



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 452

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7946

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 9

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barselomsorg: Samspill og amming.

Postnatal care: Interaction and breastfeeding.

Kandidatnummer: 452

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.2019

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.

Forord

«Det nyfødte lille barnet løftes normalt rett opp på mammas bryst og mage. Der møter det igjen kroppsvarme, lukter og lyder som er kjent fra fosterlivet. Slik beroliges det etter møtet med verden utenfor. Skriket stilner.... Nyfødte barn som legges slik, setter vanligvis i gang med å fullføre det som er kalt verdens viktigste reise – fra livmor til morsbryst»

(Nylander, 2008, s. 7)

Abstract

Title: Postnatal care: Interaction and breastfeeding

Background: There were 56 633 children born in Norway in 2017, and the length of the hospital stay after birth has gradually gone from five-six days to about two days. The short hospital stay will provide nurses and other health care professionals less room for guidance and practical help with breastfeeding, as well for the parents to learn how to care for the newborn when returning home. Another aspect of the short bedtime is less opportunity to care for and support the father as the baby also leads to major changes in his life.

Research question: “In what way can nurses promote breastfeeding among newborn babies, and interaction between the parents and the baby?”

Aim: The aim of this bachelor thesis is to determine how nurses can promote and support breastfeeding and interaction between the mother, father and baby.

Method: This bachelor thesis is a literature study based on curriculum, relevant research and specialist literature. I used five research articles in the thesis from different databases.

Findings: Finds in literature and research shows that skin-to-skin-contact increases the prevalence and duration of exclusive breastfeeding and at the same time increases the attachment between mother, father and child. Women’s decision to breastfeed often depends on the guidance from health professionals and support from their partners and the surroundings. When the mothers receive support and care from their partner they will have bigger self-efficacy on taking care of the child.

Conclusion: Skin-to-skin-contact and guidance and support from nurses is important for the new family in the puerperium. In the future we need to focus more on supporting the father or partner.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 PRESENTASJON OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	2
2.0 TEORI	4
2.1 BARSELOMSORG	4
2.1.1 <i>De nye rollene</i>	5
2.2 AMMING	5
2.2.2 <i>Mor-barn-vennlig initiativ</i>	7
2.2.3 <i>Ammeveiledning</i>	7
2.2.4 <i>Hud-mot-hud-kontakt</i>	8
2.3 KOMMUNIKASJON	9
2.3.1 <i>Veiledning</i>	9
2.3. <i>Joyce Travelbee</i>	10
3.0 METODE	11
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	11
3.2 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	11
3.3 KILDEKRITIKK	12
4.0 RESULTAT	14
4.1 HUD-MOT-HUD-KONTAKT	14
4.2 VEILEDNING OG AMMESTØTTE	15
4.3 FAR OG PÅRØRENDE	16
5.0 DRØFTING	17
5.1 FORELDRES OPPLEVELSE AV SAMSPILL MED BARNET	17
5.2 VEILEDNING FRA SYKEPLEIER	20
5.3 STØTTE FRA FAR ELLER PARTNER	23
6.0 KONKLUSJON	25
REFERANSELISTE	26
VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA	29
VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK	30
VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE	32

1.0 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere tema og bakgrunnen for valg av tema, problemstilling, hensikt og sykepleiefaglig relevans.

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

I 2017 ble det født 56 633 barn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018). De siste årene har lengden på oppholdet for kvinnen og barnet på barselavdelingene gradvis gått ned fra fem-seks dager. Lengden på oppholdet avhenger av helsetilstanden til kvinnen og barnet, men vanlig er rundt to dager etter en normal fødsel (Aaserud, Tveiten & Gjerlaug, 2017). Den korte liggetiden på barselavdelingen gir mindre rom for veiledning og praktisk hjelp til læring og mestring av mor- og foreldrerollen med tanke på amming, stell og omsorg for den nyfødte (Helsedirektoratet, 2014, s. 6).

I dette landet har vi en svært sterk ammekultur, da det er lang tradisjon med fullamming, og det i tillegg er store helsegevinster for den ammende kvinnen. På grunn av denne lange tradisjonen ønsker de fleste kvinnene i Norge å fullamme barnet sitt så lenge som mulig (Helsedirektoratet, 2014, s. 38). Mange mødre kjenner på et stort forventningspress til ammingen, og dette kan utvikles til stress dersom tilværelsen ikke blir helt som hun har sett for seg. Den nære kontakten og de fine øyeblikkene som skjer mellom mor og barn da barnet ligger til brystet, fører til en sterk tilknytning (Nylander, 2008, s. 7). Dersom ammingen oppleves vanskelig og utfordrende kan dette påvirke relasjonen til barnet i negativ retning. Helsedirektoratet (2014) skriver i sine retningslinjer for barselomsorgen at hovedårsaken til at ammingen opphører er en konsekvens av problemer og stress (s. 46). Det er ofte problemer som kunne blitt løst med god nok oppfølging fra helsepersonell.

Bakgrunnen for mitt valg av tema er faglig og personlig interesse for barselomsorg. Selv om man kanskje ikke får barn selv vil alle en gang i livet møte situasjoner hvor kunnskap om barselomsorg er nødvendig. Dette kan være gjennom jobb som sykepleier, andre roller i helsevesenet, eller i privatlivet. I utdanningen har vi kun hatt undervisning om barsel- og generell spedbarnsomsorg i forbindelse med praksis på Kvinneklinikken på Haukeland i tredje og siste studieår. Emnet heter «Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid», og ifølge emnebeskrivelsen

skal studenter «kunne delta i helsefremmende arbeid og fokusere på å styrke positive faktorer hos individet og miljøet» (Høgskulen på Vestlandet, 2018). Som sykepleier er den veiledende rollen en viktig del av yrket, og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleiere er ansvarlig for å utføre en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

1.2 Problemstilling

«På hvilken måte kan sykepleier fremme amming blant nyfødte, og bedre samspillet mellom foreldrene og barnet?»

