



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Meistringsfølelse hos barselkvinna

Mari Seim

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse og sosialvitskap/Institutt for helse-  
og omsorgsvitskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar Toril Irene Olesrud Fjørtoft

01.06.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

## Samandrag

### Tittel

Meistringsfølelse hos barselkvinna

### Bakgrunn for val av tema

Hensikta mi med denne oppgåva er å kartlegge kva forskning og faglitteratur seier om korleis ein kan hjelpe barselkvinna å oppnå meistringsfølelse ved amming. Eg vil også finne ut kva konsekvensar det har for den nyetablerte familien når barseltida blir redusert.

### Problemstilling

Korleis (kan eg som sjukepleiar) fremje meistringsfølelse knytt til amming hos ei fyrstegongsfødande kvinne.

### Metode

I denne oppgåva nytta eg litteraturstudie som metode. Eg brukar faglitteratur, pensumbøker, forskingsartiklar og egne erfaringar for å svare på problemstillinga.

### Oppsummering av funn og konklusjon

Kortare opphald på barselavdeling er no vanleg, og forskning seier at denne reduserte liggetida ikkje er tilstrekkeleg for at amming skal bli godt nok etablert før ein reiser heim ifrå sjukehus. Ein studie har konkludert med at kortare liggetid på føde/barselavdeling kan vere ein risikofaktor for utvikling av alvorleg dehydrering av nyfødde. Grunnen til innleggelse av spedbarn er at mor har feil ammeteknikk og dermed har for lite mjølk. For å hjelpe familien/kvinna må vi som sjukepleiarar rettleie og trygge familien. Forsking seier at helsepersonell må informere om utfordringar forbunde med amming, slik at dei får eit meir realistisk bilde på kva som er vanleg. Studiar viser at kvinnene sine ammekunnskapar før fødsel gir barselkvinna eit gunstig utgangspunkt ved ammestart, og at sjansen for at kvinna amma meir og lenger.

### Nøkkelord

Barselomsorg, amming, meistring

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innleiing</b>	<b>1</b>
1.1. <i>Innleiing med bakgrunn for val av tema</i>	1
1.2. <i>Problemstilling</i>	1
1.3. <i>Avgrensing av problemstillinga</i>	2
1.4. <i>Oppgåva si hensikt og sjukepleiefagleg relevans</i>	2
1.5. <i>Vidare oppbygging av oppgåva</i>	2
<b>2. Metode</b>	<b>3</b>
2.1. <i>Litteraturstudie som metode</i>	3
2.2. <i>Søkeprosessen</i>	3
2.3. <i>Relevant teori</i>	4
2.4. <i>Kjeldekritikk</i>	4
<b>3. Teoridel</b>	<b>5</b>
3.1. <i>Viktighet av morsmjølk og amming</i>	5
3.1.1 <i>Morsmjølkas helsefremjande effekt: Helsefordel for barn og mor</i>	5
3.1.2 <i>Tilknytingsfasen</i>	5
3.2 <i>Meistring</i>	6
3.2.1 <i>Lazarus og Folkmans stressmeistringsmodell</i>	6
3.2.2 <i>Antonovsky</i>	6
3.2.3 <i>Modell for helseåtfærd: Albert Bandura – sosial-kognitiv teori</i>	7
3.2.4 <i>Kari Martinsens omsorgs-og grunnlagsetikk</i>	7
3.2.5 <i>Informasjon og rettleiing</i>	7
3.3. <i>Barselomsorg</i>	8
3.3.1 <i>Mor-barn-vennleg sjukehus</i>	8
<b>4. Resultat og funn i forskinga</b>	<b>9</b>
4.1. <i>"Stressfylt amming og samspill"</i>	9
4.2 <i>"Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering"</i>	9
4.3 <i>"Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt"</i>	10
4.4 <i>"Effective Communication Strategies for Nurses to Discuss Infant Feeding with New Mothers during Postpartum Hospitalization"</i>	10
4.5 <i>"Home visits by midwives in the early postnatal period"</i>	11
<b>5. Drøfting</b>	<b>12</b>
5.1 <i>Kvifor er amming viktig?</i>	12

<i>5.2 Er barselomsorga i større grad styrt av sedvane enn av forskingsbasert kunnskap?</i>	13
<i>5.3 Korleis oppnå meistringsfølelse hos barselkinna?</i>	15
<b>6. Konklusjon</b>	<b>18</b>
<b>7. Litteraturliste</b>	<b>19</b>
<b>8. Vedlegg</b>	<b>22</b>
<i>8.1. Vedlegg 1 - Databasar</i>	22
<i>8.2. Vedlegg 2 - Kort presentasjon av forskingsartiklar</i>	22

# 1. Innleiing

## 1.1. Innleiing med bakgrunn for val av tema

Dei siste tiåra har ein sett ein reduksjon av liggetid på norske barselavdelingar, mor og barn reiser no ofte heim etter to-tre dagar. Nokre plassar er det satt i gong prosjekt der mor og barn skal reise heim etter seks timar. Oppfølgingstilboda i tidleg barseltid har ikkje blitt organisert i takt med endringane i liggetida på sjukehuset. Kommunen sitt barseltilbod er forskjellige i omfang og innhald, og Helsetilsynet påpeikar at det oppstår ein kritisk periode frå då kvinna og den nyetablerte familien reiser heim frå sjukehuset og fram til dei etablera kontakt med kommunen og helsestasjonen (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016).

I følge ein studie frå 2013 reiste mor i gjennomsnitt heim frå barselavdeling før eller akkurat idet ammeprosessen var kome i gong. Samstundes viser studiar auka innleggelse av nyfødde med dehydrering som følge av sviktande amming (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013). Forsking viser at kortare liggetid på barselavdeling kan vere ein risikofaktor for utvikling av alvorleg dehydrering blant norske nyfødde. For ei fyrstegongsfødande kvinne er det vanleg at amminga kjem i gong på tredje eller fjerde dag, så dersom ho reiser heim etter to-tre dagar så seier det seg sjølv at amminga ikkje er godt nok etablert. Medisinsk kunnskap og erfaring tilseier at det ikkje er nødvendig med eit langt sjukeleie etter ein fødsel, men den reduserte liggetida vi opplever no har sjølv sagt samanheng med økonomi i helsetenesta. Denne medisinske kunnskapen og erfaringa som skal bygge opp under det å reise tidleg heim frå sjukehus, er det lenge sidan det har blitt forska på. Ein studie frå 2002 viser at det er for lite og for dårleg forskning på emnet (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013). Dette kan tyde på at kortare liggetid ikkje bygger på kunnskap, men er innført som ein økonomisk incitament.

Når eg skulle velje tema til bacheloroppgåve så syns eg det var viktig å skrive om eit tema som eg er interessert i og som kan gi meg fagleg tyngde og auka forståing. Eg er hovudsakleg interessert i kvinnehelse og born. Mine framtidige planar som sjukepleiar er å jobbe med nettopp kvinner og/eller barn.

## 1.2. Problemstilling

Korleis (kan eg som sjukepleiar) fremje mestringsfølelse knytt til amming hos ei fyrstegongsfødande kvinne.

### 1.3. Avgrensing av problemstillinga

I oppgåva vil eg fokusere på førstegongsfødande kvinner. Eg vil også fokusere på at borna blir født til termin, og at dei er tilsynelatande friske. Oppgåva blir avgrensa til kvinner som vil amme, men som har problem med å amme og treng rettleiing. Eg vil også fokusere på kvinner som reiser heim frå barselavdeling før amming er etablert, og kva konsekvensar dette kan ha. Eg kjem ikkje til å fokusere på fysiologiske grunnar til at amming er utfordrande, som til dømes kan vere barn født med leppekjeve-ganespalte eller kort tungeband. Eg tek heller ikkje med kvinner som har problem/utfordring med amming på grunn av brystforstørring eller brystreduksjon.

