (Rydström et al., 2021; Sundhedsstyrelsen, 2018/2021, s. 29). Videre fremkommer det i studien til Wandel et al. (2016) at helsepersonell må være klar over at selv om mødre ikke nødvendigvis tar initiativ og stiller spørsmål, er ikke det ensbetydende med at de ikke har behov for veiledning. Derfor må sykepleieren våge å stille direkte spørsmål om hvordan kvinnen faktisk føler seg, og hva som er viktig for henne ved ammeveiledningen (Barimani et al., 2017; Gustafsson et al., 2017). Kroppslig kunnskap kan forstås som intuisjon, og refleksjon og bevisstgjøring kan gjøre sykepleieren mer klar over sin kroppslige kunnskap (Palmér & Gustafsson, 2021; Tveiten, 2020, s. 97). Sykepleieren må evne å være sensitiv overfor kvinnens verbale og ikke-verbale uttrykk, for at kvinnens unike ammehistorie skal bli kjernen i ammeveiledningen som gis.

5.1.4 Skape en beroligende atmosfære

Det er sentralt at sykepleieren skaper en beroligende atmosfære ved ammeveiledningen, der kvinnen kan utforske og utvikle forholdet til sitt nyfødte barn (Palmér & Gustafsson, 2021). Dette kan innebære å fremme harmonisk nærhet til barnet, styrke kontinuiteten i omsorgen, samt ivareta hennes nære relasjoner (Palmér & Gustafsson, 2021).

Fremme en harmonisk nærhet

Sykepleiere ved barselavdeling har en betydningsfull rolle i å bistå kvinner med å utvikle en harmonisk nærhet til sitt nyfødte barn gjennom støtte og veiledning, både ved fysiske ammeutfordringer og følelsesmessige reaksjoner (Palmér & Gustafsson, 2021). Etter fødselen uttrykte flere kvinner å være preget av sterke inntrykk, stress og overveldende følelser for det nye ansvaret (Rydström et al., 2021; Tveit & Söderhamn, 2015). Grunnet det korte barseloppholdet og en opplevelse av at amming var det viktigste å mestre før utskrivelse, beskrev

flere kvinner et tidspress som gikk utover tilknytningen til barnet (Rydström et al., 2021; Tveit & Söderhamn, 2015). Resultatene fra Wandel et al. (2016) antyder at mødrenes opplevelse av veiledningen ble påvirket av hvorvidt atmosfæren var rolig eller stressende. Dette samsvarer med brukererfaringer fra barselomsorgen, der kvinner knyttet stress og utilstrekkelig hjelp til personalets travelhet og væremåte (Holmboe & Sjetne, 2018; Sjetne, 2018). Kvinnens opplevelse av en trygg atmosfære er en forutsetning for å ta til seg det sykepleieren forteller under ammeveiledningen (Tveiten, 2019, s. 86). Derfor er det hensiktsmessig at sykepleieren tilrettelegger for en trygg og beroligende atmosfære, som fremmer nærhet mellom mor og barn.

Flere kvinner beskriver at morsrollen blir positivt påvirket av en dypere nærhet med barnet, og dersom helsepersonell tilrettelegger for dette, kan det gi en følelse av å mestre den nye morsrollen (Blixt et al., 2019; Rydström et al., 2021). Dette er i tråd med MBV, der fokus på fordelene med følelsesmessig nærhet står sentralt i ammeveiledningen (WHO, 2018b). Det fremkommer særlig i trinn 4, 7 og 8 som omhandler uforstyrret hud-mot-hud-kontakt, anledning til å være med barnet 24 timer i døgnet, samt å gjenkjenne barnets tidlige tegn på sult (WHO, 2018b). Sykepleierens rolle er sentral i å implementere og veilede mødre gjennom tiltak som fremmer økt hud-mot-hud-kontakt og hyppig amming på barselavdelingen (Nilsson et al., 2017). Mens slike tiltak har vist seg å øke forekomsten av fullamning ved seks måneders alder, er det viktig for sykepleiere å være oppmerksomme på mødrenes individuelle opplevelser (Nilsson et al., 2017). Tidlig hud-mot-hud-kontakt, som en del av disse tiltakene, har dokumentert langvarige positive effekter på samspillet mellom mor og spedbarn (Moore et al., 2016), og sykepleieren har en vesentlig rolle i å tilrettelegge for dette, for å styrke båndet mellom mor og barn.

Styrke kontinuiteten

Kontinuitet er en forutsetning for å bygge en genuin omsorgsrelasjon, da kvinnene kan følges opp av omsorgspersoner de har bygget tillit til (Palmér & Gustafsson, 2021). Derimot kan mangel på kontinuitet føre til motstridende råd, samt følelser av manglende kontroll og frustrasjon, som kan være til hinder for en beroligende atmosfære (Palmér & Gustafsson, 2021). Å investere mye tid i å bygge tillit til en omsorgsperson, for å så måtte starte på nytt med noen andre, blir forbundet med frustrasjon (Bäckström et al., 2010). Kontinuitet, sammenheng og helhet fremkommer som viktig i forbindelse med ammeveiledningen, og flere kvinner uttrykte

