



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Amming og veiledning

Kristina Nicola Wylie Strømmen

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie i
Førde

Birgit Weel Skram

Innleveringsdato 30.11.18

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel:

Amming og veiledning.

Bakgrunn for valg av tema:

Vi lever i et land med en sterk ammekultur, og de fleste barselkvinner har et klart ønske om å amme. Det er stor enighet innenfor fagmiljøet om at «bryst er best» og morsmelkens fordeler er grundig dokumentert. Likevel opplever de fleste kvinner i større eller mindre grad ammeproblemer, og for noen blir disse så store at de velger å slutte å amme. Jeg ønsker i oppgaven min å finne ut hvordan sykepleier på best mulig måte kan veilede mor, med hensikten styrket ammekompetanse og økt mestringsfølelse hos barselkvinnene.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier på barselavdeling veilede barselkvinner slik at de kan mestre amming?

Metode:

En systematisk litteraturstudie basert på 2 kvalitative og 3 kvantitative forskningsartikler.

Oppsummering av funn/konklusjon:

God og tilstrekkelig veiledning forutsetter at barselkvinnen og sykepleier etablerer en god relasjon, at sykepleieren identifiserer mødrenes behov for ammeveiledning, at man *møter kvinnen der hun er* og at man legger til rette for at læringsmiljøet er best mulig. Det er også viktig at ammeveiledningen oppfattes som kvinnesentrert, og sykepleieren må legge vekt på å styrke kvinnens mestringstillit, og sørge for at kvinnen er orientert om normal ammeoppsats.

Forskning jeg har inkludert i oppgaven min viser at muntlig veiledning (Hands Off Technique) kan føre til økt ammeforekomst. En viktig del av ammeveiledningen er dessuten at det informeres om betydningen av ro og hudkontakt med barnet, at barnet tidlig får komme til brystet, hyppig og ubegrenset amming (selvregulering), godt sugetak og god ammestilling. Det er også viktig å huske på å inkludere far i ammeveiledningen.

Nøkkelord:

Amming, veiledning, mestring, barselkvinner.

Innholdsliste

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensing av problemstilling	2
1.4	Begrepsavklaringer	2
1.5	Hvordan oppgaven er bygget opp	2
2	Metode	4
2.1	Beskrivelse av metode	4
2.2	Beskrivelse av fremgangsmåte.....	4
2.3	Styrker og svakheter ved litteraturen.....	4
3	Teori.....	6
3.1	Hvorfor er amming viktig?	6
3.2	Veiledning.....	6
3.3	Den didaktiske relasjonsmodell.....	7
3.4	«Mor-barn-vennlig initiativ»	8
3.5	BMJ Best Practice.....	8
3.6	Lovverket.....	9
4	Resultat/funn	10
5	Drøfting	13
5.1	Hva er god ammeveiledning?.....	13
5.2	Hvordan kan sykepleier bidra til å øke mors mestringsfølelse?	17
6	Konklusjon	20
	Litteraturliste.....	21
	Vedlegg.....	23
	Vedlegg 1: Oversikt over søk av artikler	23
	Vedlegg 2: Ti trinn for vellykket amming.....	24

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi lever i et land med en sterk ammekultur, og de fleste barselkvinner har et klart ønske om å amme. Likevel opplever de fleste kvinner i større eller mindre grad ammeproblemer, og for noen blir disse så store at de velger å slutte å amme. I følge Verdens Helseorganisasjon (u.d.) kan nesten alle mødre amme, forutsatt at de har god informasjon, og støtte fra familien, helsevesenet og samfunnet generelt. Verdens Helseorganisasjon anbefaler fullamming til 6 måneder og fortsatt amming til 2 år. Likevel er det i Norge kun 44 % som fullammer barnet sitt til de er fire måneder, og 3 % som fullammer til de er seks måneder (Lande & Helleve, 2013).

I et samfunnsfaglig perspektiv vet vi at amming har en positiv effekt på folkehelsen. Det er stor enighet innenfor fagmiljøet om at «bryst er best» og morsmelkens fordeler er grundig dokumentert (Helsedirektoratet, 2014, s. 38). I følge Helsedirektoratet påvirker amming barnets og morens fysiske og psykiske helse både på kort og lang sikt. Dessuten utgjør morsmelk den optimale ernæring for spedbarnet og gir grunnlag for best mulig vekst og utvikling (Helsedirektoratet, 2014, s. 39). I et sykepleiefaglig perspektiv er det viktig at vi som sykepleiere har tilstrekkelige kunnskaper om amming, ammeveiledning – og sist men ikke minst hva sykepleier kan gjøre for å øke mors mestringsfølelse. Vi som helsepersonell har en viktig rolle i å legge til rette for at barselkvinnen skal kunne amme slik det anbefales.

Jeg ønsker i oppgaven min å finne ut hvordan sykepleier på best mulig måte kan veilede mor, med hensikten styrket ammekompetanse og økt mestringsfølelse hos barselkvinnene. Jeg har lenge vært opptatt av kvinnehelse og amming, og har gjennom studiet mitt arbeidet på en barselavdeling. Beslutningen om å skrive om amming falt naturlig for meg, både fordi amming har så mange helsemessige fordeler for mor og barn, men også fordi jeg har sett hvor viktig det er for barselkvinner å mestre dette. Alle mødre vil det beste for barnet sitt, og for noen kvinner assosieres det å amme med å være en god mor. Dette setter et stort press på nybakte mødre, ikke minst fordi svært mange opplever utfordringer med ammingen. På grunnlag av dette, blir min problemstilling;

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier på barselavdeling veilede barselkvinner slik at de kan mestre amming?

1.3 Avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven kommer jeg til å fokusere på førstegangs fødende kvinner som forstår norsk, med friske barn som er født til termin. Jeg vil ta for meg utfordringene kvinnene opplever de første dagene etter at barnet er født, under oppholdet på barselavdelingen, siden dette er arenaen hvor sykepleier møter barselkvinnen. Jeg ønsker i oppgaven min både å finne ut hva som er god ammeveiledning og hvordan sykepleier kan bidra til å øke mors mestringsfølelse. På grunn av ordbegrensninger kommer jeg ikke til å gå nøyere inn på teori om det normale ammeforløpet og vanlige ammeproblemer, selv om dette er viktig kunnskap for en sykepleier på barselavdeling.