### 1.4. Oppgåva si hensikt og sjukepleiefagleg relevans

Kvinner blir gravide, føder, amma og steller barna sine nokså likt over heile verda, men kvart samfunn organiserer helsetilbodet til gravide kvinner på ulike måter. Hensikten mi med denne oppgåva er å kartlegge kva forskning og faglitteratur seier om korleis ein kan etablere gode ammerutinar som er til både barn og mors sitt beste. Eg vil også finne ut kva konsekvensar det har for den nyetablerte familien når barseltida blir redusert.

Som sjukepleiar kan ein møte kvinner som har utfordringar med å amme på andre avdelingar enn føde/barselavdelinga. For eksempel gynekologisk sengepost, nyfødt intensiv, barneavdeling og kirurgisk avdeling kan vere avdelingar ei mor er på av ulike årsakar.

Temaet er relevant for utøving av sjukepleie. I Rammeplanen for sjukepleieutdanning står det i «§ 3. Praksisstudier: Praksis må inkludere erfaring frå forebyggjende helsearbeid, svangerskaps- og barselomsorg og pediatrik sykepleie» (Kunnskapsdepartementet, 2008).

### 1.5. Vidare oppbygging av oppgåva

I kapittel to kjem eg til å gjere greie for val av litteraturstudie som metode. Eg vil nemne teori eg har nytta som er relevant for oppgåva. Til slutt i kapittel to så vil eg presentere kjeldekritikk. Teori vil eg ta for meg i kapittel tre. I denne teoridelen har eg presentert den teoretiske referanseramma for problemstillinga mi. Presentasjon av forskning som bidrar til å belyse problemstillinga mi vil eg ta for meg i kapittel fire. I kapittel fem er problemstillinga mi drøfta opp mot dei ulike teoriene og forskingsresultata som er presentert i kapittel tre og fire. I tillegg har eg skrive om problemstillinga mi i lys av egne erfaringar og kontekst. Konklusjonen oppsummerer funna mine. Til slutt har eg litteraturliste. Vedlegg ligg ved oppgåva.

## 2. Metode

### 2.1. Litteraturstudie som metode

*"Å være vitenskapelig er å være metodisk" seier Tranøy (1986, s. 127) [Referert i (Dalland, 2017), s. 51]*

Metoden er verktøyet vårt i møte med noko vi skal undersøkje. Metoden kan hjelpe oss til å samle inn data. Data er den informasjonen vi treng til undersøkinga, og det fins ulike metodar å samle inn data på. Ein metode som gir oss data i målbare einingar er kalla kvantitativ metode. Ein annan metode som gir oss data som fanga opp meining og opplevingar, som ikkje lar seg talfeste eller måle, er kalla kvalitativ metode (Dalland, 2017).

Ei forutsetning for at man skal kunne gjere systematiske litteraturstudiar er at det fins tilstrekkeleg antall studiar av god kvalitet som kan gje eit godt grunnlag av bedømming og resultat. Mulrow og Oxman har definert systematisk litteraturstudie som at den utgår frå eit tydelig formulert spørsmål som blir systematisk gitt svar på gjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, ss. 26-27).

Eg har brukt litteratursøk som metode fordi eg ville finne tidligare forskning som kunne hjelpe meg med å finne nyttig kunnskap om temaet mitt. Ved å studere og samanlikne ulik forskning og pensumlitteratur fann eg teori som eg nytta til å svare på problemstillinga mi.

### 2.2. Søkeprosessen

Eg har brukt systematiske søk for å finne relevant litteratur. Når det blir søkt systematisk gjev det mogelegheit til å kunne redusere søket ned til det man spesielt ynskjer å undersøkje (Dalland, 2017). Mine søk utførte eg i perioden, April – Mai 2018, da eg skreiv denne bacheloroppgåva. Eg ville også finne den nyaste oppdaterte forskinga som var innanfor mitt tema. Søka mine vart avgrensa til 10 år tilbake i tid.

Nokre databaser eg har brukt har eg henta frå Høgskulen på Vestlandet sine heimesider. Desse databasane er PubMed, Cochrane Library, Academic Search Elite, SveMed. Ved bruk av Academic Search Elite så haka eg av på "database", dei databasane eg valde å bruke var Chinal, Medline og Academic Search Elite. Eg har også brukt *tidsskriftet Sykepleien* si heimeside.

Søkeord som er brukt er: "breastfeeding", "breastfeeding mothers", "support", "difficulties", "breastfeeding benefits", "newborn", "fødsel", "jordmor", "mestring", "amme".

I vedlegget til denne oppgåva har eg ein tabell som viser databaser eg brukte, kva søkeord eg hadde, kor mange treff eg fikk og om eg brukte nokon av dei forskingsartiklane i oppgåva mi.

### 2.3. Relevant teori

Eg har nytta pensumbøker, faglitteratur og forskning som eg syns har våre relevant for å svare på mi problemstilling. Eg har funne mykje nyttig teori i faglitteratur som Jordmorboka (Brunstad & Tegnander, 2010). Ei anna fagbok eg brukte mykje var "Det nye livet" (Holan & Hagtvedt, 2010), som hadde relevant teori om barsel og svangerskap. "Metode og oppgaveskriving" av (Dalland, 2017), brukte eg i kapittel to. For å finne teori om helse, stress og meistring var "Forståelse av mennesker" (Renolen, 2015) ei god bok. Der fann eg også teori om Antonovsky, Albert Bandura og Kari Martinsen. Helsedirektoratet hadde gode brosjyrar som handla om "Nytt liv og trygg barseltid for familien, ei nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen" (Helsedirektoratet, 2014). Tidsskriftet "Sykepleien" blei flittig brukt. Der fann eg fleire forskingsartiklar som eg har nytta i denne oppgåva.

### 2.4. Kjeldekritikk

I denne oppgåva har det blitt nytta pensum-litteratur, faglitteratur relevant for temaet mitt, forskingsartiklar, databasar, retningslinjer og lovverk. Eg tenkjer at fagbøker og pensum-litteratur er ei god kjelde, men at ein må vere oppmerksom på at bøkene ikkje alltid er oppdaterte. For å unngå dette har eg nytta nyaste oppdaterte faglitteratur så langt det har latt seg gjere. Faglitteratur kan også ha instruerande innhald, og det kan føre til at innhaldet er avgrensa.

Forskningsartiklane eg har funne og brukt i oppgåva har eg avgrensa til 10 år gamle. Dette for å gjere oppgåva meir relevant. Innanfor fagområder som er i stadig utvikling, kan kunnskap fort bli utdatert. Den nyaste kunnskapen finn ein i dei aktuelle tidsskriftene innanfor faget (Dalland, 2017, s. 162). Eg har erfart at i dette faget er eldre kjelder fortsatt av stor betydning, og at den eldre litteraturen er nyttig når vi reflektera over dei funna som er gjort. Artiklane i denne oppgåva er i frå 2012 til 2018. Desse er både norske- og engelskspråklege. Eg tar atterhald dersom det har oppstått mistolkingar ved omsetjing frå engelsk til norsk.