usikkerhet og svekket tillit som følge av motstridende råd (Blixt, et al., 2019; Bäckström et al., 2010; Tveit & Söderhamn, 2015). Disse funnene støttes av brukererfaringer fra norske barselavdelinger, der kvinnene beskrev ammeveiledningen som motstridende og forvirrende, noe som negativt påvirket barseloppholdet (Sjetne, 2018). På en annen side opplever helsepersonell at de kan ha forskjellig tolkning av kvinnens ammehistorie, og kan derfor basere ammeveiledningen på ulikt grunnlag (Bäckström et al., 2010), noe som kan medføre motstridende råd. Derimot kan helsepersonellens ulike tolkninger gi mulighet for å se situasjonen fra flere perspektiver, og med et godt samarbeid kan dette forbedre ammeveiledningen og sikre kontinuitet (Hamnøy et al., 2023). Dette er også gjeldende ved kvinnens utreise, da sykepleieren har et ansvar i tråd med MBV trinn 10 og yrkesetiske retningslinjer for å sikre kontinuitet i omsorgen etter utskrivelse (NSF, 2023; WHO, 2018b). Selv om sykepleieren kan innhente vesentlig informasjon om kvinnens situasjon fra kollegaer og dokumentasjon, bør sykepleieren likevel lytte genuint og være til stede for å forstå kvinnens unike ammehistorie.

Støtte nære relasjoner

Å støtte kvinnens nære relasjoner innebærer at sykepleieren involverer partneren i ammeveiledningen, som kan lindre kvinnens byrde av ammeutfordringene, og dermed skape en beroligende atmosfære (Palmér & Gustafsson, 2021). Kvinnens partner blir trukket frem som den viktigste støttespilleren i de første dagene etter fødsel, da partner kan gi praktisk og emosjonell støtte, samt trygghet (Tveit & Söderhamn, 2015). Det fremkommer i studien til Blixt et al. (2019) at flere kvinner ønsket at helsepersonell inkluderte partneren, samt informerte partneren om hvordan de kunne bidra ved ammingen og knytte seg til barnet, slik at de ikke skulle føle seg utelatt. Kvinnene påpekte at det var vesentlig at partneren hadde en positiv holdning til amming, for å gi kvinnen oppmuntring og følelsesmessig støtte i deres beslutning om å fortsette ammingen (Blixt et al., 2019). Dette samsvarer med funn i studien til Hauck et al. (2016) der kvinner uttrykte partnerstøtte som essensielt for å opprettholde amming de første seks månedene. Videre beskriver partnere amming som en naturlig del av å få barn, men skildrer følelser av utenforskap, misunnelse og urettferdighet som følge av amming og det nære forholdet mellom mor og barn (Palmqvist et al., 2015). Når partnere blir inkludert i ammeveiledningen innen den første måneden etter fødselen, blir det observert forbedringer knyttet til ammestart, varighet og eksklusivitet (Abbass-Dick et al., 2019), i tillegg blir sjansen doblet for at barnet ammes seks måneder etter fødsel (Nilsson et al., 2019). Flere mødre opplever i betydelig grad at partner oppmuntrer til hud-mot-hud-kontakt og god posisjonering, samt viser

tillit til kvinnens evne til å produsere tilstrekkelig med morsmelk, når de blir inkludert i ammeveiledningen (Nilsson et al., 2017). Sykepleieren har både juridisk plikt, samt et faglig og etisk ansvar for å inkludere partneren i ammeveiledningen (Helsedirektoratet, 2014, s. 24; NSF, 2023; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8; WHO, 2018b), som kan bidra til å støtte kvinnen og hennes ammeopplevelse.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Litteratursøk

I litteratursøket ble det knyttet sammenheng mellom søket og problemstillingen, ved bruk av søkeord basert på meningsbærende enheter i problemstillingen, noe som anses som en styrke (tabell 3). Imidlertid resulterte søket i artikler med lav overførbarhet til den norske konteksten. Derfra ble det gjort en overveielse om det ville styrke eller svekke oppgaven ved å avgrense til Skandinavia. Det var åpenbart at det ville begrense antall treff betydelig. Videre var det en tendens at skandinaviske artikler var merket med få emneord, som gjorde det nødvendig å eliminere søkeord for å ikke miste relevante artikler. I tillegg var det relevante skandinaviske artikler som ikke var merket med "Skandinavia" som forsvant fra resultatet. Det ble utført søk både ved bruk av tekstord og emneord i forbindelse med avgrensning til Skandinavia, uten at det medførte flere relevante treff. Med emneordet "Skandinavia" ble det nødvendig å eliminere søkeord knyttet til veiledning, som resulterte i flere treff med irrelevant hensikt og kontekst. Det fremkom få artikler som fant sted på barselavdeling, så det ble aktuelt å finne artikler med overførbar kontekst. En bredere søkestrategi ble vurdert, og det ble forsøkt å unngå direkte avgrensning til Skandinavia for å håndplukke relevante artikler manuelt, men det førte til et uhensiktsmessig treff med et stort antall irrelevante artikler. En alternativ tilnærming som ble vurdert var å unngå avgrensning til Skandinavia, og heller inkludere kulturelle variasjoner i diskusjonen. Dette kunne potensielt gi flere studier som fokuserte på ammeveiledning og som fant sted på barselavdeling. I lys oppgavens hensikt ble det imidlertid vurdert som styrkende å prioritere den kulturelle konteksten, siden det ble antatt at resultatene likevel ville være relevante og anvendbare på barselavdeling.

5.2.2 Utvelgelse av artikler

Strukturerte søk ble hovedsakelig utført av én student, noe som ble ansett som hensiktsmessig for å spare tid. Derimot kunne det vært fordelaktig hvis begge deltok i strukturerte søk i forbindelse med å finne relevante søkeord. Likevel ble alle de valgte artiklene vurdert av begge studentene, for å sikre relevans og kvalitet på resultatene.