1.4 Begrepsavklaringer

Barselkvinnen: Barselperioden omfatter de første seks ukene etter fødselens avslutning. I denne perioden kalles kvinnen ofte en barselkvinne (Store Norske Leksikon, u.d.).

Veiledning: En prosess hvor vi som helsepersonell skal legge til rette for at pasienten blir mest mulig i stand til å ta kontroll over forhold som berører eget liv og egen helse (Tveiten, 2016, s. 121).

Amming: Amming, eller det å amme, er å gi spedbarn brystmelk (Store Norske Leksikon, u.d.).

Mestring: Mestring dreier seg om hvordan man møter belastende livssituasjoner, og kan oppfattes som summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere indre og ytre krav og konflikter (Tveiten, 2016, s. 18).

1.5 Hvordan oppgaven er bygget opp

Oppgaven min består av seks kapitler. Innledningsskapittel med bakgrunn for valg av tema, problemstilling med avgrensning og begrepsavklaringer. Deretter kommer metodekapittelet hvor jeg vil presentere en beskrivelse av hva metode er, en beskrivelse av fremgangsmåten jeg har brukt for å finne forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven og til slutt vil jeg omtale styrker og svakheter ved litteraturen jeg har nyttet. Etterfølgende kommer teoridelen, som er delt i seks. Der presenteres teori om hvorfor amming er viktig, veiledning, Den didaktiske relasjonsmodell, «Mor-barn-vennlig initiativ», BMJ Best Practice og til slutt loverket. Så kommer drøftingsdelen hvor jeg vil drøfte «Hva er god ammeveiledning?» og «Hvordan kan

sykepleier bidra til å øke mors mestringsfølelse?». Avslutningsvis kommer konklusjon, etterfulgt av litteraturliste og vedlegg.

2 Metode

Jeg kommer i denne delen av oppgaven til å presentere en beskrivelse av hva metode er, en beskrivelse av fremgangsmåten jeg har nyttet for å finne forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven og til slutt vil jeg omtale styrker og svakheter ved litteraturen jeg har nyttet.

2.1 Beskrivelse av metode

Sosiologen Vilhelm Aubert blir sitert i mange sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er, og han formulerer det slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 51). En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele. En har en systematisk tilnærming i alle trinn i prosessen. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 80).

2.2 Beskrivelse av fremgangsmåte

Faglitteraturen jeg tar utgangspunkt i, har jeg funnet gjennom søk via oria.no. Jeg har også funnet publikasjoner på Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Nasjonalt Kompetansetjeneste for amming. Jeg har brukt lovdata.no og regjeringen.no for å finne lover, planer og andre offentlige dokument. Forskningsartiklene har jeg funnet gjennom søk via Academic Search Elite, hvor jeg valgte å inkludere databasene MEDLINE og CINAHL. Alle søk ble gjort i tidsperioden 01.09.18-20.10.18. Når jeg søkte etter forskningsartikler hadde jeg som fremgangsmåte å lese artiklenes overskrift, og artikkelens abstrakt på relevante treff. Deretter leste jeg de artiklene som jeg synes var mest relevante og fjernet de artiklene som ikke svarte på min problemstilling. Jeg ble sittende igjen med fem artikler. For et systematisk oppsett av databaser, søkeord, treff og inkluderte artikler har jeg valgt å benytte meg av et tabelloppsett; se vedlegg nr 1.

2.3 Styrker og svakheter ved litteraturen

For at en litteraturstudie skal virke pålitelig er det viktig å være kritisk til kildene man bruker (Thidemann, 2017). Jeg har vurdert forskningsartiklene ut i fra relevans og faglig kvalitet. I denne prosessen har jeg nyttet Folkehelseinstituttets sjekklister for vurdering av forskningsartikler, for

å få nyttig informasjon og inspirasjon til hva jeg burde se etter når jeg kritisk vurderer forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014). Når jeg har vurdert artiklene mine, har jeg vurdert om informasjonen er relevant for min problemstilling, om kilden forteller noe om de spørsmål jeg stiller i oppgaven min og om kilden belyser problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158). Videre har jeg vurdert hvilket tidsskrift artikkelen er publisert i, om forfatterne er anerkjente fagfolk eller forskere innen feltet og hvem artikkelen er skrevet for (Thidemann, 2017, s. 89). En vitenskapelig artikkel skal dessuten leses, vurderes og godkjennes av andre forskere før den publiseres i et vitenskapelig tidsskrift (Kildekompasset, 2015). For å sikre meg om at dette er blitt gjort, har jeg under søkene mine haket av for «peer reviewed». Da vet jeg at artiklene er fagfellevurdert.

Jeg har videre lagt vekt på om informasjonen i artikkelen er av ny dato (Thidemann, 2017, s. 89). Jeg har likevel benyttet forskningsartikler som er eldre enn hva som er ønskelig, deriblant «A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding». Slik jeg ser det er det begrenset hvor mye man kan stole på resultatene fra en forskningsartikkel publisert for 18 år siden, spesielt siden tema er kommunikasjon og amming. Det er nærliggende å tro at mye er forandret på 18 år, men forskningsartikkelen belyser likevel et viktig tema, og mye av det jeg leser i artikkelen illustrerer erfaringer barselkvinner og nybakte mødre har fortalt meg om. Jeg velger derfor å inkludere studien i oppgaven min, fordi jeg synes det er viktig å reflektere over hvordan vi som helsepersonell kan oppfattes når vi kommuniserer om amming. Jeg har også valgt å inkludere «Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families», som ble publisert 12. februar 2002. Dette fordi jeg mener at den har en høy relevans for oppgaven min.