Forskinga som er nytta er henta frå databasar som har sjukepleiefagleg relevans. Alle forskingsartiklane som er nytta i denne oppgåva har sjukepleiarperspektiv, men eit par av dei har rolla som helsesøster og jordmor. Den engelskspråklege forskingsartikkelen eg nyttar i oppgåva er skreve i USA, og samsvarar ikkje nødvendigvis med norsk praksis og kulturen i norske sjukehus. Likevel syns eg artikkelen var relevant da den hadde fokus på korleis ein skal kommunisere med nybakte mødre.



## 3. Teoridel

### 3.1. Viktigheit av morsmjølk og amming

Vi har ein lang tradisjon for amming og ein sterk ammekultur i Noreg. Den siste landsomfattande undersøkinga om amming og spedbarn sitt kosthald viser at ein stor del av spedbarna blir delvis amma og fullamma i Noreg. Det å amme er ingen sjølvfølge, og den store nedgangen i ammeførekomst i 1960 åra viser dette. Nedgangen fall saman med barselrutinar som vanskeleggjorde amming, og med ein stadig sterkare marknadsføring av morsmjølk (Hansen, 2017, s. 697).

I Noreg starta dei fleste kvinnene med å amme barnet sitt, og dei ynskjer sjølv å amme. Eit godt grunnlag blir danna i barseltida. På barselavdelinga har helsepersonell ei viktig rolle som støttespelar og rettleiarar for ei nybakt mor. Ein må vie ekstra tid og merksemd til førstegongsfødande og kvinner som har negativ ammeerfaring, og oppfølging av desse mødrene på helsestasjonen dei fyrste dagane etter heimreise må ha ein sentral plass (Hansen, 2017).

#### 3.1.1 Morsmjølkas helsefremjande effekt: Helsefordel for barn og mor

Kolostrum (råmjølk) har ein gunstig effekt på modninga av barnets tarm og immunsystem. Morsmjølkernærte barn har lågare førekomst av mage-tarm-infeksjonar, øvre-og nedre luftvegsinfeksjonar og øyrebetennelse enn barn som får annan ernæring. Det er haldepunkt for at amming beskytta mot astma, eksem, krohn's sjukdom og ulcerøs kolitt. Amming gir redusert risiko for overvekt og diabetes type 1 og 2 (Hansen, 2017).

Det er ikkje berre barnet som blir amma som har helsefremjande fordelar. Effekt av amming på mors mentale helse blir stadig meir vektlagt. Helsepersonell må kjenne til at velfungerande amming har vist seg å vere ein av dei få faktorane som kan heve stemningsleiet til deprimerte barselkvinner (Hansen, 2017) (Helsedirektoratet, 2014). Hormona som blir danna under amminga, verkar beroligande og avslappande på mora. Forsking viser at kvinner som amma forandra psyke dei første månadane etter fødselen. Mødrene blir i betre humør, er fredlege til sinns og retta si interesse mot barnet. Det er hensiktsmessig å sikre god tilknytning og at mor og barn får ro saman (Nylander, 2013).

#### 3.1.2 Tilknytingsfasen

Den prosessen som beskriv barnet si evne til å danne emosjonelle band og sosiale relasjonar til andre, er kalla tilknytning. Barnet prøva å oppnå nærleik ved å gje augekontakt, pludring og gråt. Når

nærleiken er oppnådd, prøva barnet å oppretthalde den. Dette er eit viktig samspel der barnet er avhengig av at mor/partner er lydhøre ovanfor dei signala som barnet sender ut (Renolen, 2015) (Grønseth & Markestad, 2013).

I løpet av dei fyrste dagane etter fødselen bør foreldra få tilbod om informasjon om barnet sitt sosiale og psykiske behov og utvikling. Barnet er heilt avhengig av omsorg og kontakt i tillegg til mat og stell. Tilknytninga skjer lettare ved at barnet får ligge hud til hud og berøring av mor eller ein annan, at barnet får augekontakt, blir prata og sunge til. Dersom dette manglar, kan barnet få vanskar med trivsel, vekt og si totale utvikling (Forberg & Holan, 2013).

## 3.2 Meistring

### 3.2.1 Lazarus og Folkmans stressmeistringsmodell

Mestring blir i psykologien knytt til individets evne til å handtere livshendingar og påkjenningar som overstig dei kvardagslege utfordringane. Lazarus og Folkmans stressmeistringsmodell, er ein modell om som legg vekt på individets vurdering av situasjonen. Dei definerer mestring som:

*”kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser” (Lazarus og Folkman, 1984) [referert i Renolen, 2015, s. 169].*

I meistringsprosessen er tankar, følelsar og handlingar avhengige av og påverkar kvarandre. Dei var opptatt av å skilje mellom meistring og resultatet av meistringa. I følge Lazarus og Folkman fins det to typar meistringsstrategiar, men ein tredje meistringsstrategi har seinare blitt utvikla av Folkman og Greer. Eg nemner berre dei to første strategiane. *Problemfokusert meistringsstrategi* og *emosjonsfokusert meistring* (Renolen, 2015).

### 3.2.2 Antonovsky

Antonovsky skapte omgrepet, *Salutogenese*, som handla om kva som gjer at vi held oss friske. Fokuset til Antonovsky ligg også på individets historie – kva meistringsevne har personen vist tidlegare? Eit kjerneomgrep i Antonovskys teori er *”opplevelse av sammenheng” (OAS)*. Han forska på menneske som til trass for store påkjenningar hadde god mental helse. Han fann ut at desse personane hadde høg grad av OAS. Dei tre komponentane begripelegheit, handteringsevne og meningsfullheit heng saman og påverkar kvarandre. Høg meningsfullheit og begripelegheit gjer at motivasjonen auka for for å søke etter meistringsressursar (Renolen, 2015).

### 3.2.3 Modell for helseåttferd: Albert Bandura – sosial-kognitiv teori

Albert Bandura er ein kanadisk psykolog som hadde ein sosial læringsteori som han seinare vidareutvikla. Han la større vekt på kognitive prosessar i menneskets læring og motivasjon. Han introduserte fenomenet *meistringsforventning* (self-efficacy), som handla om kva grad vi trur vi er i stand til å nå eit mål eller meistre ulike utfordringar. Det ligg mykje dokumentasjon på at slike meistringsforventningar har stor betydning for folk sin helseåttferd (Renolen, 2015).

Den viktigaste faktoren som verka inn på meistringsforventning, er *tidlegare erfaringar*. Ein annan sentral faktor er *modellæring*. *Verbal påverknad* er også ein faktor som verkar inn på vår forventning om meistring. *Fysiologisk og emosjonell tilstand* verkar begge inn på vår meistringsforventning. Godt humør og optimisme styrkar vårt forventning om å lukkast, mens angst og dårleg humør svekka vår tru på meisting (Renolen, 2015).

### 3.2.4 Kari Martinsens omsorgs-og grunnlagsetikk

Martinsen meina at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient er *sjølv* fundamentet for moralsk ansvar og handling i sjukepleie. Martinsens seier at det å bli *moralsk berørt* er sentralt i forståing av etikk i sjukepleie. Inspirasjon til forståing av denne dimensjonen av mellommenneskeleg samvær og kommunikasjon, har ho fått frå fenomenologane Edmund Husserl, Martin Heidegger og Knud Eilert Løgstrup. Den sentrale ideen hos desse tenkjarane er at sanseleg og emosjonell berørt er alltid eksisterande vesenstrekk ved det å vere eit menneske saman med andre menneske. Vi er alltid i ein sinnstemning som andre menneske kan sjå og erfare. Vi uttrykkjer oss ikkje-verbalt, gjennom ansiktsuttrykk, gestar og kroppshaldning, og andre menneske vi er saman med møter oss på same måte (Nordtvedt, 2016).