1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans

En bachelorgrad i sykepleie har et tett studieprogram hvor veldig mye kunnskap skal fordeles på få år, og det vil derfor være vanskelig å fordype seg i alle temaer. Det er lite informasjon og undervisning om sykepleie når et nytt liv skal settes til verden. Studentene lærer ikke hvordan fremme helsen til barnet eller hvordan hjelpe den nye familien. Det kommer ikke frem hvilke følger dette har for familien, samfunnet, sykehusene og sykepleiere over hele landet. Hensikten med denne oppgaven er å finne forskning og faglitteratur som kan gi svar på hvordan sykepleier kan fremme amming og samspill mellom foreldrene og barnet. Dette hjelp av intervensjoner som støtte, ammeveiledning og hud-mot-hud-kontakt.

Tveiten (2008) sier at:

Veiledning og undervisning har til hensikt å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning. (s. 157)

Det er ønskelig for meg å opparbeide meg kunnskap og forståelse for nybakte foreldres opplevelse av amming den første tiden etter fødsel, og hvordan samspillet oppleves. En viktig del av det helsefremmende arbeidet man gjør i møte med foreldre og nyfødt er nettopp ammeveiledning (Helsedirektoratet, 2014, s. 21). Ammeveiledning og støtte til nybakte foreldre er relevant for utøvelse av sykepleie da rammeplanen for sykepleieutdanningen inneholder barselomsorg: «§3. Praksisstudier: D) Praksis må inkludere erfaring fra forebyggende helsearbeid, svangerskaps- og barselomsorg og pediatrik sykepleie» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 14). Som sykepleier vil man

komme til å møte ammende kvinner på andre avdelinger enn føde- og barsel, som f.eks. barneklinnk, og andre medisinske- eller kirurgiske avdelinger. Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur, annen faglitteratur, oppslagsverk, statistiske databaser, publiserte forskningsartikler og annen litteratur for å svare på min problemstilling.

2.0 Teori

I teoridelen tar jeg for meg barselomsorg og de nye rollene, amming, ammeveiledning, hud-mot-hud-kontakt, kommunikasjon, veiledning og Joyce Travelbee.

2.1 Barselomsorg

Lengden på oppholdet i norske føde- og barselavdelinger varierer mellom ett til seks-sju døgn, men i snitt er det vanlig å være på sykehuset i underkant av tre døgn etter fødselen (Binnie & Reinart, 2017, s. 594). Uavhengig av hvor man tilbringer barseltiden er formålet å ivareta morens og barnets helse. Dette ved at kvinnen skal hvile og komme til hektene igjen etter fødselen og gi barnet næring, samt at mor og far skal ha mulighet til å bli godt kjent med det nye familiemedlemmet. Helsedirektoratet kom i 2014 ut med «Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien» for å bidra til faglig forsvarlig barselomsorg. Barselomsorgen skal ta hensyn til de individuelle behovene til familien, moren og spedbarnet (Helsedirektoratet, 2014, s. 8).

For at mor, far og barn skal sitte igjen med en følelse av at barseltiden er trygg, har man forskjellige forutsetninger (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Utfallet og mestring av barseltiden blir påvirket av familiens økonomi, arbeid, utdanning, helse, trivsel, boligforhold og levemåte. Anbefalingene i retningslinjen fra Helsedirektoratet (2014) er basert på forskningsbasert kunnskap, klinisk praksis, brukererfaringer og erfaringer. Retningslinjen anbefaler umiddelbar hud-mot-hud-kontakt mellom mor og barn etter fødselen, og mye nær- eller kroppskontakt den første tiden av barselperioden (Helsedirektoratet, 2014, s. 30). Det er også sterkt anbefalt at helsepersonell gir individuell støtte og ammeveiledning med grunnlag i «Ti trinn for vellykket amming» (Helsedirektoratet, 2014, s. 41).

Frem til familien og barnet skrives ut til hjemmet og kommunehelsetjenesten, har spesialisthelsetjenesten som ansvar å tilby forsvarlig barselomsorg (Helsedirektoratet, 2014, s. 26). Spesialisthelseloven (2001, § 3-8) lovpålegger sykehusene å gi pasientene nødvendig behandling, og sykehusene skal gi opplæring til pasienter og pårørende. På bakgrunn av Pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-1 og § 3-2) har pasientene rett til medvirkning og informasjon, og informasjonen skal individuelt

tilpasses hver enkelt og blir gitt på en hensynsfull måte. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleier skal «ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Norsk Sykepleierforbund, 2016) og at sykepleier skal «vise respekt og omtanke for pårørende» (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

2.1.1 De nye rollene

Når et nytt liv settes til verden vil det føre til store endringer i livsstilen til foreldrene. De fleste vil tenke at det er størst forandring for førstegangsfødende, men også de som har barn fra før vil oppleve nye utfordringer og store endringer i familiesituasjonen. For førstegangsfødende vil alt være nytt og foreldrene vil trenge mye veiledning og støtte fra helsepersonell (Venheim, 2017, s. 604). Vi som jobber i helsetjenesten skal gi mor, far og barn forutsetninger og grunnlag for en god barseltid. De fleste vil kjenne på at barnet blir den som styrer rutinene, eller mangelen på rutiner, i starten (Venheim, 2017, s. 604).

Mors psykiske helse vil den første tiden være veldig preget av barnets tilstand og atferd. Dersom barnet er mye urolig, misfornøyd og gråter mye vil det føre til angst og stress hos mor, og hun kan føle at hun ikke lykkes i sin nye rolle (Venheim, 2017, s. 605). Da er det viktig med støtte fra partner og omgivelser. Som nybakt mor trenger man en pause innimellom for å pleie seg selv, og spesielt kan det være nødvendig å ha noen å dele ansvaret om natten med (Venheim, 2017, s. 605). Egenpleie kan innebære å dusje, gre håret, pusse tennene og gå på toalettet. I løpet av barnets første leveår vil det utvikles sterke og følelsesmessige bånd mellom barn og foreldre, også kalt tilknytning (Store norske leksikon, 2016). Morsfølelsen og tilknytningen til barnet vil starte allerede i svangerskapet da barnet ligger i mors mage, men for far vil det først oppstå endring i rollen og tilknytningen når barnet er født. Begge foreldrene skal oppleve trygghet og mestring i foreldrerollen, ved hjelp av veiledning og støtte fra helsetjenesten gjennom svangerskap-, fødsel- og barselperioden (Solberg & Glavin, 2018).