Jeg har lagt vekt på at forskningsartiklene skal være fra Europa – og aller helst Norden – og at artiklene må være skrevet på engelsk eller skandinaviske språk (Dalland, 2017, s. 211). Likevel har jeg valgt å inkludere «Is Baby-Friendly Breastfeeding Support in Maternity Hospitals Associated with Breastfeeding Satisfaction Among Japanese Mothers?». Dette er en japansk studie og populasjonen i studiet er japanske kvinner. På tross av dette er intervensjonen – mor-barn-vennlig initiativ ammeveiledning – relevant for min oppgave, og ifølge Utenriksdepartementet (u.d.) har Japan et godt utbygd helsevesen. Slik jeg har vurdert det er studien derfor aktuell også i norsk barselomsorg.

3 Teori

Oppgavens teoridel er delt i seks. Jeg vil presentere teori om hvorfor amming er viktig, veiledning, den didaktiske relasjonsmodellen, «Mor-barn-vennlig initiativ», BMJ Best Practice og til slutt lovverket.

3.1 Hvorfor er amming viktig?

Det britisk medisinske tidsskriftet The Lancet (Victoria, 2016) har konkludert med at amming er et av de viktigste forebyggende tiltak for barn og mødres helse, også i den rike del av verden. Ifølge BMJ Best Practice (Hoddinott, Tappin, & Wright, 2008) inneholder morsmelk – i motsetning til morsmelkerstatning – en kompleks levende næringsvæske som inneholder antistoffer, enzymer og hormoner, som alle har helsefordeler. Amming har betydning for en lang rekke helsemessige forhold hos barnet, ikke bare under ammeperioden, men trolig også senere. På samme måte påvirker den også morens helse både mens hun ammer, og på lengre sikt (Alquist, 2016, s. 21). Dessuten kan velfungerende amming ha en gunstig effekt på kvinnens psykiske helse, blant annet gjennom å heve stemningsleie og dempe stress og angst (Helsedirektoratet, 2014).

3.2 Veiledning

Ifølge Tveiten (Tveiten, 2016, s. 121) er veiledning en pedagogisk metode som skal hjelpe personen til å bruke sine egne ressurser for å oppnå mestring. Veilederen må legge til rette for at pasienten oppdager, lærer og dermed styrker sin mestringskompetanse gjennom dialog. Hva det innebærer å legge til rette for oppdagelse og læring, vil variere. Det som er viktig er å *møte pasienten der hun er*. Det er viktig å finne ut hva hun er opptatt av, hva det dreier seg om for henne, å se *henne* og oppnå tillit og ut fra dette om mulig skape et grunnlag for veiledning (Tveiten, 2016, s. 121).

Mestringstillit

Et viktig punkt i veiledning er å undersøke om pasienten har tilstrekkelig mestringstillit (Eide & Eide, 2018, s. 270). Det blir vanskelig for å lykkes hvis ikke pasienten har tro på at hun skal klare å gjøre det som er nødvendig. Dette kan dreie seg om innstilling, men det er også ofte et spørsmål om å vite hva man skal gjøre, hvordan man skal gjøre det, om man har tilstrekkelig støtte, etc. Mestringstillit er en faktor som i stor grad kan forutsi hvordan det kommer til å gå med pasienten. Det kan derfor være lurt å utforske denne på forhånd, slik at forholdene

eventuelt kan legges bedre til rette og pasientens mestringstillit kan styrkes (Eide & Eide, 2018, s. 270).

3.3 Den didaktiske relasjonsmodell

Den didaktiske relasjonsmodellen er i helsefaget et hjelpemiddel i veiledning av pasienter (Tveiten, 2016, s. 83). Jeg har valgt å inkludere modellen i oppgaven min fordi jeg synes den er nyttig å bruke som utgangspunkt når man skal planlegge og gjennomføre veiledning av pasienter. I det følgende kommer jeg til å beskrive de elementene av den didaktiske relasjonsmodellen jeg mener har betydning for oppgaven min.

Hvem er pasienten?

Det er viktig å vite noe om hva pasienten vet fra før, hva kunnskapsgrunnlaget er, og hvilke læreforutsetninger personen har. Dette vil man få et grunnlag for å vurdere gjennom samvær og samtaler med pasienten. Dessuten er det viktig å *møte kvinnen der hun er*. Det er viktig å finne ut hva hun er opptatt av, hva det dreier seg om for henne, å se *henne* og oppnå tillit og ut fra dette om mulig skape et grunnlag for veiledning. Pasientmedvirkning vil innebære å etterspørre pasientens syn, meninger, opplevelser, forståelse og behov (Tveiten, 2016, s. 83).

Hva er situasjonen?

Situasjonen pasienten befinner seg i, kan ha betydning for helsepedagogiske vurderinger og valg. Det kan være forhold for og rundt pasienten som kan påvirke situasjonen og som derfor må tas med i vurderingen (Tveiten, 2016, s. 84).

Hva er målet?

Det er viktig å identifisere mål for veiledningen. Den generelle hensikten med pasientopplæring er kompetanseutvikling og mestring. Og jo mer konkret målet er, jo bedre grunnlag har sykepleieren og pasienten for å gjøre vurderinger og valg (Tveiten, 2016, s. 85).

Hva er innholdet?

Innholdet kan dreie seg om å fokusere på kunnskap, holdninger eller konkrete ferdigheter. Man kan planlegge veiledning, men ofte ikke innholdet, fordi innholdet stort sett fremkommer i møtet mellom sykepleier og pasient. Innholdet i læresituasjoner kan velges i samråd med den som er i fokus. Pasienten vil ofte kunne si noe om hva behovet er, ut fra sin forberedthet.

Sykepleieren kan så bidra med sin fagkunnskap og erfaring i utvelgelse av innhold. Når man selv opplever å ha påvirkning på innholdet, kan læresituasjonen kjennes meningsfull, noe som igjen fremmer læring, vekst, utvikling og mestring (Tveiten, 2016, s. 86).

Hva kan fremme og hemme læring?

Mange forhold kan påvirke en pasient og redusere evnen til å ta til seg kunnskap. Det er derfor viktig å legge til rette for at læringsmiljøet er best mulig. Viktige punkter som kan fremme læring er at det er ro i situasjonen, at grunnleggende behov er tilfredsstilt (blant annet sult, smerter, trygghet), at det som læres anses som nyttig og meningsfullt, at ordbruken er forståelig og at nivået er passe, og at man selv kan være aktiv – for eksempel gjennom dialog (Tveiten, 2016, s. 87).