Artiklene ble valgt ut basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier (tabell 5). For å identifisere artikler med relevans for norske barselavdelinger, ble konteksten nøye vurdert, som beskrevet i oppgavens innledning. En del artikler utforsket kvinners erfaringer med ammeveiledning gjennom hele ammeforløpet, uten å spesifisere én enkelt kontekst. Derfor var det avgjørende å velge artikler som var mest egnet til å svare på problemstillingen, ved å vurdere relevansen av funnene i forhold til aktuell kontekst. Inkluderingen av artikler fra ulike kontekster ble sett på som en styrke, da dette kunne gi en bredere forståelse av kvinners erfaringer gjennom svangerskap, fødsel og barseltid, samt kaste lys over langvarige virkninger av ammeveiledning. Imidlertid ble det ansett som uhensiktsmessig å inkludere artikler som fokuserte på ammeveiledning knyttet til kvinnens egen sykdom, prematur fødsel eller sykt barn på nyfødt-intensivavdeling. Mens dette kunne bidratt til diskusjonen, ble det ansett som hensiktsmessig å unngå en for bred pasientgruppe, med tanke på ordrammens begrensninger. En studie utforsket opplevelser fra både kvinner og jordmødre, og det ble vurdert at kvinnenes erfaringer var relevante å inkludere i resultatene. Samtidig kunne jordmødrenes erfaringer være nyttige å anvende i diskusjonen for å belyse begge perspektiver. Den samme artikkelen er fra 2010, som først ble ansett som utdatert, men funnene samsvarte med nyere studier, og ble derfor vurdert som relevant.

5.2.3 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler

Samtlige av de fem artiklene som ble inkludert benytter seg av kvalitativ metode. Denne metoden ble betraktet som passende for å utforske kvinnenes erfaringer med ammeveiledning, da kvalitative studier spiller en viktig rolle i å utvikle forståelse for omsorg, læring, mestring og veiledning (Tveiten, 2020, s. 61). Kvalitativ metode har til hensikt å skape en dypere forståelse av et fenomen, ved å utforske deltakernes erfaringer, samt vise følsomhet til det særegne ved følelsene og opplevelsene deres (Brottveit, 2018b, s. 65; Dalland, 2020, s. 55). Metoden muliggjør dybde i datainnsamlingen og tillater forskeren å være fleksibel og fordype

seg i viktige emner (Dalland, 2020, s. 55). Det er imidlertid av betydning å ta i betraktning ulike svakheter ved kvalitativ metode. Forskeren spiller en mer deltagende rolle, og kan i større grad påvirke resultatene (Leseth & Tellmann, 2018, s. 15). Det kan også være utfordrende å kontrollere resultatene på grunn av studienes kontekstavhengighet (Brottveit, 2018b, s. 68).

Flere artikler gjør rede for forskernes forforståelse for feltet (Blixt et al., 2019; Rydström et al., 2021; Tveit & Söderhamn, 2015), som kan påvirke hvordan data blir tolket og dermed hvordan resultatene blir fremstilt (Dalland, 2020, s. 60). Alle de inkluderte artiklene er fra Norge og Sverige, slik at resultatene regnes som høyst overførbare til den norske konteksten. Likevel er det flere artikler som ikke fokuserer på selve barselavdelingen som kontekst (Blixt et al., 2019; Rydström et al., 2021; Wandel et al., 2016), slik at det ble nødvendig å plukke ut det som ble ansett som relevant for barselavdeling. Samtidig, ved bruk av den teoretiske omsorgsmodellen til Palmér og Gustafsson (2021), ble det likevel tenkt at deltakernes relasjonelle opplevelser kunne ha overførbarhet til barselavdelinger.

I Norge er amming høyt verdsatt og sterkt anbefalt, som resulterer i at de fleste norske kvinner har et ønske om å mestre amming (Hansen, 2017b, s. 696-697). Samtidig i 2016 stod innvandrerkvinner for mer enn en fjerdedel av alle fødsler i Norge (Dzamarija, 2017), som tilsier at sykepleiere på barselavdeling også må ha kompetanse for å ivareta denne pasientgruppen. Likevel var det flere av de valgte artiklene som inkluderte kun kvinner som snakket norsk eller svensk (Bäckström et al., 2010; Tveit & Söderhamn, 2015). For å gi et nyansert bilde av kvinners erfaringer som er mer representativt for den norske befolkningen, ble det ansett som styrkende å inkludere artikkelen til Wandel et al. (2016), ettersom de har undersøkt hvordan det er å være ammende kvinne med minoritetsbakgrunn i Norge.

Flere av artiklene påpekte at de utførte strategisk utvalg, for å sikre variasjoner hos deltakerne (Bäckström et al., 2010; Rydström et al., 2021; Wandel et al., 2016), slik at utvalget blir representativt for befolkningen og dermed har overføringsverdi (Brottveit, 2018a, s. 88). Derimot hadde flere artikler et begrenset antall deltakere (Bäckström et al., 2010; Rydström et al., 2021; Tveit & Söderhamn et al., 2015; Wandel et al., 2016), som kan gjøre det vanskelig å generalisere funnene til en bredere populasjon (Dalland, 2020, s. 81). I tillegg kan det tenkes at deltakerne i samtlige studier ønsket å delta i studien fordi de var særlig motiverte for å amme, som kan begrense overførbarheten til en bredere populasjon av kvinner.