### 3.2.5 Informasjon og rettleiing

Sjukepleiarar og anna helsepersonell har det daglege ansvaret for observasjon, omsorg, informasjon, rettleiing og pleie i barselavdelingane. Informasjon og rettleiing til nybakte foreldre er ei viktig oppgåve i barselavdelinga. For å kunne gi individuell rettleiing og tilpasse informasjonen er kjennskap til kvinna si helse under svangerskap og fødsel samt henna sosiale situasjon viktig (Holan & Forberg, 2013).

Rettleiing er eit sentralt omgrep når ein skal hjelpe ei førstegongsfødande kvinne å fremme meistring ved amming. Å legge til rette for at meistringskompetansen blir forsterka, kan innebære både undervisning, informasjon og rådgiving. Gjennom dialog og andre kommunikasjonsformer og

rettleiingsmetodar legg rettleiaren til rette for at den andre oppdaga, lærer, ser kva aktuelle handlingar, kva som er til hinder for forandring, og gjennom dette styrkar sin meistringskompetanse (Tveiten, 2008, ss. 79-81).

### 3.3. Barselomsorg

Barseloppald på sjukehus blir stadig kortare, og foreldra reiser heim med barnet relativt raskt etter fødselen. På dei fleste sjukehusa i Noreg er tilbodet om barseloppald begrensa til 48-72 timar for friske kvinner som har hatt normale fødselar. På mindre sjukehus og på fødestuer kan tilbodet vere opp til fire-fem dagar. Det vurderast individuelt når kvinna og det nyfødde barnet kan reise heim. Etter heimreise er det helsesøster ved helsestasjon som tar over ansvaret for oppfølginga av barnet og familien (Holan & Forberg, 2013, s. 189).

Det er ikkje noko som tyder på at lange sjukehusoppald gir betre helse for mor og barn, men kompetanse og kapasitet i fyrstelinjetenesta er avgjerande for god oppfølging i heimen. Hjelp til amming og støtte i forbindelse med psykiske og sosiale utfordringar er viktige oppgåver som treng oppmerksomheit ved kort liggetid i sjukehus (Holan & Forberg, 2013).

#### 3.3.1 Mor-barn-vennleg sjukehus

WHO og UNICEF lanserte i 1990-åra *The Baby-Friendly Hospital Initiative* (BFHI) for å hjelpe mødre verda over. Dette er eit verdsomspennande krafttiltak for å fremje amming og tidleg nærkontakt mellom mor og barn i føde-og barselavdelingar. Det blei utarbeida ti trinn for vellykka amming. Desse trinna er enkle, grunnleggjande prinsipp som fremma amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn. Det er godt dokumentert i *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*, og har hatt målbar effekt i Noreg og fleire andre land (Hansen, 2017). Noreg blei dette initiativet følgt opp i midten av 1990-åra, med prosjektet *Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI)*. Dette var i samarbeid med Helsedirektoratet. I 2003 kom Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), *Resept for et sunnere Norge* (Hansen, 2017, ss. 695-700).

## 4. Resultat og funn i forkinga

### 4.1. "Stressfylt amming og samspill"

Mødre kan strekke seg lang for å lykkast med amming. Undervurdering av ein stressfylt ammesituasjon kan midlertidig bidra til at mødre kjenner på distanse til barnet, og barnet som oppfatta kvaliteten i omsorga kan også vise teikn på stress (Hvatum, Hjalhmult, & Glavin, 2014).

#### 4.1.1 Hensikt

Formålet med denne studien var å beskrive korleis kvinner opplever stressfylt amming og korleis dei erfara sitt samspel med barnet.

#### 4.1.2 Metode

Metoden for denne studien er at det er blitt gjennomført 12 individuelle intervju som er analysert på kvalitativ innhaldsanalyse.

#### 4.1.3 Resultat/konklusjon

Det blei identifisert fire kategoriar som beskreib erfaringane til mødrene. Desse erfaringane var: forventning, den vanskelege tida, overgangen og den gode tida. Studien viste at ein stressfylt ammesituasjon påverka samspelet både under og mellom måltida. For å ivareta barnets behov og skape ein god relasjon blei amminga avslutta. Mødrene ynskja informasjon om alternativ til amming og hadde behov for å støtte når dei gav morsmjølkstatning (Hvatum, Hjalhmult, & Glavin, 2014).

### 4.2 "Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering"

#### 4.2.1 Hensikt

Hensikta med denne artikkelen er at forfattarane vil sjå nærmare på korleis helsesøstrer kan bidra til å førebyggje dehydrering hos nyfødde etter at mor og barn er skreve ut ifrå barsel. Hensikta er også å belyse farane ved at mor og barn blir raskt sendt heim frå barselavdelingane (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013).

#### 4.2.2 Metode

Artikkelen er basert på litteraturstudie. Dei presentera først relevante litteraturstudiar av forking og rapportar, deretter diskutera dei resultatata i lys av aktuelle funn i offentlege dokument.

#### 4.2.3 Resultat/konklusjon

Kort liggetid på barselavdelinga kan vere risikofaktor da det viser seg at fleire nyfødde er blitt re-innlagd på grunn av alvorleg dehydrering, kor sviktane amming er ein av hovudårsakane. Både norske og internasjonale studiar seier at tidleg heimreise etter fødsel ikkje gir negative konsekvensar for det nyfødde barnet, så sant det er etablert ei kompetent teneste som er lett tilgjengeleg og som møter

barselkvinnar og den nyfødde sitt behov. Helsestasjon må sikre at alle får tilbod om tidleg heimebesøk da gode rettleiing-og oppfølgingsrutinar kan førebyggje mangelfull vektoppgang og dehydrering hos nyfødde. Helsesøster bør vege nyfødde helst etter fjerde eller femte dag og innan sju til ti dagar for å kartlegge ammesituasjonen. Dehydrering kan førebyggast ved at ein kjem på tidleg heimebesøk, for å observere og vege, samt sikre god ammerettleiing (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013).

### 4.3 "Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt"

Overgangen i frå føde/barselavdeling til helsestasjonen i kommunehelsetenesta tar over oppfølginga av barnet og familien, viser store gap og synast å vere tilfeldig i innhald og kvalitet (Hjalnhult & Økland, 2012).

#### 4.2.1 Hensikt

Hensikta med denne artikkelen er å utforske mødre sine erfaringar den fyrste tida heime med eit nyfødd born.

#### 4.2.2 Metode

Klassisk Grounded theory blei brukt ved innsamling og handsaming av data frå sju fokusgruppeintervju, med 26 mødre med barn i alderen seks veker til tre månadar.

#### 4.3.3 Resultat/konklusjon

Mødrene var veldig opptatt av å bevare kontroll og integritet i sin nye situasjon. Hovudproblemet blei handtert med strategien "Prioritering av nyfødt omsorg". Strategien omfatta prosessane: Utvikla kompetanse, endra fokus i forholdet til partner, tøya tålegrensar og søker anerkjenning. Desse parallelle prosessane hadde innbyrdes samanheng, nokon gongar til gjensidig støtte og andre gongar i konflikt (Hjalnhult & Økland, 2012).