2.2 Amming

For å forklare amming bruker norske myndigheter World Health Organizations (WHO)

definisjon: «Amming er den vanlige måten å gi unge spedbarn næringsstoffene de trenger for sunn vekst og utvikling. Nesten alle mødre kan amme, forutsatt at de har nøyaktig og riktig informasjon, og støtte fra familien, helsevesenet og samfunnet generelt». WHO anbefaler fullamming til barnet er seks måneder, og etter dette anbefales det en kombinasjon av amming og stegvis introduksjon av fast føde frem til barnet er to år eller eldre (World Health Organization, uå). Fullamming er når barnet kun får morsmelk, mens delvis amming er når barnet i tillegg får morsmelkerstatning (Helsedirektoratet, 2017, s. 9).

Helsefremmende fordeler for mor og barn

Den beste føden for menneskebarn er naturlig nok menneskemelk. Brystet som produserer melken er lett tilgjengelig til enhver tid og melken er billig. Kvinnekroppen tilpasser melken automatisk etter barnets behov (Helsedirektoratet, 2012, s. 5). Tidligere har man tenkt at så lenge barn fikk morsmelk var det nok, men i senere tid har man funnet ut at det beste for barnet er melk fra den biologiske moren (Helsedirektoratet, 2012, s. 5). Melken inneholder en spesiell sammensetning av næringsstoffer, immunbeskyttende stoffer, bakteriehemmende enzymer, hormoner og antistoffer (Helsedirektoratet, 2012, s. 5). Morsmelk inneholder også store mengder av de langkjedede fettsyrene, som er det beste byggematerialet for dannelse av hjernevev (Nylander, 2008, s. 75). Det er ikke er mulig å lage og tilsette menneskefettsyrer i morsmelkerstatning, men tran inneholder fett som er nyttig for barnet og er velprøvd gjennom generasjoner (Nylander, 2008, s. 75).

Fysisk sett vil de fleste kvinner kunne gjennomføre amming, fordi kroppen tar seg av produksjonen selv og regulerer mengden melk etter etterspørsel fra barnet. Dersom barnet legges ofte til brystet lages det mer melk, og motsatt (Helsedirektoratet, 2012, s. 5). Hormonet oksytocin øker melkeutdrivingen, samtidig gir det sammentrekninger i livmoren og dermed redder kvinnen fra å blø ihjel etter fødselen (Nylander, 2008, s. 162). Utskillelsen av oksytocin øker ved berøring og hudkontakt, også ved forventning av berøring, og blir kalt kjærlighetshormonet da det virker beroligende (Haaland, 2017, s. 141). Man kan derfor tenke at velfungerende amming forebygger stress, reduserer angst og aggresjon. Oksytocinutskillelsen gir også positiv effekt på immunforsvaret og senker blodtrykket (Nylander, 2008, s. 163).

2.2.2 Mor-barn-vennlig initiativ

Vi har lang tradisjon med amming og en sterk ammekultur i Norge. Det er nesten forventet at alle mødre skal fullamme, men det har gjennom tidene vært perioder der helsetjenesten ikke har vært tilrettelagt for dette. I disse periodene har det vært stor nedgang i ammeforekomsten (Hansen, 2017, s. 697). Tidlig på 1990-tallet måtte WHO (World Health Organization) og UNICEF (United Nations Children's Fund) gå sammen om å skape et krafttak for å øke ammeforekomsten (Hansen, 2017, s. 697). Resultatet ble et verdensomspennende krafttak med formål om å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og nyfødt i føde- og barselavdelinger. Dette ble lansert som «The Baby-Friendly Hospital Initiative», og i midten av 1990-årene kom Helsedirektoratet med den norske oppfølgingen til dette krafttaket med navn «Mor-barn-vennlig initiativ» (Hansen, 2017, s. 697). Dette prosjektet ble en del av kvalitetssikringen av rutiner på norske føde- og barselavdelinger, neonatalavdelinger og helsestasjoner (Helsedirektoratet, 2012, s. 38). Krafttaket består blant annet av 10 trinn for vellykket amming. Oppstarten av Mor-barn-vennlig initiativ har økt varigheten på ammingen, og gitt foreldrene økt kunnskap om de helsefremmende fordelene morsmelken har (Nylander, 2008, s. 41).

Ti trinn for vellykket amming

Innholdet i trinnene baseres på enkle og grunnleggende prinsipper for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn (Hansen, 2017, s. 697). Av et Mor-barn-vennlig sykehus må man kunne forvente at mor får ha barnet uforstyrret hos seg og sørge for hud-mot-hud-kontakt for å gi barnet nærhet og anledning til å søke etter brystet (Nylander, 2008, s. 41-42). Andre punkter omhandler informasjon i forkant: at man skal bli informert om fordelene ved morsmelk i god tid før fødselen og tips til hvordan man best mulig etablerer ammingen. Sykepleier skal også sjekke fra begynnelsen av at ammingen går greit og riktig for seg, og gi kvinnen veiledning ved behov (Nylander, 2008, s. 41-42).

2.2.3 Ammeveiledning

På barselavdelingen er en av de vanligste utfordringene at barnet ikke tar brystet skikkelig. Dette kan skyldes at barnet er medtatt etter fødselen, påvirket av smertestillende som mor har fått, at kvinnens brystknopp er flat og lite tøyelig, eller at

barnet har liten munn (Nylander, 2008, s. 29). Når barnet ikke tar brystet skikkelig trenger man hjelp og veiledning for å etablere god ammeteknikk. For å øke selvfølelsen og gi motivasjon til å fortsette amming trenger mødrene kunnskap, veiledning og oppfølging av helsepersonell (Hansen, 2017, s. 715). Dersom helsevesenet ikke støtter og legger til rette for amming vil det påvirke utfallet og forekomsten i negativ retning (Hansen, 2017, s. 715).