6 Konklusjon

Kvinner sine unike ammehistorier kan utgjøre en sentral faktor for å styrke ammeveiledningen som sykepleiere gir på barselavdeling. En helhetlig omsorgspraksis, forankret i kroppslig visdom, kulturell bevissthet, og en beroligende atmosfære, er avgjørende for å forstå og imøtekomme kvinnens individuelle behov. Sykepleierens bevissthet om egne holdninger, samt å ha en lyttende tilnærming til kvinnens unike ammehistorie kan danne grunnlaget for en støttende og individuelt tilpasset ammeveiledning. Respekt for kvinnens valg, sensitivitet overfor hennes uttrykk, og faglig oppdatert praksis kan legge til rette for en omsorgsfull ammeveiledning. Gjennom genuin lytting og tilstedeværelse kan sykepleieren skape en trygg omsorgsrelasjon og atmosfære, der kvinners ressurser og unike ammehistorie blir kjernen i ammeveiledningen, som kan bidra til å optimalisere ammeopplevelsen for hver enkelt kvinne på barselavdelingen. Likevel er det vesentlig å være bevisst på de sykepleiefaglige rammene og dagens kontekst på norske barselavdelinger, med både tidsbegrensninger og ressursmangel, samt hvordan disse kan påvirke utøvelsen av sykepleie i praksis.

Referanseliste

Abbass-Dick, J., Brown, H. K., Jackson, K. T., Rempel, L. & Dennis, C. L. (2019). Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery*, 75, 41–51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.001>

Ammehjelpen. (2022). *Innspill til representantforslag om en bedre barselomsorg*. <https://ammehjelpen.no/innspill-til-representantforslag-om-en-bedre-barselomsorg/>

Ballard, O. & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K. & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(3), 537–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>

Blixt, I., Johansson, M., Hildingsson, I., Papoutsi, Z. & Rubertsson, C. (2019). Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0247-4>

Bowdler, S., Nielsen, W., Moroney, T. & Meedya, S. (2022). What knowledge of breastfeeding do nursing students hold and what are the factors influencing this knowledge: An integrative literature review. *Nurse education in practice*, 64, Artikel 103423. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103423>

- Brottveit, G. (2018a). Den kvalitative forskningsprosessen og kvalitative forskningsmetoder. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (s. 84-106). Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018b). Om forskningsdesign. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (s. 62-73). 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*, 5, Artikkel 20. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20>
- Cato, K., Sylvén, S. M., Skalkidou, A. & Rubertsson, C. (2014). Experience of the first breastfeeding session in association with the use of the hands-on approach by healthcare professionals: a population-based Swedish study. *Breastfeeding Medicine*, 9(6), 294–300. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0005>
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: An existential view of well-being. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(3), 265–271. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9174-7>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dennis, C. & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1629>
- Eilertsen, B. (2017). Lover og forskrifter. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka* (2. utg., s. 32-44). Cappelen Damm AS.
- Feenstra, M. M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D. B. & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.003>

- Folkehelseinstituttet (FHI). (2020, desember). *Skjema for strukturert ammeobservasjon og veiledning*. Folkehelseinstituttet. [skjema-ammeobservasjonsskjema.pdf](https://www.fhi.no/skjemamateriale/skjema-ammeobservasjonsskjema.pdf) (fhi.no)
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2022, 05. juli). *Mor-barn-vennlig sykehus*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/le/amming-og-morsmelk/mor-barn-vennlig-standard/mor-barn-vennlig-sykehus/>
- Gaundernack, L. C. & Reinar, L. M. (2017). Plager og komplikasjoner. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka* (s. 609-632). Cappelen Damm AS.
- Gavine, A., Shinwell, S. C., Buchanan, P., Farre, A., Wade, A., Lynn, F., Marshall, J., Cumming, S. E., Dare, S. & McFadden, A. (2022). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub6>
- Gidrewicz, D. A. & Fenton, T. R. (2014). A systematic review and meta-analysis of the nutrient content of preterm and term breast milk. *BMC Pediatrics*, 14(1), Artikkel 216. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-216>
- Glavin, K. (2019). Psykiske reaksjoner under svangerskap og etter fødsel. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid* (3. utg., s. 237-243). Fagbokforlaget.
- Gustafsson, I., Nyström, M. & Palmér, L. (2017). Midwives' lived experience of caring for new mothers with initial breastfeeding difficulties: A phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.12.003>
- Gustin, L. W. (2018). Being Mindful as a Phenomenological Attitude. *Journal of Holistic Nursing*, 36(3), 272–281. <https://doi.org/10.1177/0898010117724928>
- Haga, S. M. (2011). *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation/* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. DUO vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/18162>

- Haga, S., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 175–184. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2>
- Hamnøy, I. L., Kjelsvik, M., Baerug, A. B. & Dahl, B. M. (2023). A balancing act-midwives' and public health nurses' experiences with breastfeeding counselling. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1-12 <https://doi.org/10.1111/scs.13198>
- Hansen, M. N. (2017a). Ammeveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka* (2. utg., s. 715-739). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017b). Mor-barn-vennlige sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka* (2. utg., s. 697-704). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017c). Morsmelkens sammensetning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka* (2. utg., s. 710-714). Cappelen Damm AS.
- Hauck, F. R., Thompson, J. M. D., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 128(1), 103–110. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3000>
- Hauck, Y. L., Blixt, I., Hildingsson, I., Gallagher, L., Rubertsson, C., Thomson, B., & Lewis, L. (2016). Australian, Irish and Swedish women's perceptions of what assisted them to breastfeed for six months: exploratory design using critical incident technique. *BMC Public Health*, 16(1), Artikkel 1067. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3740-3>
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018) I. Å. Gammersvik & T. B. Larsen, (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., p. 135-156). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket (2021, 20. januar). *CINAHL*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

Helsedirektoratet (2014, 9. april). *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.*

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/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

Helsedirektoratet (2020, mars). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem: Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020 (IS-2895).* Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf> /attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf

Helsedirektoratet. (2021a, 8. juli). *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring.* <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>