### 4.4 "Effective Communication Strategies for Nurses to Discuss Infant Feeding with New Mothers during Postpartum Hospitalization"

#### 4.4.1 Hensikt

Hensikta med denne studien er å auke sjukepleiarar sin kunnskap og ferdigheit for å diskutere og fremme trygg ernæring til nyfødde, som inkludera amming, brystmjølk-erstatning, supplement av brystmjølk-erstatning og det å kombinere dette for å sikre best mulig utfall for både mor og barn. Det er hensikt at sjukepleiarar kan lære seg strategiar for å gi god og effektiv undervisning på føde-/barselavdelinga. Det å ha felles mål mellom sjukepleiar og mor/partnar, for å sikre best mulig ernæring til barnet (Wood, 2018).

#### 4.4.2 Metode

Metoden brukt i denne forskingsartikkelen er en oversiktsstudie. Forfatteren har samla inn data som omhandla valgt tema.

#### 4.4.3 Resultat/konklusjon

Undervisning om nyfødd ernæring er en essensiell del av oppgåva som sjukepleiar skal gi til mødre både under svangerskapet og etter fødsel. Sjukepleiaren skal ha brei kunnskap om alle metodar innan ernæring til nyfødde og sjukepleiaren skal kunne gi undervisning og informasjon til den nybakte mora. Spesielt viktig er undervisning når mor har valgt vekk amming til fordel for brystmjølk-erstatning. Det er viktig at sjukepleiar har ei gode kommunikasjonsferdigheitar, slik at det blir best muleg god relasjon mellom sjukepleiar og mor. Som sjukepleiar så må ein vise at ein vil det beste, både for mor og barn (Wood, 2018).

### 4.5 "Home visits by midwives in the early postnatal period"

Opphaldet på barselavdelinga er gradvis blitt redusert frå fem-seks dagar til cirka to dagar dei siste åra. Helsepolitiske føringar vektlegg at kvinner og deira familie skal oppleve svangerskap, fødsel og barsel som ein trygg, samanhengande og heilskapleg hending.

#### 4.5.1 Hensikt

Hensikta med denne studien er å belyse kvinnene sine opplevingar og erfaringar med heimebesøk av kommunalt tilsett jordmor i tidleg barseltid (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016).

#### 4.5.2 Metode

Studien er kvalitativ. Det blei gjennomført ni semistrukturerte individuelle intervju. Dei analyserte data ved hjelp av kvalitativ innhaldsanalyse med inspirasjon frå hermeneutisk meiningsfortolking og systematisk tekstkondensering. Studien er forankra i teori om helsefremjing, empowerment, meistring, autonomi og relasjon mellom jordmor og kvinne.

#### 4.5.3 Resultat/konklusjon

Tre hovudkategoriar beskriv kvinnene sine opplevingar og erfaringar med heimebesøk av jordmor: opplevelse av å ha kontrollen sjølv, behov for kunnskap og støtte, og opplevelse av kontinuitet med jordmor. Studien tyder på at heimebesøk av kommunalt tilsett jordmor kan bidra til at kvinnene opplever at dei meistra sin nye livssituasjon. Å imøtekomme kvinnenes individuelle behov synast å fremje empowerment. Den ulike kompetansen jordmor og helsesystem har, kan brukast til å utfylle kvarandre og bidra til å fremje helse i barseltida (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016).

## 5. Drøfting

### 5.1 Kvifor er amming viktig?

I Noreg har vi ein lang tradisjon for amming og ein sterk ammekultur. Dei fleste norske kvinnene startar med å amme barnet sitt, og ynskjer sjølv å amme. Kortare barselopphald, ein til tre dagar, er no vanleg. I funn av forskning ser ein at denne tida ikkje er tilstrekkeleg for at amming skal bli godt nok etablert før ein reiser heim. Sidan ammekulturen er så sterk i Noreg, så er det viktig å oppretthalde den høge nasjonale førekomsten av amming. Det kan vere nødvendig å gi kvinner og den nyfødde ein moglegheit å bli på barselavdelinga til den tida det normalt tar å etablere amminga. I praksis tek dette tre til fem dagar for fyrstegongsfødande (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013) (Helsedirektoratet, 2014). Klinisk erfaring og forskning viser at det er avgjerande at mot og barn får tett oppfølging fram til amminga er etablert, dette til fordel for både mor og barn.

I eit folkehelseperspektiv er amming forbunde med redusert risiko for ein rekke livsstilsjukdommar for både mor og barn. Amming påverkar barnet og mora si psykiske og fysiske helse. Dette på både kortsikt og langsikt. Morsmjølk utgjer den optimale ernæringa og gir grunnlag for best mogleg vekst og utvikling for spedbarnet. Amming/morsmjølk beskyttar barnet mot overvekt, akutt mellomøyrebetennelse, mage-og tarminfeksjonar, luftvegsinfeksjonar (øvre og nedre), diabetes type en og to. Amming kan også beskytte mot krybbedød. Det fins haldepunkt mot at amming beskyttar mot astma og atopiske sjukdommar (Hansen, 2017) (Helsedirektoratet, 2014). Velfungerande amming har vist seg å ha ein gunstig effekt på mor si psykiske helse, dvs. gjennom å heve stemningsleiet, dempe stress og angst. Sjukepleiarar bør kjenne til at amming har vist seg å vere ein av dei få faktorane som kan heve stemningsleiet hos deprimerte barselkvinner. Forsking viser at kvinner som amma forandra psyke dei første månadane etter fødselen. Dei blir i betre humør, er fredlege og retta si interesse mot det nyfødde barnet. Dette viser seg da å vere hensiktsmessig i forhold til å sikre god tilknytning, og at mor og barn får vere i ro saman (Nylander, 2013). Amming er også forbunde med redusert risiko for kreft i bryst og eggstokkar, og redusert risiko for diabetes type 2. Likevel slutta ein del kvinner å amme før dei hadde planlagt. Dette på grunn av problem som kunne våre løyst med rett oppfølging frå helsepersonell med tilstrekkeleg fagkompetanse om ernæring og amming (Helsedirektoratet, 2014).

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det fleire fordelar ved at flest muleg spedbarn får morsmjølk, og at kvinner ammar. Det er en gevinst at lågare sjukdom gir mindre foreldrefråvær med sjuke born, færre lege- og polikliniske besøk, reduserte utgifter til trygd og legemiddel, mindre sjukehusinnleggingar og sjukemeldingar. I eit miljømessig perspektiv er amming gunstig. Dette fordi



det fører til redusert bruk av energi til produksjon av erstatning til morsmjølk, smokkar, emballasje, flasker, transport og avfall (Helsedirektoratet, 2014).

WHO og UNICEF lanserte i 1990-åra *The Baby-Friendly Hospital Initiative* (BFHI) for å hjelpe mødre verda over. Dette er eit verdsomspennande kraftttak for å fremje amming og tidleg nærkontakt mellom mor og barn i føde-og barselavdelingar. Det blei utarbeida ti trinn for vellykka amming. Desse trinna er enkle og grunnleggjande prinsipp som fremma amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn (Hansen, 2017). Anbefalingane gjeld både ved opphald på sjukehus og i heimen, særleg den første tida etter fødselen inntil kvinna meistra amminga, men også vidare i ammeperioden. Dette initiativet har ført til haldingsendringar blant helsepersonell og befolkninga, men det har også vist at det er behov for fortløpande innsats for å oppretthalde den høge førekomsten av amming. Der er for mange kvinner, særleg i risikogrupper, som ikkje meistra amminga, og gir derfor opp tidlegare enn anbefalt (Helsedirektoratet, 2014).