3.4 «Mor-barn-vennlig initiativ»

Mor-barn-vennlig initiativ er en nasjonal satsning og oppfølging av WHO's og Unicef's kampanje Mor-barn-vennlig initiativ (Helsedirektoratet, 2014). Kampanjen har som overordnet mål å fremme amming, og har vist seg å være velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming. Ifølge Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014) anbefales det at Ti trinn for vellykket amming er minstestandard for barselomsorgen, og alle som jobber på en barselavdeling skal arbeide etter kravene til Ti trinn for vellykket amming (se vedlegg nr 2) (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge anbefalingene er en viktig del av ammeveiledningen at det informeres om betydningen av ro og hudkontakt med barnet rett etter fødselen, at barnet tidlig får komme til brystet, selvregulering, godt sugetak og god ammestilling, samt tilbudet om å ha barnet hos seg hele døgnet (Oslo Universitetssykehus, 2016).

3.5 BMJ Best Practice

Ifølge BMJ Best Practice (Hoddinott, Tappin, & Wright, 2008) er det tre ting vi som ammeveiledere burde tilrettelegge for på barselavdeling: tidlig hud-til-hud kontakt mellom mor og barn, hyppig og ubegrenset amming (selvregulering) for å sikre best mulig melkeproduksjon hos mor, og hjelp til å legge barnet til brystet. Dette har vist seg å øke sjansene for vellykket amming.

3.6 Lovverket

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter rett til informasjon og medvirkning. Sykepleiere er pliktig til å følge lovverket som gir klare forventninger til helsepersonell når det kommer til pasienters rett på informasjon og individuell oppfølging. Vi som helsepersonell er lovpålagt å gi kvinnene tilpasset informasjon, og så langt som mulig sikre oss at kvinnene har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (§ 3-5). I Pasient- og brukerrettighetsloven står det også om pasientens rett til medvirkning (§ 3-1).

4 Resultat/funn

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funnene i forskningsartiklene.

Is Baby-Friendly Breastfeeding Support in Maternity Hospitals Associated with Breastfeeding Satisfaction Among Japanese Mothers?

Denne studien undersøkte om ammeveiledning i tråd med Mor-barn-vennlig initiativ var assosiert med økt forekomst av fullamning, lengre varighet av ammingen og mer tilfredshet blant japanske mødre. De nyttet en kvantitativ metode, hvor 601 ammende japanske mødre fullførte spørreskjemaer på deres barns 4-måneders helsekontroller. 363 kvinner ble inkludert i analysen. Studien kom frem til at mødre som hadde tidlig hud-til-hud kontakt med sine spedbarn hadde større sannsynlighet for å lykkes med ammingen enn de som ikke gjorde det. Blant mødre uten ønske om eksklusiv amming hadde de som ble oppfordret til å amme etter behov (selvregulering) større sannsynlighet for å amme uten tilskudd av morsmelkerstatning første måned og å oppleve amming som positivt for deres spedbarn enn de som ikke var oppfordret til det. Studien konkluderte med at hvor tilfredse mødrene var med å amme var et viktig punkt for ammingens utfall. Tidlig hud-til-hud kontakt og oppmuntring til amming etter behov (selvregulering) førte både til økt amming og mer tilfredshet hos mødrene (Hongo, Nanishi, Shibamura, & Jimba, 2015).

Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families:

I England utførte Ingram med flere en ikke-randomisert prospektiv kohortstudie hvor de skulle undersøke om det å undervise helsepersonell i en spesifikk veiledningsmetode ville øke ammeforekomst og redusere problemer. Det var 1400 respondenter, og 1325 av disse ble inkludert i studien. Veiledningsmetoden er kalt «Hands off», og gikk ut på at jordmødrene skulle gi noen spesifikke konkrete råd om hvordan det ville være gunstig å legge barnet til brystet. Samtidig skulle de observere mødrene og veilede dem i prosessen, uten å overta ved for eksempel å legge barnet til brystet for dem. Metoden skulle myndiggjøre mødrene til å klare ammingen selv. Metoden de nyttet var en ikke-randomisert prospektiv kohort intervensjonsstudie. Studiens resultater var at «Hands off» teknikken resulterte i økt ammeforekomst. Intervensjonen ga økt amming ved to uker, seks uker, og amming i det hele tatt. Andelen mødre som opplevde å ha lite melk var også redusert. Mødre som brukte alle elementer av «Hands off» teknikken hadde en signifikant høyere sannsynlighet for å amme ved seks uker (Ingram, Johnson, & Greenwood, 2002).

A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding:

Denne studien ønsket å se på hvordan helsepersonells kommunikasjon vedrørende amming oppfattes av førstegangsfødende. Metoden de nyttet var kvalitative semi-strukturerte intervjuer tidlig i svangerskapet og 6 + 10 uker etter fødselen. 21 kvinner ble intervjuet og inkludert i studiet. Målet for mange av kvinnene i studien var en fornøyd baby. Likevel hevdet flere av kvinnene at målet for helsepersonellet var at de skulle fortsette ammingen. Disse ulike målene kunne føre til misnøye og en følelse av at veiledningen var «ammesentrert» heller enn «kvinnesentrert». Kvinnene i denne studien beskrev hvordan ord ikke er nok til å motivere dem til å amme. Kvinnene ønsket at personalet heller skulle vise dem ferdigheter, enn å bare fortelle hvordan de skulle gjøre det. Det var av stor betydning at en jordmor som kvinnen hadde fått et fortrolig forhold til, satt ned sammen med kvinnen når hun ammet og observerte et brystmåltid. Kvinnene i denne studien beskrev også hvor verdifullt det var for dem å få omsorg fra helsepersonell de hadde fått et fortrolig forhold til, og som kunne oppmuntre dem og innsatsen deres (Hoddinott & Pill, 2000).

Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A clusterrandomized study:

Denne studien ønsket å vurdere om bedre ammeveiledning med fokus på økt hudkontakt, hyppig amming, god ammestilling og inkludering av far hadde en effekt på hvor vellykket ammingen ble. Studien nyttet en kvantitativ metode, og hele 3541 mødre deltok. Resultatene var at færre spedbarn ble gjeninnlagt en uke postnalt i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, og seks måneder etter fødselen var det flere som fullammet i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dessuten ammet mødre i intervensjonsgruppen hyppigere og hadde flere timer med hudkontakt med barna sine. Spedbarna i intervensjonsgruppen ble sjeldnere behandlet for gulsott, og dessuten var fedrene mer involvert i ammingen. Studien konkluderte med at ammeveiledning med fokus på økt hudkontakt, hyppig amming, god ammestilling og inkludering av far førte til økt ammesuksess både på kort og lang sikt (Nilsson, Strandberg-Larsen, & Knight, 2017).

First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn:

For å hjelpe mødre som ammer og for å forbedre ammeveiledningen, trenger vi mer kunnskap om mødrenes opplevelse av amming de første månedene etter fødsel. Målet med studien til Kronborg med flere var å utforske mors opplevelse av å amme. Det ble nyttet en kvalitativ innholdsanalyse til å analysere data fra 108 danske førstegangsmødre. Alle mødrene begynte å amme etter å ha født, og målet for dem var at de skulle mestre ammingen. Hvordan de klarte dette var individuelt, og kvinnene gikk gjennom ulike faser. Denne undersøkelsen understreker hvordan amming er nært forbundet med morsrollen og forholdet til barnet, og at dårlige opplevelser i den innledende fasen kan føles overveldende. Studien konkluderte med at ammeveiledning til nybakte mødre bør omfatte tilrettelegging av overgangen til det å bli mor, å lære mor å lese babyens tegn, lære henne gode ammestillinger og lære hvordan legge barnet til brystet. Veiledningen bør dessuten inkludere å bygge opp mors selvtillit og tro på at hun kan amme (Kronborg, Harder, & Hall, 2015).

5 Drøfting

I dette kapittelet drøftes problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier på barselavdeling veilede barselkvinner slik at de kan mestre amming?» i lys av blant annet forskning, litteratur og egne erfaringer. Jeg har valgt å dele denne delen av oppgaven i to; først vil jeg drøfte hva som er god ammeveiledning, deretter vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å øke mors mestringsfølelse.

5.1 Hva er god ammeveiledning?

Identifiser mødrenes behov for ammeveiledning

For å gi god ammeveiledning, mener jeg at det er grunnleggende å starte med å identifisere mødrenes behov for ammeveiledning. Ifølge Tveiten (2016, s. 83) er det viktig å vite noe om hva pasienten vet fra før, hva kunnskapsgrunnlaget er, og hvilke læreforutsetninger personen har. Dette vil man få et grunnlag for å vurdere gjennom samvær og samtaler med pasienten. Min erfaring er at det her kan være lurt å stille åpne spørsmål, og eksempler på spørsmål man kan stille kvinnen er «Hva tenker du om amming?» og «Hvilke forkunnskaper har du i forhold til amming?». Ved å spørre hvilke forkunnskaper kvinnen har om amming, får vi et innblikk i hvilket nivå vi skal legge oss på i ammeveiledningen. Dersom kvinnen har deltatt på ammekurs og lest flere bøker om amming, kan vi naturligvis legge oss på et annet nivå enn dersom kvinnen ikke har så mye forkunnskaper. Det er også viktig å *møte kvinnen der hun er*. Det er viktig å finne ut hva hun er opptatt av, hva det dreier seg om for henne, å se *henne* og oppnå tillit og ut fra dette om mulig skape et grunnlag for veiledning (Tveiten, 2016, s. 121). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er vi som helsepersonell dessuten lovpålagt å gi kvinnene tilpasset informasjon, og så langt som mulig sikre oss at kvinnene har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (§ 3-5).

Innholdet i ammeveiledningen

Innholdet kan dreie seg om å fokusere på kunnskap, holdninger eller konkrete ferdigheter (Tveiten, 2016, s. 86). Min erfaring er at det kan være nyttig å observere en ammesituasjon, og ut i fra det man observerer komme med konkrete råd og eventuelt praktisk hjelp. Innholdet i læresituasjoner kan velges i samråd med den som er i fokus (Tveiten, 2016, s. 86). Kvinnen vil ofte kunne si noe om hva behovet er, ut fra sin forberedthet. Sykepleieren kan så bidra med sin fagkunnskap og erfaring i utvelgelse av innhold. Når kvinnen opplever å ha påvirkning på innholdet, kan læresituasjonen kjennes meningsfull, noe som igjen fremmer læring, vekst,

utvikling og mestring (Tveiten, 2016, s. 86). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det om pasientens rett til medvirkning (§ 3-1). Pasientmedvirkning vil innebære å etterspørre pasientens syn, meninger, opplevelser, forståelse og behov (Tveiten, 2016).

Tilrettelegg læringsmiljøet

Ifølge Tveiten (2016) er det mange forhold som kan påvirke kvinnen og redusere evnen til å ta til seg kunnskap. Det er derfor viktig å legge til rette for at læringsmiljøet er best mulig. Viktige punkter som kan fremme læring er at det er ro i situasjonen, at grunnleggende behov er tilfredsstilt (blant annet sult, smerter, trygghet), at det som læres anses som nyttig og meningsfullt, at ordbruken er forståelig og at nivået er passe, og at man selv kan være aktiv – for eksempel gjennom dialog (s. 87).

Er muntlig veiledning det beste?

Studier (Ingram, Johnson, & Greenwood, 2002) viser at dersom moren primært veiledes muntlig (Hands Off Technique), får hun økt ammekompetanse og færre problemer med amming etter utskrivning fra sykehuset. Hands Off Technique gikk ut på at jordmødrene skulle gi noen spesifikke konkrete råd om hvordan det ville være gunstig å legge barnet til brystet. Samtidig skulle de observere mødrene og veilede dem i prosessen, uten å overta ved for eksempel å legge barnet til brystet for dem. Metoden skulle myndiggjøre mødrene til å klare ammingen selv. Muntlig veiledning gir sykepleiere dessuten mulighet til å forklare og begrunne ting underveis, slik at moren blir bedre rustet til å klare ammingen på egen hånd senere.