Helsedirektoratet. (2021b, 22. november). *Tilgang på og behov for jordmødre: Innspill og medlemsundersøkelser fra jordmødrenes organisasjoner.* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilgang-pa-og-behov-for-jordmodre/behov-for-jordmodre/innspill-og-medlemsundersokelser-fra-jordmodrenes-organisasjoner>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger.* Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/sub/eosnotatbasen/notatene/2015/sep/morsmelkerstatninger-og-tilskuddsblandinger/id2466365/>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV.1999-07-02-64).* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Holan, S. & Hansen, M. N. (2019). Barseltiden. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid* (3. utg., s. 195-202). Fagbokforlaget.
- Holmboe, O., & Sjetne, I. S. (2018). *Brukeres erfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017: Nasjonale resultater* (PasOpp-rapport nr. 2018:46). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/d4da3f0a37534eeb96b5175beef8b587/fode-og-barsel/46-nasjonale-resultater.pdf>
- Hörnell, A., Lagström, H., Lande, B. & Thorsdottir, I. (2013). Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food & Nutrition Research*, 57, 1–27
<https://doi.org/10.3402/fnr.v57i0.20823>
- Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. (2012). Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(24), 419–424.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0419>
- Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien forskning*, 9(1), 14-23. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0019>
- Hvatum, I., & Glavin, K. (2017). Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(19–20), 3144–3155. <https://doi.org/10.1111/jocn.13663>
- Jordmorforbundet Norsk sykepleierforbund (NSF). (2020, 14. desember). *Innspill fra jordmorforbundet NSF til høring om representantforslag om tiltak for å sikre trygge fødsel- og barseltjenester og jordmorberedskap i hele landet* (Dokument 8:7 S).
<https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-01/5.1.21-trygge-fodsels-og-barseltjenester-og-jordmorberedskap-helse-og-omsorgskomiteen-5-januar.pdf>
- Kendall-Tackett, K., Cong, Z. & Hale, T. W. (2013). Depression, sleep quality, and maternal well-being in postpartum women with a history of sexual assault: a comparison of

- breastfeeding, mixed-feeding, and formula-feeding mothers. *Breastfeeding Medicine*, 8, 16–22. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0024>
- Kramer, M. S. & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8, Artikkel CD003517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser: - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling*, (4. utg., s. 257-308). Gyldendal akademisk.
- Leeming, D., Williamson, I., Johnson, S., & Lyttle, S. (2015). Making use of expertise: a qualitative analysis of the experience of breastfeeding support for first-time mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), 687–702. <https://doi.org/10.1111/mcn.12033>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M. and Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*, 20, 287-295. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x>
- Løland, B. F., Brabrand, K., Myr, R. & Prestaaen, R. (2020, 16. februar). *Amming/morsmelk/mastitt og abscess*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/ammimgorsmelkmastitt-og-abscess/>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, Artikkel CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Myhre, J. B., Andersen, L. F. & Kristiansen, A. L. (2020). *Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder*. (Rapport 2020).

Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>

Netland, T. (2023, 25. mai). *Kroppslig sinn-teori*. Store Norske Leksikon.

https://snl.no/kroppslig_sinn-teori

Nilsson, I. M. S., Strandberg, L. K., Knight, C. H., Hansen, A. V., & Kronborg, H. (2017).

Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), Artikkel e12432. <https://doi.org/10.1111/mcn.12432>

Nilsson, I. Busck-Rasmussen, M. & Kronborg, K. (2019, 4. februar). *National klinisk retningslinje om etablering af amning efter fødsel*. Komiteen for Sundhedsoplysning og Aarhus Universitet.

http://kompetencecenterforamning.dk/media/162494/20190206_nkr_etablering_af_amning_efter_foedsel_final.pdf

Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Rahbek, K., & Strandberg, L. K. (2020). The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), 1–12. <https://doi.org/10.1111/mcn.12986>

Nordic Council of Ministers (2012). *Nordic Nutrition Recommendations*. Nordic Council of Ministers. <https://www.norden.org/en/publication/nordic-nutrition-recommendations-2012>

Norsk Sykepleierforbund (NSF). (2023, 21. november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utg). Gyldendal Akademisk.

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

Palmér, L., Funkquist, E.-L., Svensson, K., Cato, K., Ternström, E., Oras, P. & Engblom, M. C. (2021, 7. januar). *Kvinnor får inte det amningsstöd de efterfrågar*. Göteborgs-Posten. <https://www.gp.se/debatt/kvinnor-far-inte-det-amningsstod-de-efterfragar.2a3988a7-f901-4738-b7b9-f8c7907646c8>

Palmér, L. & Gustafsson, I. (2021). A Theoretical Model on Caring for Mothers With Initial Breastfeeding Difficulties: The Breastfeeding Story as a Hub for Caring Practice. *International Journal for Human Caring*, 25(1), 45–59. <https://doi.org/10.20467/HumanCaring-D-19-00056>

Palmqvist, H., Zäther, J. & Larsson, M. (2015). Fathers' and co-mothers' voices about breastfeeding and equality - A Swedish perspective. *Women and birth*, 28(3), e63–e69. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.005>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>

Patel, S. & Patel, S. (2016). The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, 32(3), 530–541. <https://doi.org/10.1177/0890334415618668>

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175–186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

Power, F. B. & Croswell, C. V. (2016). The Enaction of Embodied Wisdom: The Unifying Dynamic Nature of Cognition, Behavior, and Affect. *Proceedings of The 20th World Multi-Conference on Systemics, Cybernetics and Informatics (WMSCI 2016)* <https://www.iiis.org/CDs2016/CD2016Summer/papers/CK373YG.pdf>