## 5.2 Er barselomsorga i større grad styrt av sedvane enn av forskingsbasert kunnskap?

Nasjonal fagleg retningslinje for barselomsorga blei utgitt i 2014 for å bidra til ein fagleg forsvarleg og føreseieleg barselomsorg (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016). Kommunen sitt barseltilbod er forskjellige i omfang og innhald, og helsetilsynet påpeika at det oppstår ein kritisk periode frå kvinnene reiser i frå sjukehuset og fram til dei etablera kontakt med helsestasjonen.

Samhandlingsreforma gjev føringar for auka satsing på det helsefremjande og førebyggjande arbeidet.

Dei siste ti-åra har barselomsorga gradvis blitt redusert ved norske sjukehus. I dag er barseloppalda på to til tre dagar, med ein variasjon på null til sju dagar. Forsking viser at mange kvinner har ein auka sårbarheit etter ein fødsel, og spesielt det første barnet medfører store omstillingar i familien sitt liv.

Ein tilsynsrapport frå statens helsetilsyn har funne ut at overgangen frå føde/barselavdelinga til helsestasjon i kommunehelsetenesta viser store forskjellar og viser seg å vere forskjellige i innhald og kvalitet (Hjalnhult & Økland, 2012) (Holan & Forberg, 2013) (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016).

Både norske og internasjonale studiar seier at tidleg heimreise etter fødsel ikkje gir negative konsekvensar for det nyfødde barnet, så sant det er etablert ei kompetent teneste som er lett tilgjengeleg og som møter barselkvinna og den nyfødde sitt behov (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013). Ein forskingsartikkel seier at kvinner følte seg trygge på tidleg heimreise frå barsel når dei visste at jordmora skulle kome innan eit par dagar. Når informasjonen om besøket var gitt i forkant, kunne kvinna ta kontroll over situasjonen sjølv og velje om ho ville nytte seg av tilbodet (Aaserud,

Tveiten, & Gjerlaug, 2016). I følge pasient- og brukarrettighetslova har kvinna rett på å velje om ho vil ta imot heimebesøk eller ikkje (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001).

Kvifor er det slik at kvinner opplever forskjellig kvalitet av barselomsorg frå kommune til kommune? Kvifor får nokon kvinner tilbod om tidleg heimebesøk av jordmor/helsesøster, mens andre kvinner blir gløymt. For å møte den nybakte familien sitt behov, er det ein lovbestemt oppgåve i Noreg å tilby heimebesøk til alle familiar helst innan to veker etter fødsel (Hjalmhult & Økland, 2012). Bjørn Backe, overlege på kvinneklinikken på St. Olavs Hospital, spør om helsetenesta er god nok til å differensiere mellom dei som ynskjer og kan reise heim tidleg, og dei som faktisk både bør og skal ha eit eller fleire døgn ekstra på barselavdelinga. Backe meina også at det er på tide å flytte diskusjonen om barselperioden frå lengda av barselopphaldet, til behovet for oppfølging og støtte etter fødsel. Medisinsk kunnskap og erfaring seier at det ikkje er nødvendig med eit langt opphald på ei barsel/fødeavdeling, men den korte liggetida vi har no opplev har samanheng med økonomi i helsetenesta (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013).

Eg har leita etter forskning på barselopphald i forhold til lengde, og om det har noko å seie om ein reiser heim frå barselavdelinga etter 24 timar eller etter sju dagar. Den nyaste forskinga eg har funne om barselomsorg er frå 2002. Det er ein systematisk oversiktstudie med til saman 3600 kvinner, der ein ser på tidleg heimreise sin innverknad på kvinner med eit normalt svangerskap og som fødde til termin. På grunn av denne studien sin metodiske avgrensing så kunne ein ikkje seie noko bastant om fordelar eller ulemper ved tidleg heimreise frå sjukehuset (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013). Det vil seie at i 2002 fans det for lite og for dårleg forskning på dette emnet. Kan det tyde på at kortare liggetid ikkje bygger på kunnskap frå forskning, men er innført som eit økonomisk incitament? Har det seg sånn at sidan det er mangel på forskning så kan det føre til at omsorga i større grad blir styrt av sedvane enn av forskingsbasert kunnskap?

Det er ikkje vanskeleg å tenkje seg at tidleg heimreise etter fødsel kan gi nye og vanskelige utfordringar for familien. Ein studie gjort ved barneklubben ved Haukeland Universitetssjukehus, konkludera med at kortare liggetid på føde/barselavdeling kan vere ein risikofaktor for utvikling av alvorleg dehydrering av nyfødde. For fyrstegongsfødande kvinner er det ein heilt ny opplevelse og eit stort ansvar at eit barn skal få sin livsviktige ernæring frå kvinna sjølv. Det er vanleg for fyrstegongsfødande at amminga kjem ordentleg i gong på tredje eller fjerde dagen (Sølsnes, Brattås, & Ulvedalen, 2013). Det betyr då at mor reiser heim før ammeprosessen er kome skikkeleg i gong. Samtidig som mor reiser tidleg heim med den nyfødde, er det studiar som viser auka re-innleggelse av nyfødde med dehydrering som følge av sviktande amming. Den mest vanlege årsaken til at mor

har for lite mjølk er at ho har feil ammeteknikk. Formålet mitt med denne oppgåva er faktisk å belyse risikoen ved at mor og barn for raskt blir sendt heim før dei har fått etablert amminga.

Frå første juli 2018, ligg det an til at fødselspermisjonen skal tredelast. 15 veker til mor, 15 veker til far og 16 veker som kan fordelast mellom mor og far. Mor hadde før 20 veker, og far 10.

Jordmorforbudet, med forbundsleiar Hanne Schjelderup i spissen, seier at dei er imot at kvinner skal få fem veker mindre til rådighet. Helsedirektoratet er tydelege på at mor skal ha minst åtte månadar viss ho skal amme barnet sitt etter anbefalingane (VG Famileklubben, 2018) (Helsedirektoratet, 2014). Foreldrepermisjonen må sikre dette først og fremst for å ivareta spedbarnet og mor si helse på best mogeleg måte i tida rett etter fødsel.

### 5.3 Korleis oppnå meistringsfølelse hos barselkvinnar?

Vellykka amming blir fremja av ein tidleg start, fysiologiske ammerutinar og tett kontakt mellom mor og barn. Innsiktsfull hjelp, støtte, motivering og avlastning kan vere avgjerande for kvinna i denne fasen av livet. Opplevinga av å føde eit born er ulik for alle kvinner, og korleis ein handtera dette er individuelt. Ein kan aldri forstå korleis den andre har det, men ein kan tenkje seg til det med samanlikning av tidlegare erfaringar, samtalar og kunnskap. Sjukepleiarar og anna helsepersonell har det daglege ansvaret for observasjon, omsorg, informasjon, rettleiing, pleie og hjelp i barselavdelingane.