Jeg tror at forskningen til Ingram med flere (2002) belyser et viktig tema, og at vi som helsepersonell har lett for å overta og gå for den enkle løsningen å legge barnet til brystet selv. I dagens helsevesen med stadig bemanningsproblematikk, kan dårlig tid være en årsak til at helsepersonell overtar for kvinnen, istedenfor å primært veilede henne muntlig. Man løser problemet der og da – barnet tar brystet – men mor har ikke lært å legge til barnet selv. Selv om det er lett å skylde på dårlig bemanning og begrenset med tid, må vi huske på at vi som sykepleiere er pliktige til å følge lovverket som gir klare forventninger til helsepersonell når det kommer til pasienters rett på informasjon og individuell oppfølging (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Men kan det også tenkes at noen kvinner setter pris på at de blir vist hvordan man skal legge barnet til brystet, ved at vi gjør det for dem? Jeg tror at det kan fungere som en læresituasjon dersom sykepleieren tar seg tid til å forklare hva hun gjør og hvorfor hun gjør det – mens hun legger til barnet. Viktigheten av å være konkret i veiledningen understrekes av Hoddinott & Pill (2000). Kvinnene i denne studien ønsket at personalet heller skulle vise dem ferdigheter, enn å bare fortelle hvordan de skulle gjøre det. Det var av stor betydning at en jordmor som kvinnen hadde fått et fortrolig forhold til, satt ned sammen med kvinnen når hun ammet og observerte et brystmåltid.

Min erfaring er at flere kvinner ønsker å se hvordan vi legger barnet til brystet for å lære, for så å prøve selv neste gang. Et alternativ til dette kan være å ta frem en dukke og et tøybryst for å vise kvinnen hvordan hun selv kan legge til barnet. Da får vi vist riktig teknikk og samtidig tatt vare på prinsippet om å ikke «ta over» for mor. Igjen vil jeg presisere at det er viktig å vurdere hver enkel barselkvinne og hver enkel situasjon. Ved å føle seg frem og ved å spørre kvinnen hvordan hun ønsker å bli veiledet kan man sammen skape en god læresituasjon. På barselavdelingen hvor jeg arbeider prøver vi i ammingens startfase å fokusere på å starte med å kun veilede kvinnen verbalt. Her kan vi forklare hovedtrekkene ved god ammeteknikk og om nødvendig forklare hvordan kvinnen kan forbedre sin fremgangsmåte. Dersom man ser at kvinnen åpenbart ikke lykkes på egen hånd, eller dersom hun spør om vi kan hjelpe henne kan vi heller gå over til å gi mer direkte praktisk hjelp. Jeg tror også at det er av stor betydning at vi roser kvinnenes innsats. Kanskje er det bare et oppmuntrende ord, et anerkjennende nikk eller et vennlig smil som skal til.

Hva fremmer og støtter amming?

For å finne ut hvordan sykepleier kan veilede barselkvinner slik at de kan mestre amming, trenger vi forskning som belyser hva som har vist seg å være velegnet til å fremme og støtte amming. Ifølge BMJ Best Practice (Hoddinott, Tappin, & Wright, 2008) er det tre ting vi som ammeveiledere burde tilrettelegge for på barselavdeling, som har vist seg å øke sjansene for vellykket amming: tidlig hud-til-hud kontakt mellom mor og barn, hyppig og ubegrenset amming (selvregulering) for å sikre best mulig melkeproduksjon hos mor, og hjelp til å legge barnet til brystet.

Denne forskningen understøttes av internasjonale funn som Ti trinn for vellykket amming baseres på (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge anbefalingene er en viktig del av ammeveiledningen at det informeres om betydningen av ro og hudkontakt med barnet rett etter fødselen, at barnet tidlig får komme til brystet, selvregulering, godt sugetak og god ammestilling, samt tilbudet om å ha barnet hos seg hele døgnet (Oslo Universitetssykehus, 2016). Studien til Hongo med flere (2015) ønsket å undersøke om ammeveiledning i tråd med Mor-barn-vennlig initiativ var assosiert med økt forekomst av fullamming, lengre varighet av ammingen og mer tilfredshet blant japanske mødre. De konkluderte med at tidlig hud-til-hud kontakt og oppmuntring til amming etter behov (selvregulering) førte både til økt amming og mer tilfredshet hos mødrene.

Det kan selvsagt reises innvendinger til dette med amming etter behov (selvregulering). Noen barn har et uttalt sugebehov, og kan gjerne ligge ved brystet tilnærmet hele tiden. Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) kan det derfor – dersom moren har såre brystknopper, og amming gjør vondt til tross for riktig teknikk/sugetak – være nødvendig å forbigående begrense sugetiden og eventuelt håndmelke.

Også studien til Nilsson med flere (2017) ønsket å vurdere om bedre ammeveiledning med fokus på økt hudkontakt, hyppig amming, god ammestilling og inkludering av far hadde en effekt på hvor vellykket ammingen ble. Resultatene var at seks måneder etter fødselen var det flere som fullammet i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Studien konkluderte med at ammeveiledning med fokus på økt hudkontakt, hyppig amming, god ammestilling og inkludering av far førte til økt ammesuksess både på kort og lang sikt.

Jeg tror det er viktig at vi som helsepersonell tilrettelegger for mye hudkontakt og ro rundt mor og barn. På barselavdelingen jeg arbeider på oppmuntrer vi kvinnene til å ligge hud-mot-hud med babyen så mye som mulig i tiden på barselavdelingen, og at kvinnene med fordel kan ha kun bleie og lue på babyen så lenge hun har barnet inntil seg. Dessuten informerer vi kvinnene om betydningen av ro for etablering av ammingen, og at de med fordel kan begrense besøk av andre enn nærmeste familie den første tiden.

Inkludere far i ammeveiledningen

Det er viktig å huske på å inkludere far i ammeveiledningen. I studien til Nilsson med flere (2017) lærte de opp personalet til å inkludere far i ammeveiledningen. Studien konkluderte med at den

forbedrede støtten fra far kan ha vært en av viktige faktorer som bidro til den høye utbredelsen av eksklusiv amming seks måneder etter fødselen, i intervensjonsgruppen. Studien til Ingram med flere (2002) underbygger dette funnet. De konkluderte med at når barnet er seks uker gammelt, er oppmuntring fra en støttende partner og eventuelle andre familiemedlemmer en av de viktigste forutsetningene for at mødrene fortsatt ammet.