Revheim, I., Balthasar, M. R., Akerkar, R. R., Stangenes, K. M., Almenning, G., Nygaard, E., Markestad, T., Øverland, S., Roelants, M. & Juliusson, P. B. (2023). Trends in the

- prevalence of breastfeeding up to 6 months of age using structured data from routine child healthcare visits. *Acta Paediatrica*, 112(1), 100–105.
<https://doi.org/10.1111/apa.16367>
- Rydström, L.-L., Tavallali, A., Sundborg, E., Berlin, A. & Ranheim, A. (2021). Caught on the Fringes of Life: Mothers' Lived Experiences of Initial Breastfeeding Complications. *Qualitative Health Research*, 31(9), 1622–1631.
<https://doi.org/10.1177/10497323211002484>
- Schafer, R. & Genna, C. W. (2015). Physiologic Breastfeeding: A Contemporary Approach to Breastfeeding Initiation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(5), 546–553.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12319>
- Sjetne, I. S. (2018, 8. november). *Erfaringer med føde- og barselavdelingene*. FHI.
<https://www.fhi.no/ku/brukererfaringer/erfaringer-med-fode-og-barselavdelingene/>
- Socialstyrelsen (2023) *Statistikdatabas för amning*. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/amning/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Sundhedsstyrelsen (2021). *Amning: en håndbok for helsepersonell* (Nasjonal kompetansetjeneste for amning, Rev., H. Strømsnes, Overs.). Fagbokforlaget. (Opprinnelig utgitt 2018).
- Sundhedsstyrelsen (2023). *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. Sundhedsstyrelsen. Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Thompson, J. M. D., Tanabe, K., Moon, R. Y., Mitchell, E. A., McGarvey, C., Tappin, D., Blair, P. S. & Hauck, F. R. (2017). Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*, 140(5), 1–9.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-1324>

- Tveit, G. N. I. & Söderhamn, U. S. U. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(2), 151–164. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-07>
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen, (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning: - mer enn ord* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka* (2. utg., s. 598-607). Cappelen Damm AS.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Wandel, M., Terragni, L., Nguyen, C., Lyngstad, J., Amundsen, M. & de Paoli, M. (2016). Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. *Women & Birth*, 29(6), 487–493. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.006>
- Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T. (2014). Immigrant New Mothers in Finnish Maternity Care: An Ethnographic Study of Caring. *International Journal of Childbirth*, 4(2), 86–102. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.4.2.86>
- World Health Organization (WHO). (1981, 27. januar). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9241541601>

- World Health Organization (WHO). (2006). *What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health?* Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2018a). *Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices*. Geneva: WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2018b). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. Geneva: WHO.
<https://www.unicef.org/media/95191/file/Baby-friendly-hospital-initiative-implementation-guidance-2018.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Mor–barn-vennlig standard (MBV): Ti trinn for vellykket amming (revidert 2018)* (Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) Overs.). (Opprinnelig utgitt 2018). WHO.
<https://www.fhi.no/contentassets/64135683dba84311becce5dd694c680c/2019-10-02-ti-trinn-for-vellykket-ammig---lang.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*. Geneva: WHO.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340706/9789240018389-eng.pdf?sequence=1>
- Wong, M. S., Mou, H. & Chien, W. T. (2021). Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, Artikkel 103874.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103874>



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien bruker et utforskende design for å utforske kvinners råd til helsepersonell vedrørende ammeveiledning. Semistrukturerte telefonintervjuer ble utført.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Det var totalt 162 kvinner som var interessert i å delta. 23 kvinner ble ekskludert fordi de ikke møtte inklusjonskriteriene (ingen respons etter tre forsøk, bodde ikke i Sverige eller hadde sluttet å amme for mer enn 12 måneder siden. Totalt deltok 139 kvinner som hadde ammet i seks måneder eller lenger. Kvinnene ammet fortsatt eller hadde sluttet å amme innen de siste 12 månedene.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Studien er en oppfølging av en større studie som utforsket kvinnenes oppfatninger av faktorene som hjalp dem med å amme i minst 6 måneder. Barselomsorgen i Sverige som er konteksten og deltagerne blir tilstrekkelig beskrevet.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Studien har anvendt innholdsanalyse som analysemetode. Intervjuene ble transkribert ordrett og teksten ble lest gjentatte ganger for å danne et helhetsinntrykk. Meningsenheter ble identifisert, kondensert, abstrahert og tildelt koder. Kodene ble sammenlignet og gruppert i underkategorier og deretter kategorier. Den siste fasen besto av tolkning av resultatene. Kodene ble til slutt gruppert i 20 underkategorier og 5 kategorier.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	X		



	Kommentar: Hovedfunnene kommer tydelig og oversiktlig frem ved bruk av kategorier og underoverskrifter. Hovedtemaet er «sensitiv og individualisert ammeveiledning" som er delt inn i fem kategorier; å tilby evidensbasert omsorg, å forberede vordende foreldre under svangerskapet, å skape en respektfull og gjensidig dialog, å tilby individuelle løsninger på ammeproblemer, og å tilby praktisk støtte.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er høyst relevante for praksis da resultatene gir konkrete råd til helsepersonell om hvordan de kan ivareta kvinner i forbindelse med ammeveiledning fra kvinnenes perspektiv.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er i tråd med de presenterte resultatene, og fremhever betydningen av at fagpersoner tilbyr evidensbasert ammestøtte på en sensitiv og individualisert måte. Kvinner føler seg forvirret når de mottar motstridende råd fra nasjonale og internasjonale retningslinjer og helsepersonell om amming. Denne informasjonen er en viktig forutsetning for å styrke kvinnenes selvtillit og hjelpe dem med å nå sine ammemål, noe som kan forbedre den positive opplevelsen av ammingen.	X		
	Totalt antall poeng: ****		9/9	