Å bli foreldre er for mange ei gledeleg storhending, men kan for nokon medføre stressande utfordringar. Foreldrerelatert stress kan beskrivast som forvirring og press forbunde med tilpassing til foreldrerolla. Forventing om å meistre amminga kan vere stressande for mødrene, fordi amming representera eit kulturelt fenomen som i Noreg er høgt verdsatt og anbefalt. Forsking seier at stress kan vere ein årsak til at kvinnene sluttar å amme, og kvinner med store ammevanskar kan oppleve tap av nærleik til barnet sitt (Hvatum, Hjalnhult, & Glavin, 2014). Ein del kvinner opplever amminga som ei ork. Særleg i starten av ammeperioden. Nokon kan føle seg direkte invadert av barnet sitt som krev sitt til alle døgnets tider. Mødrene blir trøtte av avbrote søvn og føler seg udelikate med lekkande bryst eller blir oppgitt av problema som kan dukke opp. Dette kan vere sårhet, mjølkespreng eller brystbetennelse. Nokon mødre opplever at barnet skrik mykje og lurar på om noko er gale med mjølka. Andre kan bli usikre på om barnet får nok. Når mor føler det slik, er det uhyre viktig med støtte frå omgivnadane, og ikkje minst partnaren sin (Nylander, 2013). Større openheit omkring ammeproblem kan føre til at fleire gjev uttrykk for sine frustrasjonar og søker støtte hos andre i same situasjon. Både lekmannsstøtte og helsepersonell med fagkompetanse har

effekt på amminga si førekomst og varigheit, og det er viktig at kvinner blir fortalt at dei kan nytte seg av ammehjelparar og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2014).

Noko som har stor betydning for at mor og barn får ei god tilknytning er samspel. Tilknytingsprosessen startar med samspel som seinare fører til ei tilknytning som er karakterisert ved eit psykologisk band mellom mor og barn (Hvatum, Hjalnhult, & Glavin, 2014). Tilknytninga skjer ved at barnet får ligge hud til hud, at barnet får augekontakt, blir prata og sunge til. Barnet er heilt avhengig av omsorg og kontakt i tillegg til mat og stell, og tilknytninga vil avgjere barnet si trivsel og helse. Dersom tilknytninga manglar kan barnet få vanskar med trivsel, vekt og sin totale utvikling. Dette kan vere ein av grunnane til at helsepersonell må gripe inn dersom mor eller partner ikkje er i stand til å gi denne omsorga til det nyfødde barnet (Forberg & Holan, 2013). Når foreldre som er i nær relasjon med barnet opplever den nye rolla som stressande, kan det påverke barnet. Kvinna eller familien si evne til å handtere livshendingar og påkjenningar som overstiger dei kvardagslege utfordringane, er noko som kallast meistring (Renolen, 2015). Lazarus og Folkman har ein stressmeistringsmodell som legg vekt på individet (kvinna) si vurdering av situasjonen. Her må helsepersonell hjelpe til. Korleis kan vi som sjukepleiarar hjelpe kvinna å forstå situasjonen ho no er i? Korleis kan vi fremme meistringsfølelse? Forsking seier at helsepersonell må informere om utfordringar forbunde med amming, slik at mødrene får eit meir realistisk bilde på kva som er vanleg. Forsking viser at eit kurs i samspel, amming og flaskemating kunne ha betra situasjonen til mødrene (Hvatum, Hjalnhult, & Glavin, 2014). Annan forskning seier at det å kunne imøtekomme barnet sitt behov, kan bidra til at kvinnene føler på meistring. Nokon studiar bekrefta at barnet si helse og velbefinnande er avgjerande for at mødrene skal kjenne seg trygge (Aaserud, Tveiten, & Gjerlaug, 2016).

Det som er avgjerande for korleis vi meistrar stress er, i følge Antonovsky, opplevinga av samanheng (OAS). Antonovskys salutogenetiske modell fokusera på kva faktorar som påverkar mennesket til å bevare helsa si. Opplevinga er tredelt og samansett av komponentane begripegheit, handteringsevne og meningsfullheit og kan relaterast til mødre som opplev ein stressfylt ammesituasjon (Renolen, 2015) (Hvatum, Hjalnhult, & Glavin, 2014). For å oppnå denne følelsen av samanheng, må kvinnene forstå situasjonen, ha tru på at ein kan finne ei løysing og finne mening i å forsøkje på nettopp det. I følge Antonovsky er det ikkje sjølv hendinga som er utfordrande, men konsekvensane. Ein får eit sterkare OAS dersom ein lar følelsane kome til syne og gjev opent uttrykk for dei, framfor å fortrenge følelsane (Hvatum, Hjalnhult, & Glavin, 2014) (Renolen, 2015). Å informere mødrene om at dei ikkje er aleine om å oppleve foreldrerolla som utfordrande, og å oppfordre dei til å søkje støtte, viser deg å ha stor betydning. Ein kjend teoretikar, Albert Bandura, introduserte fenomenet meistringsforventning (self-efficacy) (Renolen, 2015). Dette handla om i kva

grad vi trur vi er i stand til å nå eit mål eller meistre ulike utfordringar. Ulike faktorar som verkar inn på meistringsforventinga, var tidlegare erfaringar, modellæring, verbal påverknad og fysiologisk og emosjonell tilstand. Kvinnene i mi problemstilling har ikkje tidlegare erfaringar, så tidlegare erfaringar er ikkje ein faktor for desse kvinnene. Den faktoren eg trur er viktigast for desse kvinnene er verbal påverknad. Dette fordi å få verbal støtte og oppmuntring av menneske som har betydning for oss, eller som vi ser opp til, kan styrke trua på å lukkast. Men det er ikkje berre gjennom verbal uttrykking vi kan støtte ei fyrstegongsfødande kvinne. Kari Martinsen har ein teori om det å vere moralsk berørt. Ho seier at vi er alltid i ein sinnstemning som andre menneske kan sjå og erfare. Vi uttrykker oss ikkje berre gjennom språket, men også ikkje verbalt, gjennom ansiktsuttrykk, gestar og kroppshaldning, og andre menneske vi er saman med møter oss på same måte (Nordtvedt, 2016).

Rettleiing er eit sentralt omgrep når ein skal hjelpe ei fyrstegongsfødande kvinne til å oppnå meistringsfølelse. For å kunne gje individuell rettleiing og tilpasse informasjonen er kjennskap til kvinna si helse under svangerskapet og fødsel, samt henna sosiale situasjon viktig (Holan & Forberg, 2013). For å legge til rette for at meistringskompetansen blir forsterka, kan det innebera både undervisning, informasjon og rådgiving. Gjennom dialog og andre kommunikasjonsformer og rettleiingsmetodar legg rettleiaren til rette for at den andre oppdaga, lærer, ser kva aktuelle handlingar, kva som er til hinder for forandring, og gjennom dette styrker sin meistringskompetanse (Tveiten, 2008). Da eg begynte å skrive denne oppgåva, så lurte eg på om det hadde noko å seie om kortid det passa best å gi informasjon. Ved hjelp av forskning har eg funne ut at undervisning og informasjon om brystmjølk og amming fikk best effekt dersom den blei gitt under svangerskapet i standen for etter fødsel. Dersom informasjonen blei gitt før, var sjansen større for at kvinnene amma meir og lenger (Wood, 2018). Sjølom det er best at kvinnene får informasjon før, så er det viktig at dei får støtte, rettleiing og omsorg etter fødselen også.

## 6. Konklusjon

Kortare opphald på barselavdeling er no vanleg, og forskning seier at denne reduserte liggetida ikkje er tilstrekkeleg for at amming skal bli godt nok etablert før ein reiser heim ifrå sjukehus.

Fyrstegongsfødande kvinner etablera god nok amming etter tredje-femte dagen, så når dei må reise heim frå sjukehus etter to til tre dagar så er det sannsynleg at amminga ikkje er tilstrekkeleg når ein kjem heim. Kommunen sitt barseltilbod er forskjellige i omfang og innhald, og helsetilsynet påpeikar at det er ein kritisk periode frå kvinnene reiser frå sjukehuset og fram til det blir etablert kontakt med kommunen og helsestasjonen. Ein har stilt spørsmål om helsetenesta er god nok til å differensiere mellom dei som ynskjer og kan reise heim tidleg, og dei som faktisk bør og skal ha eit eller fleire døgn ekstra på barselavdelinga. Ein studie har konkludert med at kortare liggetid på føde/barselavdeling kan vere ein risikofaktor for utvikling av alvorleg dehydrering av nyfødde. Grunnen til innleggelse av spedbarn er at mor har feil ammeteknikk og dermed har for lite mjølk.