Helsepersonell skal også ha opplæring i veiledning og støtte av mødre som av forskjellige årsaker ikke ammer for at sykehuset skal være Mor-barn-vennlig (Hansen, 2017, s. 738). De fire første månedene er morsmelkerstatning det eneste alternativet dersom barnet ikke får morsmelk (Hansen, 2017, s. 738). Alle morsmelkerstatninger på det norske markedet skal være i henhold til Mattilsynets regelverk (Helsenorge, 2018). Dagens morsmelkerstatning baserer seg på spesialbehandlet kumelk for å gjøre den lettere fordøyelig og nyttig for spedbarna (Nylander, 2008, s. 147). Tilsetninger i morsmelkerstatningen er blant annet jern, mineraler og vitaminer. Hud-mot-hud-kontakt kan også gis ved flaskemating, men da må mor eller den som gir flasken være bevisst på handlingen. Fordelen med amming er at hud-mot-hud-kontakt er tilstede og kontaktbehovet blir tilfredsstillt hos mor og barn, uansett om mor tenker over det eller ikke (Nylander, 2008, s. 5). Det er svært få kvinner i Norge som ikke ammer av eget valg (Nylander, 2008, s. 144). Ved flaskemating er det viktig å etterligne ammesituasjonen ved å ha barnet tett inntil seg. Barnet skal kjenne varme og bevegelser fra en stor og varm kropp mens det spiser (Nylander, 2008, s. 146). Når barnet alltid ligger inntil naken hud ved mating vil det etterhvert begynne å klappe på huden og nyte kroppsvarmen.

2.2.4 Hud-mot-hud-kontakt

Allerede i svangerskapet starter tilknytningsprosessen mellom den blivende moren og fosteret i magen. Det er viktig å jobbe videre med denne tilknytningen etter fødselen, og barselavdelingene har ansvar for å legge til rette for videreutviklingen (Venheim, 2017, s. 605). For at mor og far skal lære å kjenne barnet er det nødvendig å ha barnet i umiddelbar nærhet og at oppmerksomheten er rettet direkte mot barnet. En mor med store fysiske eller psykiske plager etter fødsel retter oppmerksomheten mer mot seg

selv og egne behov. Far må da stille mer opp for å dekke barnets behov (Venheim, 2017, s. 606). Hud-mot-hud-kontakt er positivt både kroppslig og følelsesmessig for mor, far og barn. Når et barn ammes vil det naturligvis være mye nærhet og kroppskontakt (Nylander, 2008). Barnet trenger hudkontakt og beroligende lyder også fra far og dette vil gi mor mulighet til å komme seg etter fødselen og ta vare på seg selv. Forskning viser at jo mer menn omgår sine nyfødte barn, jo sterkere vil de binde seg til barnet følelsesmessig (Nylander, 2008, s. 45).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient eller pårørende legger grunnlaget for samhandling og helsekommunikasjon handler om dialog eller kommunikasjon som går to veier (Tveiten, 2016, s. 72). Sykepleier kan vise omsorg overfor pasienten ved å gi blikkontakt eller i sine utførelser av oppgaver. Omsorgen kan også komme i samtale med pasientene eller pårørende. Det skapes tillit og trygghet gjennom støttende og bekreftende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s. 220). Dersom tilliten ikke er tilstede mellom pasient og sykepleier er det vanskelig å kunne veilede. Tillit kan ikke skapes av helsepersonell, men dersom sykepleier opptre med holdninger og handlinger som er troverdige overfor pasienten vil sjansen for tillitskapelse øke (Tveiten, 2008, s. 73).

2.3.1 Veiledning

Den pedagogiske funksjonen sykepleier har kan omhandle råd, informasjon, instruksjon og veiledning til pasienter og pårørende (Tveiten, 2008, s. 28). Et slags rammeverk for helsefremming er «empowerment». Empowerment baserer seg på at pasienten går fra å være mottaker til deltaker. Deltakelse er et nøkkelord i det helsefremmende arbeidet (Tveiten, 2016, s. 27). Veiledning defineres ved at noen leder et annet menneske på rett vei, hjelper til med råd, og opplyser, anviser, forklarer og orienterer andre (Tveiten, 2008, s. 71). Helseveiledning er når fagpersoner legger til rette for at pasienten på best mulig måte kan ta kontroll over forhold som påvirker egen helse og eget liv (Tveiten, 2016, s. 89). Hensikten med undervisning og veiledning er å legge til rette for å fremme helse og forebygge sykdom, styrke mestringskompetansen, mestre konsekvenser som kan komme av sykdom og behandling, og medvirkning (Tveiten, 2008, s. 157).

Albert Banduras «self-efficacy»-teori fokuserer på troen på egne muligheter som bestemmende for enkeltindividets atferd. Dersom mennesket tilegner seg kunnskap og forståelse for hvordan best ivareta egen helse vil evnen til egenomsorg utvikles og vokse (Tveiten, 2008, s. 32). Ved mangelfull veiledning fra helsepersonell kan mor få unødvendige problemer eller oppleve å miste troen på egne evner i ammesituasjonen. Velfungerende amming er avhengig av at kvinnene får gode, praktiske råd og oppmuntring fra helsevesenet, samt råd fra positive og erfarne personer i nærmiljøet (Helsedirektoratet, 2012, s. 5).

2.3. Joyce Travelbee

Joyce Travelbees sykepleieteori viser et helhetlig bilde av hva sykepleie er. Hun er opptatt av det individuelle mennesket som vokser, utvikles og endres gjennom livet (Travelbee, 1971, s. 7). Travelbee mente at sykepleie alltid skal ha mennesket i fokus og brukes til å hjelpe pasienter, andre sykepleiere, pårørende eller familie til å forebygge eller mestre sykdom (Travelbee, 1971, s. 26).