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Det er en kvalitativ studie med innholdsanalyse, som bruker individuelle intervjuer (tatt opp på lydbånd) med åpne spørsmål som metode for å undersøke deltagerne erfaringer og refleksjoner rundt ammeveiledning.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Rekrutteringen foregikk på en barselavdeling i Sverige. Kvinnene var førstegangs fødende, og de ble valgt gjennom strategisk utvalg for å oppnå så varierte data som mulig. Kvinner som hadde født barn med livstruende sykdommer eller misdannelser, ble ekskludert. Fire jordmødre valgte å delta, alder varierte fra 35 til 49 år, og deres erfaring med ammeveiledning varierte fra 4 til 10 år.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Barselomsorgen i Sverige som kontekst og deltagerne blir tydelig beskrevet. De fleste svenske kvinner føder på sykehus, og blir ivaretatt av en jordmor på barselavdeling som de ikke kjenner fra før.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Studien anvender latent innholdsanalyse. Intervjuene ble transkribert ordrett, deretter analysert separat. Relevant informasjon ble identifisert som meningsenheter, som deretter ble kondensert og kodet. Kodene ble gruppert i underkategorier og deretter kategorier. Dataene ble ytterligere analysert ved å lese på tvers av kategoriene, og søke etter nye sammenhenger og betydninger. I den siste fasen ble funnene diskutert og reflektert over med tanke på forskningsspørsmålene, og et overordnet tema framkom.	X		



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene ble oversiktlig presentert. Erfaringene og refleksjonene fra kvinnene og jordmødrene ble idealisert til et hovedtema: «Individualisert ammeveiledning øker selvtillit og tilfredshet.» Dette temaet består av tre underkategorier: «Den unike kvinnen», «den sensitive bekreftelsesprosessen» og «kontinuitet i omsorgen».	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viste at for å føle seg trygge i sin nye rolle som mødre ønsket kvinnene mer bekreftelse som unike individer og som ammende kvinner; de ønsket å bli lyttet til; og de ønsket mer tid, forståelse og oppfølging fra helsepersonell. I motsetning beskrev jordmødrene seg selv som oppmuntrende og bekreftende overfor kvinnenes behov. Dette viser store variasjoner i opplevelsene til kvinnene og jordmødrene, som er verdifull informasjon å bruke for å forbedre ammeveiledning på barselavdeling.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er i tråd med resultatene og diskusjonen, ved å formidle at hvis helsepersonellet responderte på kvinnens unike behov, følte kvinnen at ammeveiledningen var god og basert på henne som individ, ellers oppsto en følelse av usikkerhet. Jordmødrene uttrykte imidlertid at de ga kvinnene individuell støtte, men de uttrykte også at støtten kom fra ulike synsvinkler, fordi jordmødrene tolket kvinnenes signaler forskjellig.	X		
Totalt antall poeng: ****			9/9	

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Rydström, L.-L., Tavallali, A., Sundborg, E., Berlin, A. & Ranheim, A. (2021). Caught on the Fringes of Life: Mothers' Lived Experiences of Initial Breastfeeding Complications. <i>Qualitative Health Research</i> , 31(9), 1622–1631.				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien bruker et en fenomenologisk tilnærming og design med en åpen nysgjerrighet og ikke-dømmende holdning for å utvikle en dypere forståelse av mødres opplevelser med innledende ammeutfordringer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne er mødre med innledende ammeproblemer, alder mellom 28 til 39 år. Sju var førstegangsmødre, fire hadde sitt andre barn, og en hadde sitt tredje barn. Elleve bodde i et forhold, og én var alenemor. Alle oppga at de hadde bestemt seg for å amme allerede under svangerskapet. Av 20 mødre som svarte «ja», ble totalt 15 mødre strategisk valgt ut basert på variasjoner for å sikre bredde i dataene. Tre mødre valgte å ikke delta før intervjuene før de fant sted, så det ble 12 deltagere til slutt.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Deltagerne i den nåværende studien ble rekruttert fra en evalueringsstudie på en helsetasjon for ammeproblemer. Det gis tilstrekkelig informasjon om barselomsorgen i Sverige som er konteksten og deltagerne i studien.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Forskningsdataene ble analysert manuelt ved å bruke en fenomenologisk tilnærming, som går ut på å reflektere kontinuerlig for å dykke dypere inn i mønster og betydninger. Gjennom nøye lesing av transkripsjonene, ble meningsfulle enheter identifisert og dannet midlertidige forståelser som ble diskutert og	X		



	validert internt. Disse ble til slutt syntetisert for å finne essensen av fenomenet som ble studert.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Sentrale hovedfunn kommer tydelig frem i artikkelen med over- og underoverskrifter. Studien utforsker mødres opplevelser med ammeproblemer og behov for støtte. Mødrene føler seg på "livets ytterkanter", balanserer forventninger og utfordringer, føler både glede og maktesløshet. De søker løsninger i en sårbar situasjon, men opplever også lettelse når støtte og omsorg gis. Dette styrker deres morsrolle, og øker deres tro på seg selv.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser hvordan mødre har erfart ammeproblemer, hva som har hjulpet og hva som har vært utfordrende. Resultatene blir nyttig informasjon om hvordan helsepersonell kan møte mødre med ammeutfordringer.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen er i tråd med resultatene og diskusjonen. Konklusjonen viser til at erfaringene til mødre som står overfor ammeutfordringer er avgjørende å forstå, da de påvirker ammebeslutninger og barnets trivsel. Reflekterende livsverdensforskning gir innsikt i disse erfaringene. Den kan hjelpe helsepersonell med å gi bedre omsorg ved å virkelig lytte til mødrene.	X		
	Totalt antall poeng: ****			9/9