Forventning av å meistre amminga kan vere stressande for mødrene. Dette fordi amming representera eit kulturelt fenomen som i Noreg er høgt verdsatt og anbefalt. Forsking viser at stress kan vere ein årsak til at kvinner sluttar og amme. Når foreldre opplever den nye rolla som stressande, kan dette påverke barnet. Meistring oppnår familien/kvinna når dei har evne til å handtere livshendingar og påkjenningar som overstiger dei kvardagslege utfordringane. For å hjelpe familien/kvinna må vi som sjukepleiarar rettleie og trygge familien. Forsking seier at helsepersonell må informere om utfordringar forbunde med amming, slik at dei får eit meir realistisk bilde på kva som er vanleg. Studiar viser at kvinnene sine ammekunnskapar før fødsel gir barselkvinna eit gunstig utgangspunkt ved ammestart, og at sjansen for at kvinna amma meir og lenger.

Som sjukepleiar har ein ei viktig oppgåva i å fremje meistring og håp hos kvinnene. Vi må ha fokus rundt temaet amming og jobbe kunnskapsbasert. Sjukepleiaren må hugse på at ein uttrykkjer seg både verbalt og ikkje verbalt, og ei tryggande hand og eit smil kan seie meir en tusen ord. Målet er at kvinna er tilfreds og har trua på seg sjølv.

## 7. Litteraturliste

- Aaserud, T. G., Tveiten, S., & Gjerlaug, A. K. (2016). Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleien*. doi: 10.4220/sykepleienf.2016.59215
- Bendiksen, R. B. (2013). Svangerskapet. I M. L. Hagtvedt, & S. Holan, *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (s. 35). Bergen: Fagbokforlaget Vigmogstad & Bjørke AS.
- Bendiksen, R. B. (2013). Svangerskapsomsorg. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt, *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (s. 83). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brunstad, A., & Tegnander, E. (2017). *Jordmorboka* (2. utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave. utg.). Oslo: Glydendal Norsk Forlag AS .
- Forberg, B., & Holan, S. (2013). Det nøyfødte barnet. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt, *Det nye livet: Svangerskap, Fødsel og Barseltid* (ss. 207-220). Bergen: Fagbokforlaget Vigemogstad & Bjørke AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteaturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur .
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmogstad & Bjørke AS.
- Hansen, M. N. (2017). Ammeveiledning. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., ss. 715-738). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017). Mor-barn-vennlige sykehus. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka: Ansvar, Funksjon og Arbeidsområde* (2. utg., ss. 697-704). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017). Morsmelkens sammensetning. I A. Brunstad, & E. Tegnander, *Jordmorboka: Ansvar, Funksjon og Arbeidsområde* (2. utg., ss. 710-714). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barseomsorgen*. Henta 25. mai 2018 fra

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalfagligretningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>

- Hjalnhult, E., & Økland, T. (2012). Kva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien*. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0128
- Holan, S. (2006). Sosial- og helsedirektoratet. *Graviditet, fødsel og barseltid i Norge*.
- Holan, S., & Forberg, B. (2013). Barseltiden. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt, *Det nye livet* (ss. 189-190). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Holan, S., & Hagtvedt, M. L. (2010). *Det nye livet* (2. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigemogstad & Bjørke AS .
- Hvatum, I., Hjalnhult, E., & Glavin, K. (2014). Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien*. doi: 10.4220/Sykepleienf.2014.0019
- Kunnskapsdepartementet. (2008, 01 25). *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-01-25-128?q=Sykepleierutdanning>
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. Utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nylander, G. (2013). Amming. I S. Holan, & M. L. Hagtvedt, *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Pasient og brukerrettighetslover. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Roland, B. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet.
- Sølsnes, K. J., Brattås, T. H., & Ulvedalen, G. (2013). Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering. *Sykepleien*. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0105
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.



VG Familieklubben. (2018, 04 24). *Familieklubben*. Hentet fra

<https://familieklubben.no/barn-paa-vei/faar-ikke-fulgt-ammeraadene-med-ny-permisjonsordning/378>

Wood, R. (2018). Effective Communication Strategies for Nurses to Discuss Infant Feeding

with New Mothers during Postpartum Hospitalization. *MCN in Advance*. Hentet fra

[https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/publishahead/Effective\\_Communication\\_Strategies\\_for\\_Nurses\\_to.99855.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/publishahead/Effective_Communication_Strategies_for_Nurses_to.99855.aspx)

## 8. Vedlegg

### 8.1. Vedlegg 1 - Databasar

Database	Søkeord	Treff	Artiklar inkludert i oppgåva
PubMed	"Breastfeeding mothers" and "support"	24	1
PubMed	"Breastfeeding" and "Support" and "Difficulty"	189	1
Academic Search Elite	"breastfeeding benefits" and "newborn" and "difficulties"	29	1
Sykepleien	"fødsel" and "jordmor"	34	2
Sykepleien	"mestring" and "amme"	15	1

### 8.2. Vedlegg 2 - Kort presentasjon av forskingsartiklar

Artikkel	Forfatar	Database/år	Innhald	Metode
Effective Communication Strategies for Nurses to Discuss Infant <b>Feeding</b> with New Mothers during Postpartum Hospitalization.	Rainey Banick Wood	PubMed/ 2018	Etter fødsel har sjukepleiarar ei viktig rolle i å assistere og informere om korleis mødre kan gi mat til sine nyfødde.	Oversiktsartikkel
Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt	Esther Hjälmhult, Toril Økland	Sykepleien/2012	Artikkelen viser mellom anna at det å lukkast med amming syns å være ein særlig følsam og viktig del av morsrolla, og for å lukkast med amming og gje omsorg til barnet,	Klassisk Grounded theory blei nytta ved innsamling og bearbeiding av data frå sju fokusgruppeintervju med 26 mødre med barn i alderen seks veke til tre månadar.

			kan mødre ignorere grunnleggande behov hos seg sjølv som å ete og sove og utholde smerter.	
Stressfylt amming og samspill	Ingjerd Hvatum, Esther Hjälmhult og Kari Galvin	Sykepleien/2014	Å beskrive korleis kvinner opplever stressfylt amming og erfarer sitt samspill med barnet.	Intervjustudie
Tidlig hjemreise kan føre til dehydrering	Kari Johanne Søsnes, Torunn Helene Brattås, Gry Ulvedalen	Sykepleien/2013	De siste tiåra har man sett ein reduksjon av liggetida på norske barselavdelingar, mor og barn reiser ofte heim etter to, tre daga. Enkelte stadar er det satt i gong prosjekter kor mor og barn skal reise heim etter seks timar. Den kortare liggetida er ikkje kompensert for med andre tilbod. Studiar viser auka innleggelse av nyfødde med dehydrering som følge av sviktende amming.	Litteraturstudie
Home visits by midwives in the early postnatal period	Tine Gammelgaard Aaserud, Sidsel Tveiten, Anne Karine Gjerlaug	Sykepleien/2016	Korleis heimebesøk etter heimreise frå barsel-/fødeavdeling verkar inn på mødrene og familien.	Kvalitativ studie