Sykepleiere skal individuelt tilnærme seg den enkelte pasient, pårørende eller samfunnet for å vurdere hva som er viktig og nødvendig i enhver situasjon (Travelbee, 1971, s. 22). For å kunne bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren være bevisst egen personlighet og kunne overføre sine styrker og kunnskaper til sine medmennesker (Travelbee, 1971, s. 19). Dette krever at sykepleieren innehar egenskaper som selvinnsikt, fornuft, logikk, medfølelse og empati (Travelbee, 1971, s. 19). Menneske-til-menneske-forholdet kjennetegnes ved at sykepleier og pasient ser på hverandre som to likeverdige individer (Travelbee, 1971, s. 119). For at et slikt forhold skal skapes må man gi slipp på fasadene og bli godt kjent med hverandre. Når sykepleieren og pasienten opplever gjensidig forståelse og kontakt blir relasjonen preget av trygghet og tillit. Det er først når menneske-til-menneske forholdet er etablert at sykepleieren kan gjennomføre og oppfylle sine mål og hensikter (Travelbee, 1971, s. 119).

3.0 Metode

I metodekapittelet vil jeg beskrive hva metode er, fremgangsmåten jeg har brukt og kildekritikk.

3.1 Litteraturstudie som metode

Thidemann (2015, s. 76) beskriver metode som: «Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling». Det er altså et redskap som blir brukt i møte med noe som skal undersøkes. Man har to typer metoder: kvantitativ og kvalitativ. Dersom man bruker kvantitativ metode har man eksakt faktakunnskap med målbare enheter (Thidemann, 2015, s. 77). Kvantitativ metode blir kalt den forklarende kunnskapstradisjonen. Kvalitativ metode er dybdekunnskap som man samler inn via intervju og observasjoner (Thidemann, 2015, s. 78). Denne kunnskapstradisjonen kalles den forstående og hensikten er å samle meninger, opplevelser, og erfaringer (Thidemann, 2015, s. 79).

I et litteraturstudie bruker man sekundærdata som er skriftlig data en finner i bøker, databaser, tidsskrifter og lignende. En skal her sette seg inn i forskningsartiklene inkludert i oppgaven og hvilke metoder som er brukt i disse vitenskapelige artiklene (Thidemann, 2015, s. 77). En systematisk litteraturstudie skal inneholde et systematisk søk og kritisk granskning. Dette skal deretter settes sammen med faglitteratur innenfor et valgt emne (Thidemann, 2015, s. 81). Man skal altså identifisere, velge og analysere forskning som er relevant for sin oppgave. Forskingen kan enten være primær- eller sekundærlitteratur. Primærlitteratur er artikler om enkeltstudier og sekundærlitteratur er artikler skrevet med grunnlag i primærlitteraturen (Thidemann, 2015, s. 71). Det kreves en systematisk tilnærming i alle faser av arbeidet. Forskingen og kunnskapen som er brukt i oppgaven skal være relevant og eksisterende. Systematisering av litteraturen vil gi leseren en oppdatert og oversiktlig forståelse av kunnskap innenfor temaet (Thidemann, 2015, s. 92).

3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I denne oppgaven har jeg gjort systematiske søk etter relevant litteratur. Ved å søke systematisk har jeg muligheten til å redusere og snevre søket nok inn til å finne gode artikler. De databasene jeg har brukt er CINAHL, MEDLINE, Cochrane og SveMed+.

Jeg har benyttet rammeverket PICO i søket mitt. PICO består av bokstaver for bestemte elementer. Bokstavene står for: P – pasient eller problem, I – intervensjon, C – sammenligning (comparison), O – utfall (outcome) (Thidemann, 2015, s. 86). PICO-skjema ligger som Vedlegg 1 i slutten av oppgaven. I databasene søkte jeg flere ganger med kombinasjoner av søkeordene fra min PICO: «mother infant», «mother infant bonding», «mother-infant relations», «mother-child relations», «breastfeeding», «kangaroo care», «skin to skin», «education», «support», og «support, psychosocial».

Antall treff ble avgrenset med forskjellige kombinasjoner av «Research article», «Systematic Review» og «Year: 2012-2019» eller «Year: 2009-2019». Etersom det endte med mange treff i alle søkene, variasjon fra under 100 til over 200, valgte jeg å se gjennom artiklenes overskrift for å finne relevante artikler. De artiklene jeg mente var relevante etter overskriften leste jeg abstraktet til. Avhengig av innholdet i abstraktet valgte jeg enten å lese hele artikkelen eller ekskludere den. Jeg skumleste først artiklene på PC for å finne ut mer av innholdet før jeg printet de ut. Deretter leste jeg gjennom artiklene grundig og valgte ut forskningsartiklene jeg har inkludert i oppgaven. I min oppgave har jeg brukt både primær- og sekundærlitteratur.

For å oversiktlig vise frem mine søkeresultater har jeg valgt å systematisk sette opp databaser, søkeord, treff og relevans i et tabelloppsett. Dette ligger til slutt i oppgaven som Vedlegg 2: Søkeresultater. Resultatene av søket har jeg valgt å systematisere i en litteraturmatrise som ligger vedlagt i slutten av dokumentet som Vedlegg 3: Litteraturmatrise.