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Et kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming er anvendt for å få forståelse for hva førstegangsmødre gjør for å mestre barnestellet de to første ukene etter fødsel.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Rekrutteringen foregikk på helsestasjonen og inkluderte friske førstegangsmødre mellom 23 og 33 år, som hadde gode norskkunnskaper og friske, tre til seks måneder gamle barn, som var født omtrent til termin på et norsk sykehus. Mødre som var syke eller hadde syke barn, eller hadde vansker med å forstå eller snakke norsk, ble ekskludert. Ni mødre tok kontakt. To trakk seg før intervjuet fant sted. Syv mødre fra fire kommuner i Sør-Norge ble inkludert i studien.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det gis tilstrekkelig informasjon om konteksten, om at det er kort liggetid på barselavdeling, og at de fleste førstegangsfødende kvinner mestrer ikke barnestellet før utskrivelse. Deltagerne er godt beskrevet.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Det ble utført individuelle intervjuer som ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett like etter at de var gjennomført. Analysemetoden gikk ut på å føre en dialog med teksten. Intervjutekstene ble analysert hver for seg. Forsknings spørsmålet ble stilt til hele teksten, til menings-delene og tilbake til hele teksten. Denne systematiske analysen av den transkriberte samtalen besto av fire trinn.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	X		



	Kommentar: Sentrale hovedfunn kommer tydelig frem ved hjelp av kategorier og underoverskrifter. Sentrale strategier som kvinnene brukte for å mestre barnetstellet var: "å være forberedt", "å søke hjelp og støtte", "å bli kjent med barnet".			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene er relevante for praksis da det gir nyttig informasjon om førstegangsfødende sine mestringsstrategier for den nye overveldende tid i livet. Det kan være verdifull kunnskap som helsepersonell i barselomsorgen kan anvende for å videreutvikle helsetjenesten.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen ses i nær sammenheng med resultatene og diskusjonen. Informantenes mestringsstrategier innen barnestellet ble tydelige gjennom forberedelse, søking etter støtte og hjelp, samt å utvikle et forhold til barnet. Å oppleve nærhet til barnet og tilegne seg ferdigheter var avgjørende for å føle mestring. Behovet for kontinuitet og trygghet påvirket valgene som ble tatt for å håndtere barneomsorgen. Evnen til å amme barnet var den mest betydningsfulle faktoren for opplevelsen av mestring.	X		
	Totalt antall poeng: ****			9/9

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Studien bruker kvalitative dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer for å utforske amming blant somaliske mødre i Norge, samt hvordan de navigerer seg mellom ulike informasjonskilder.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Mødrene var fra Somalia, bodde i Oslo eller Omegn og hadde født i Norge. Alle mødrene var muslimer, og de fleste kom til Norge som barn. Alder varierte fra 21 til 40 år, og de fleste var gift. Flertallet hadde flere barn, og noen hadde erfart fødsel både i Somalia og i Norge. Mødre med ulike utdanningsnivåer var representert.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Studien gir tilstrekkelig informasjon om dybdeintervjuene og fokusgruppene. Det blir gitt noe informasjon om amming i Norge, men ikke så mye om selve barselomsorgen. Det blir også gitt tilstrekkelig informasjon om deltagerne.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble kodet ved hjelp av Open Code-programmet. Transkripsjonene ble gått gjennom linje for linje, ble kodet og grupperte i kategorier. Deretter ble sitater som beskrev meningsfulle funn fra hvert intervju for å støtte analysen valgt ut. Målet var å utforske mødrenes opplevelser med spedbarnsernæring, utfordringer de møtte og påvirkningen av ulike informasjonskilder.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	X		



	<p>Kommentar: Studien viser tydelig hovedfunnene i artikkelen ved hjelp av underoverskrifter. Studien viste at mødrenes holdninger til amming var positive, men det var forvirring rundt begrepet "fullamming". Mange avsluttet amming tidligere enn ønsket grunnet utfordringer. Helsepersonell hadde varierende innvirkning på mødrenes valg og følte seg til tider presset til å amme. Råd om spedbarnsernæring kom fra ulike kilder som helsepersonell, familie og bøker. Motstridende råd skapte usikkerhet, spesielt når rådene fra familie gikk på tvers av helseklinikkenes anbefalinger.</p>			
8.	<p>Kan resultatene brukes i praksis?</p> <p>Kommentar: Studien viser somaliske mødres forhold til amming i Norge, og tydeliggjør behovet for at helsevesenet bør jobbe med tillitsforhold til minoritetsgrupper og inkludere kulturkompetent kommunikasjon, samt bruk av tolk. Å involvere familiemedlemmer i konsultasjoner og fokusere mer på muntlig enn skriftlig kommunikasjon kan også være viktig, spesielt når det gjelder nye begreper for innvandremødre.</p>	X		
9.	<p>Er konklusjonen logisk og holdbar? ****</p> <p>Kommentar: Konklusjonen henger tett sammen med resultatene og diskusjonen og oppsummerer det viktigste. Alle mødrene ammet barna sine og så på det som naturlig, men forsto ikke konseptet med fullamming. Tidlig introduksjon av vann og formula førte til ammeslutt. Deres opplevelser med helsetjenesten varierte. Mødrene søkte informasjon fra ulike kilder, noen ganger motstridende.</p>	X		
Totalt antall poeng: ****			9/9	

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmå på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.