5.2 Hvordan kan sykepleier bidra til å øke mors mestringsfølelse?

Min erfaring er at forskningsartikler og litteratur stort sett er enige om hva som skal til for å fremme amming, og det som i litteraturen kan virke enkelt å få til, er i virkeligheten mye mer komplekst og med flere utfordringer. Mange barselkvinner har høye forventninger om å amme, både fra seg selv og omverdenen, og for de kvinnene som opplever utfordringer er det ofte sårt. Jeg ønsker derfor i denne delen av kapittelet å drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å øke mors mestringsfølelse.

Mødrenes opplevelse av amming

For å hjelpe mødre som ammer og for å forbedre ammeveiledningen, trenger vi mer kunnskap om mødrenes opplevelse av amming de første månedene etter fødsel. Målet med studien til Kronborg med flere (2015) var å utforske nettopp dette. Denne undersøkelsen understreker hvordan amming er nært forbundet med morsrollen og forholdet til barnet, og at dårlige opplevelser i den innledende fasen kan føles overveldende. Studien konkluderte også med at ammeveiledning til nybakte mødre bør omfatte tilrettelegging av overgangen til det å bli mor. Funnene i forskningen stemmer godt overens med hva jeg har erfart i praksis. Min erfaring er at mange kvinners forventninger til tilværelsen som nybakt mor ikke innfris, og at tiden på barselavdelingen ble annerledes enn de hadde sett for seg. Kanskje ble fødselen tøffere enn hva de hadde håpet på, brystknoppene er såre og ammingen gjør vondt, samt følelsen av å ikke mestre rollen som mor grunnet et lite spedbarn som skriker både dag og natt. Da er det ekstra viktig at vi som helsepersonell kan bruke tid på å se kvinnen, trøste, oppmuntre og bekrefte at hun er en god mor uavhengig av disse tingene. Min erfaring er at det også er viktig å trygge disse kvinnene på at det de opplever er helt normalt, og at ting kommer til å løse seg. Dessuten er det viktig at vi trekker frem det kvinnene mestrer – og at vi skryter av dette.

Kvinnesentrert ammeveiledning – veiledning tilpasset hver enkel kvinne

Studien til Hoddinott med flere (2000) ønsket å se på hvordan helsepersonells kommunikasjon vedrørende amming oppfattes av førstegangsfødende. Målet for mange av kvinnene i studien var en fornøyd baby. Likevel hevdet flere av kvinnene at målet for helsepersonellet var at de skulle fortsette ammingen. Disse ulike målene kunne føre til misnøye og en følelse av at veiledningen var «ammesentrert» heller enn «kvinnesentrert». Jeg mener at dette belyser et viktig tema, og at det er viktig at ammeveiledningen blir oppfattet som «kvinnesentrert» heller enn «ammesentrert».

Men hvor går egentlig grensen mellom motivasjon og press? Og hvor langt burde sykepleieren gå for å fremme amming? Jeg mener at ammingen ikke skal gå på bekostning av mors opplevelse av barselperioden, og man burde tilstrebe at måltidsituasjonen blir preget av gode følelser og tilknytning mellom mor og barn, heller enn en følelse av håpløshet og å ikke mestre. Derfor er det viktig at vi ser hver enkel kvinne – og tilpasser ammeveiledningen deretter. Kvinnene i studien til Hoddinott med flere (2000) beskrev dessuten hvor verdifullt det var for dem å få omsorg fra helsepersonell de hadde fått et fortrolig forhold til, og som kunne oppmuntre dem og innsatsen deres. Også studien til Kronborg med flere (2015) understreker hvor viktig det er at veiledningen inkluderer å bygge opp mors selvtillit og tro på at hun kan amme.

Mestringstillit

Et viktig punkt i forhold til mestring, er å undersøke om kvinnen har tilstrekkelig mestringstillit (Eide & Eide, 2018, s. 270). Det blir vanskelig å lykkes hvis ikke kvinnen har tro på at hun skal klare å gjøre det som er nødvendig. Dette kan dreie seg om innstilling, men det er også ofte et spørsmål om å vite hva man skal gjøre, hvordan man skal gjøre det, om man har tilstrekkelig støtte, etc. Min erfaring er at kvinner som selv har mødre, søstre eller venninner som ikke mestret ammingen, ofte har lavere forventninger om at de selv skal mestre det. Jeg erfarer også at de kvinnene som er klar over at amming ofte byr på utfordringer i starten, lettere aksepterer det når de selv opplever utfordringer med ammingen, med troen om at det kommer til å ordne seg. Ifølge Eide & Eide (2018, s. 270) er mestringstillit en faktor som i stor grad kan forutsi hvordan det kommer til å gå med kvinnen. Det kan derfor være lurt å utforske denne på forhånd, slik at forholdene eventuelt kan legges bedre til rette og pasientens mestringstillit kan styrkes. Jeg tror at det i denne sammenheng også er viktig å sørge for at mor er orientert om normal ammeoppsats. Vi må fortelle kvinnen om hva som er vanlig, og hvilke utfordringer som

ofte kommer i ammingens etableringsfase. Når kvinnen er klar over at det hun opplever er normale utfordringer, tror jeg at det er lettere for å ikke miste motivasjonen.

6 Konklusjon

Amming er et av de viktigste forebyggende tiltak for barn og mødres helse, og sykepleiere har en viktig rolle i å legge til rette for at barselkvinnen skal kunne amme slik det anbefales. Jeg ønsket i oppgaven min å finne ut hvordan sykepleier på best mulig måte kan veilede mor, med hensikten styrket ammekompetanse og økt mestringsfølelse hos barselkvinnene. Funnene i denne oppgaven har implikasjoner for sykepleiepraksis – ikke bare på barselavdelinger, men i alle situasjoner hvor man skal veilede pasienter.