3.3 Kildekritikk

De metodene som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann og troverdig, kalles kildekritikk. Herunder ligger at man skal vurdere og karakterisere kildene (Dalland, 2012, s. 67). I denne oppgaven har jeg tatt i bruk flere kilder: både pensumlitteratur og relevant litteratur utenfor pensum, forskningsartikler, lovverk, statistiske databaser og retningslinjer. Jeg har brukt kildekritikk for å vurdere påliteligheten til mine kilder, både

teori og forskning. Når det kommer til teori og faglitteratur har jeg kritisk vurdert dette ved å se på utgivelsessted, om det er en del av pensum, forfatter og utgivelsesår. Noe av teorien jeg har valgt å inkludere i oppgaven er relativt gammel litteratur (Travelbee, 1971), men på bakgrunn av forfatter og relevans for studiet har jeg valgt å ta det med likevel. Til forskningsartiklene har jeg tatt i bruk sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) for å kritisk vurdere artiklene. De 5 artiklene jeg har inkludert i oppgaven kommer godt ut etter bruk av sjekklistene, og har flest «JA». Før en forskningsartikkel skal publiseres går den ofte gjennom en fagfellevurdering, eller på engelsk «peer review». Dette er for å kvalitetssikre forskningsbidrag ved at eksperter innenfor fagfeltet, ofte to til fire, vurderer bidraget (Store Norske Leksikon, 2018). Alle artiklene jeg har valgt å inkludere i denne oppgaven er «peer reviewed» altså fagfellevurdert.

Etikken i oppgaven blir ivaretatt ved at artiklene ivaretar personvern og skal se til at forskningsdeltagerne i studiene ikke blir påført unødvendig skade eller belastning. Man skal ikke gjennomføre forskning som går på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleie skal bygge på omsorg og respekt for menneskerettighetene. Dette ved at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, ... og retten til ikke å bli krenket» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Jeg har i noen av søkene avgrenset til «Year 2009-2019», men i noen søk har jeg ikke gjort dette. Likevel har jeg kun brukt artikler som ikke er mer enn 10 år gamle for å gjøre oppgaven aktuell og relevant for nåtiden. Jeg har kun brukt sykepleiefaglige databaser. Etersom noen av kildene mine er på engelsk tar jeg også forbehold dersom oversettingen til norsk har ført til mistolkninger eller misforståelser. Da jeg har brukt litteraturstudium som metode må man ta høyde for at jeg har brukt subjektivt skjønn og tatt egne avgjørelser og vurderinger i valget av litteratur. Likevel har jeg forsøkt så godt jeg kan å vurdere funnene mine og om disse er relevante, troverdige, og aktuelle.

4.0 Resultat

4.1 Hud-mot-hud-kontakt

I oversikten av Anderzén-Carlson, Lamy & Eriksson (2014) omtales hud-mot-hud-kontakt som at barnet ligger kledd i kun bleie på foreldrenes nakne bryst. Kengurumetoden baseres på en støttende binding eller bæresele som hjelper foreldrene til å holde barnet på plass (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Et av hovedfunnene i oversikten viser at de fleste foreldre kjenner på styrkende følelser i samspill med barnet (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Foreldrene erfarer at hud-mot-hud-kontakt med det nyfødte barnet følte naturlig. Spesielt fedrene kjenner på en trang til å beskytte barnet mot resten av verden når barnet er så nært (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Det har tidligere blitt forsket mye på de fysiologiske og psykososiale effektene av hud-mot-hud-kontakt. Resultatene på disse studiene er blant annet at hud-mot-hud-kontakt øker forekomsten av amming og spesielt fullamming (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Å kunne gi barnet morsmelk gir mødrene en følelse av delaktighet i barnets vekst og utvikling (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Kvinnene blir mer sikre på morsrollen og på håndtering av barnet ved hud-mot-hud-kontakt, noe som øker selvtilliten til foreldrene (Anderzén-Carlsson et al., 2014).

I intervjustudien til Hvatum, Hjälmhult & Glavin (2014) får man et større innblikk i hvordan kvinnen opplever det når ammingen er stressfylt og hvordan samspillet med barnet påvirkes. Dersom ammesituasjonen ikke er optimal og oppleves stressfylt vil dette påvirke samspillet mellom mor og barn både før, under og etter måltidene. Det er vist sammenheng mellom stressfylt amming og stresset barn, og symptomene kan være at barnet er irritert, sliter med å sove, vegrer seg for brystet eller har uregelmessig avføring (Hvatum et al., 2014, s. 17). Samtlige av mødrene i studien hadde ønsket om å amme. Til tross for motivasjon som forebygging av sykdom, tilknytning til barnet og den norske kulturen avsluttet de fleste mødrene tidligere enn de selv forventet. Alle kvinnene vurderte ammesluttet som det mest hensiktsmessige for sin egen og barnets helse (Hvatum et al., 2014, s. 21). Tilknytningen og relasjonen mellom mor og barn blir positivt påvirket ved ammeslutt fordi mor føler hun endelig er i stand til å dekke barnets behov. Mange sier de kjenner på en sterkere relasjon til barnet når måltidet omhandler ro og kos med flaske, ikke gråt og stress under ammingen (Hvatum et al., 2014, s. 20).

4.2 Veiledning og amnestøtte

Mye tyder på at tidlig hud-mot-hud-kontakt påvirker hvilken type næring barnet får. Om barnet får morsmelkerstatning eller morsmelk ved utskrivelse fra sykehuset avhenger også av opprinnelsesland og antall tidligere fødsler (Vila-Candel, Duke, Soriano-Vidal & Castro-Sánchez, 2018, s. 308). Studiet fant ut at kvinnene opplever to kritiske perioder for ammingen etter fødselen. I disse periodene er det spesielt viktig for kvinnene å få støtte og motivasjon til å fortsette med fullamming. Den første perioden varer fra sykehusutskrivelse til barnet er en måned gammel, og den andre perioden er når barnet er to måneder gammelt (Vila-Candel et al., 2018, s. 310). Psykososial støtte fra fagpersoner som inkluderer en-til-en eller grupperådgivning viser seg å øke ammeforekomsten og varigheten av fullamming (Vila-Candel et al., 2018, s. 310).

Hovedfunnet i studiet til Aghdas, Talat & Sepideh (2013, s. 40) er at øyeblikkelig hud-mot-hud-kontakt fører til at mødre får større tro på egne evner til å amme. Dette fører til økt forekomst og lengre varighet av fullamming. Hud-mot-hud-kontakt mellom mor og barn er en enkel og svært tilgjengelig metode for å styrke mors mestringsfølelse og selvtillit i ammesituasjonen (Aghdas et al., 2013, s. 37). Oversikten til Anderzén-Carlson, Lamy & Eriksson (2014) viser at det styrkende aspektet av hud-mot-hud-kontakt blir forsterket av en positiv og oppmuntrende holdning fra helsepersonell. Foreldrene setter pris på at sykepleiere og andre helsepersonell er snille, forståelsesfulle og viser støtte dersom situasjonen oppleves vanskelig (Anderzén-Carlsson et al., 2014).

Yang, Salamonson, Burns & Shmied (2018) samlet en oversikt over forskning som beskriver sykepleiestudenters holdninger og kunnskaper om amming. En nybakt mors beslutning om å initiere eller vedlikeholde amming blir i stor grad påvirket av tilstedeværelse av amnestøtte. Amnestøtten skal omhandle praktisk veiledning, emosjonell støtte, motivering og oppmuntring fra helsepersonell (Yang et al., 2018, s. 2). Amnestøtte skal kunne gis av alt helsepersonell, inkludert sykepleiere. Likevel får ikke studentene tilstrekkelig opplæring og undervisning om amming underveis i studieprogrammet for å effektivt kunne hjelpe og støtte mødre (Yang et al., 2018). Studiet viser at studentene har begrenset kunnskap om amming, spesielt med tanke på gjennomføring og vurdering av ammesituasjoner (Yang et al., 2018). Det viser også

at et spesialisert ammeundervisningsprogram har positiv effekt på studentens holdninger og ferdigheter. Et slikt undervisningsprogram øker selvtiliten studentene har til å hjelpe og veilede ammende kvinner (Yang et al., 2018). Helsepersonell må være i stand til å gi nybakte og ammende mødre den grunnleggende informasjonen og veiledningen de søker og trenger.

4.3 Far og pårørende

Både mødre og fedre beskriver den første kontakten som øyeblikkelig og overveldende kjærlighet overfor spedbarnet, samt unik glede og lykke (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Hud-mot-hud-kontakt gir foreldre en mulighet til å vise barnet kjærlighet og omsorg som øker tilknytningen og forbindelsen mellom spedbarnet og foreldrene. Hud-mot-hud-kontakt fører til at foreldrene tenker mindre på selve fødselen og smertene mor har gått gjennom. I tillegg forbedrer det fars overordnede opplevelse av fødselen og dette styrker familiefølelsen for begge foreldrene (Anderzén-Carlsson et al., 2014).

Oversikten til Anderzén-Carlson, Lamy & Eriksson (2014) viser at noen foreldre opplever hud-mot-hud-kontakten som energikrevende. Det oppleves strevsomt og ubehagelig å sitte i samme stilling over mange timer, og noen av foreldrene mener de har mye bedre utbytte av kontakten dersom de ligger i en lenestol eller en seng (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Hud-mot-hud-kontakten hindrer også foreldrene i å gjøre andre aktiviteter, som å besøke toalettet, finne tid til å spise eller tilfredsstille de generelle behovene. Når kvinnene blir sittende fast med den nyfødte må far ta større ansvar for husholdningsoppgaver og eventuelle andre barn. Likevel mener mange at det er meningsfullt og godt at begge foreldrene kan utøve hud-mot-hud-kontakt (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Til tross for ubehagelighetene betrakter de fleste hud-mot-hud-kontakten som nødvendig og at man skal ofre egne behov for å gi spedbarnet en opplevelse av sikkerhet og velvære (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Mødrene føler seg også tryggere når fedrene kan bidra til å gi hud-mot-hud-kontakt. Dette avlaster kvinnene til å kunne gjøre andre ting (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Noen kjenner på manglende informasjon om hvordan praktisk anvende hud-mot-hud-kontakt og de uttrykker derfor et behov for mer veiledning fra helsepersonell i hvordan håndtere det nyfødte barnet (Anderzén-Carlsson et al., 2014).

5.0 Drøfting

5.1 Foreldres opplevelse av samspill med barnet

Det er ingen andre hendelser i livet som leder til så store forandringer som et svangerskap. Nybakte foreldre vil etter fødselen tre inn i helt nye roller og tilværelsen og livsstilen deres blir kraftig endret til tross for ventetiden på ni måneder (Venheim, 2017, s. 604). Når tilværelsen og rollene er endret, vil noen foreldre også kjenne på endringer i sin egen identitet og selvfølelse. De fleste vil oppleve at det er barnet som styrer rutinene, eller mangelen på rutiner, i starten av barseltiden (Venheim, 2017, s. 604). De ansatte i helsevesenet skal gi mor, far og barn gode forutsetninger og et godt grunnlag for en optimal barseltid (Helsedirektoratet, 2014, s. 23). Forskning viser at når familien skrives ut fra føde- eller barselavdelingen opplever mange en følelse av utilstrekkelighet, utrygghet og at de ikke er i stand til å ta vare på barnet etter hjemkomsten (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Av den grunn er det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell sørger for at foreldrene er forberedt på tiden etter fødselen og er blitt gitt relevant informasjon før de forlater sykehusavdelingen. På bakgrunn av lover som spesialisthelseloven (2001, § 3-8) og pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-1 og § 3-2) er sykehus pliktig til å gi opplæring og informasjon til foreldrene for å best ivareta egen og barnets helse. Helsedirektoratets retningslinje for barselomsorgen (2014) skal bidra til at barselomsorgen er faglig forsvarlig og at de individuelle forskjellene til hver familie blir tatt hensyn til (s. 8). Disse individuelle forskjellene påvirker utfallet av barseltiden for familien.