I første del av drøftingsdelen ønsket jeg å finne ut hva som er god ammeveiledning. Bruk av Den didaktiske relasjonsmodell er et nyttig hjelpemiddel i denne sammenheng. Viktige punkt for å lykkes med ammeveiledningen er dessuten at sykepleieren identifiserer mødrenes behov for ammeveiledning, at man *møter kvinnen der hun er*, at man bruker tid på å bygge opp en relasjon til kvinnen, at man finner ut hva hun er opptatt av og at vi legger til rette for at læringsmiljøet er best mulig. Pasientmedvirkning er dessuten et viktig punkt.

Forskning jeg har inkludert i oppgaven min viser at muntlig veiledning (Hands Off Technique) kan føre til økt ammeforekomst og gjør kvinnene bedre rustet til å klare ammingen på egen hånd senere. Imidlertid ønsker noen kvinner at personalet heller skal vise dem ferdigheter, enn å bare fortelle hvordan de skal gjøre det. Jeg har derfor kommet frem til at det er viktig å vurdere hver enkel barselkvinne og hver enkel situasjon.

En viktig del av ammeveiledningen er at det informeres om betydningen av ro og hudkontakt med barnet, at barnet tidlig får komme til brystet, hyppig og ubegrenset amming (selvregulering), godt sugetak og god ammestilling. Det er også viktig å huske på å inkludere far i ammeveiledningen.

I andre del av drøftingsdelen drøftet jeg hvordan sykepleier kan bidra til å øke mors mestringsfølelse. Her har jeg kommet frem til at det er viktig at vi bruker tid på å *se kvinnen*, å oppmuntre henne og skryte av henne. Det er viktig at ammeveiledningen oppfattes som kvinnesentrert. Jeg har også kommet frem til at sykepleieren må legge vekt på å styrke kvinnens mestringsstilling, og sørge for at kvinnen er orientert om normal ammeprosess. Jeg tror imidlertid at vi trenger mer kunnskaper om hvordan vi kan ivareta de kvinnene som strever med amming.

Litteraturliste

- Alquist, R. (2016). *Amming - en håndbok for helsepersonell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og Oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2018). *Kommunikasjon i Relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Oktober 4). Hentet fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler:
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Helsedirektoratet. (2014). Hentet fra Nytt liv og trygg barseltid for familien:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Hoddinott, P., & Pill, R. (2000). A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding. *3*(4), ss. 224-233. doi:10.1046/j.1369-6513.2000.00108.x
- Hoddinott, P., Tappin, D., & Wright, C. (2008). Breast Feeding. doi:10.1136/bmj.39521.566296.BE
- Hongo, H., Nanishi, K., Shibamura, A., & Jimba, A. (2015). Is Baby-Friendly Breastfeeding Support in Maternity Hospitals Associated with Breastfeeding Satisfaction Among Japanese Mothers? *19*(6), ss. 1252-1262. doi:10.1007/s10995-014-1631-8
- Ingram, J., Johnson, D., & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *18*(2), ss. 87-101. doi:10.1054/ymidw.0308
- Kildekompasset. (2015, April 21). Hentet fra Hva er fagfelle vurdering?:
<http://kildekompasset.no/kildekritikk/ord-uttrykk/hva-er-fagfelle-vurdering.aspx>
- Kronborg, H., Harder, I., & Hall, E. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *6*(2), ss. 82-87. doi:10.1016/j.srhc.2014.08.004
- Lande, B., & Helleve, A. (2013). *Amming og spedbarns kosthold*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/273/Amming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013-IS-2239.pdf>
- Nasjonalt kompetansesenter for amming. (2009). *Ammeveiledning*. Hentet fra Oslo Universitetssykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/Ammeveiledningsperm%202009.pdf>

- Nilsson, I., Strandberg-Larsen, K., & Knight, C. (2017). Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A clusterrandomized study. *13*(4), ss. 306-316. doi:10.1111/mcn.12432
- Oslo Universitetssykehus*. (2016, August 31). Hentet Oktober 28, 2018 fra 10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonalt-kompetansetjeneste-for-amming/Documents/10%20trinn%20for%20vellykket%20amming.pdf>
- (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Lovdata. Hentet 10 24, 2018 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regjeringen.no*. (u.d.). Hentet Oktober 24, 2018 fra Japan - reiseinformasjon: https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_japan/id2415973/
- Store Norske Leksikon*. (u.d.). Hentet Oktober 24, 2018 fra Amming: <https://sml.snl.no/amming>
- Store Norske Leksikon*. (u.d.). Hentet Oktober 24, 2018 fra Barsel: <https://snl.no/barsel>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bachelor-oppgaven for sykepleier-studenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Victoria, C. G. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*, ss. 475-490.
- World Health Organization*. (u.d.). Hentet Oktober 16, 2018 fra Breastfeeding: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over søk av artikler

Database:	Søkeord:	Treff:	Artikler som er inkludert i oppgaven:
Academic Search Elite: CINAHL og Medline	Breastfeeding «and» support «and» counselling	310	«Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families»
Academic Search Elite: CINAHL og Medline	Breastfeeding «and» communication «and» professional- patient relations	11	«First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn»
Academic Search Elite: CINAHL og Medline	Breastfeeding «and» postpartum care	133	Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study»
Academic Search Elite: CINAHL og Medline	Baby-Friendly Breastfeeding Support	16	«Is Baby-Friendly Breastfeeding Support in Maternity Hospitals Associated with Breastfeeding Satisfaction Among Japanese Mothers?»
Academic Search Elite: CINAHL og Medline	Breastfeeding «and» communication «and» infant feeding	228	«A qualitative study of women's views about how health professionals

			communicate about infant feeding»
--	--	--	--------------------------------------

Vedlegg 2: Ti trinn for vellykket amming

Føde-/barselavdelingene på et Mor-barn-vennlig sykehus skal:

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om hvilke fordeler brysternæring har, og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted, og gjøre mødre oppmerksom på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet.
5. Vise mødre hvordan de skal amme, og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.
6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.
9. Unngå bruk av narre- eller flaskesmokk til brystbarn, i alle fall til ammingen er veletablert.
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen, idet helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper (Oslo Universitetssykehus, 2016).