Fosteret har gjennom svangerskapet vært godt beskyttet fra verden og skal etter fødselen plutselig starte et liv utenfor livmoren. En av anbefalingene i Helsedirektoratets retningslinje er umiddelbar hud-mot-hud-kontakt mellom mor og barn etter fødselen og mye nærhet og kroppskontakt mellom mor, far og barn gjennom hele barselperioden (2014, s. 30). Allerede i svangerskapet starter tilknytningen mellom den gravide kvinnen og fosteret i magen (Venheim, 2017, s. 605), og denne tilknytningsprosessen fortsetter når barnet løftes til mors bryst etter fødselen. Kvinnens kroppsvarme, lyder og lukter vil hjelpe til å berolige barnet når barnet møter kjente elementer fra fosterlivet (Nylander, 2008, s. 7). Den eneste måten barnet kan si fra på er å skrike eller gråte. Uansett grunn må barnet ty til skriking for å kommunisere til mor eller far at noe ikke er som det skal. Det er ofte vanskelig å få et barn som gråter til å

ta brystet godt og på rett måte, og det er derfor lurt å legge barnet til brystet før det gråter (Nylander, 2008, s. 16). For å tolke de tidlige tegnene er det viktig at barnet er i umiddelbar nærhet (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Denne nærheten og hudkontakten vil stimulere barnet til å die ofte nok i starten, fordi måltidene ikke ennå er etablert (Nylander, 2008, s. 40).

Hud-mot-hud-kontakt er lett tilgjengelig og går ut på at barnet ligger kledd i kun bleie eller helt naken på foreldrenes nakne bryst (Helsedirektoratet, 2012, s. 26). Forskning viser at hud-mot-hud-kontakt hjelper til i tilvenningen av å håndtere et barn og bedrer ammingen. Samtidig gjør det foreldrene mer trygge på at de gjør noe godt for barnet og hud-mot-hud-kontakten er en måte for far og barn å få et godt samspill og tilknytning (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Det er viktig for barnets fremtid at en god relasjon med foreldrene utvikles tidlig i livet. Den gode tilknytningen vil blant annet føre til at barnet senere i livet søker støtte, hjelp, trygghet eller beskyttelse fra nettopp foreldrene (Eide & Eide, 2017, s. 370).

Som nevnt tidligere er det lang tradisjon for fullamming i Norge og vi har en svært sterk ammekultur. Det er kjent at morsmelk gir store helsefremmende fordeler for barnet, blant annet hjelper den til passiv immunisering mot sykdommer og gir barnet et sterkere immunforsvar (Helsedirektoratet, 2012, s. 5). Brystet er billig og alltid tilgjengelig for barnet. Kvinnens kropp tilpasser melken automatisk etter barnets etterspørsel, utvikling og behov (Helsedirektoratet, 2012, s. 5). Når det er sagt er det viktig for meg å få frem at barn ikke lider selv om de ikke får morsmelk. De vokser helt fint opp på bare morsmelkerstatning og senere fast føde (Hansen, 2017). For de familiene som av ulike årsaker ikke gir barnet morsmelk kan man øke oksytocinutskillelsen ved hjelp av klapping, stryking, bæring og nærhet når man gir barnet flaske (Haaland, 2017, s. 141). Berøring øker utskillelsen av hormonet oksytocin og kan forklare den gode følelsen ved hud-mot-hud-kontakt og amming (Haaland, 2017, s. 141). Hormonet virker beroligende, har positiv effekt på immunforsvaret, reduserer angst og senker blodtrykket (Nylander, 2008, s. 163). Barn, og spesielt nyfødte, har behov for å kjenne menneskelig kjærlighet i form av nærkontakt og trenger å tilbringe mesteparten av tiden i foreldrenes armer (Nylander, 2008, s. 44).

På grunn av den sterke ammekulturen har de nybakte mødrene en stor driv og strekker seg langt for at ammingen skal lykkes (Hvatum et al., 2014, s. 19). Dersom forventningspresset fra kvinnen selv og omgivelsene gjør moren trett og anstrengt kan både hun og barnet bli urolige og stresset. Til tross for at mødrene strekker seg veldig langt avslutter mange fullammingen før de anbefalte seks månedene (World Health Organization, uå). Dette på grunn av problemer og stress rundt ammingen som gir mor en følelsesmessig distanse fra barnet (Hvatum et al., 2014, s. 20). Forskning viser en sammenheng mellom et stresset barn og en stressende ammesituasjon (Hvatum et al., 2014, s. 17). Symptomene man ser er at barnet blir lettere irritert, sliter med å sove, vegrer seg for å legges til brystet og har uregelmessig avføring. De nybakte mødrene mener at ammeslutten er det mest hensiktsmessige for både barnets og egen helse og de kjenner en lettelse når ammingen går over til flaskemating (Hvatum et al., 2014, s. 22). Mødrene mener at den stressende ammingen tar all oppmerksomheten og gir lite tid og overskudd til annet samspill med barnet (Hvatum et al., 2014, s. 20). Dersom man går over til flaskemating er det viktig å huske på at det skal være trygt for spedbarnet. Det er anbefalt at måltidene skal ha fokus på nærhet, ro og øyekontakt mellom barnet og den som gir flasken (Helsedirektoratet, 2014, s. 43). Mange av foreldrene blir svært overasket over barnets positive forandring og sitter igjen med en god følelse og opplevelse av samvær med barnet sitt når dårliggikk over til flaskemating (Hvatum et al., 2014, s. 20). Når matingen av barnet ikke lenger er preget av stress gir det mulighet til å nyte gleden, latteren, blikkontakten og de gode øyeblikkene som gir næring til morsfølelsen.

Flaskemating gir også rom for at far kan være mer delaktig i måltidsituasjonen og i ivaretagelse av barnet. Uten far ville det aldri blitt noe barn. Når far blir delaktig i at barnet inntar næring vil samspillet mellom far og barn bli bedre og det er en god anledning til hud-mot-hud-kontakt (Nylander, 2008, s. 44). Forskning viser forøvrig at amming og hud-mot-hud-kontakt hindrer mor i å gjøre nødvendige aktiviteter som å besøke toalettet og spise tilstrekkelig (Anderzén-Carlsson et al., 2014). Av den grunn vil konsekvensen av at far tar over matingen gi mor tid til egenpleie. Det kan innebære å dusje, få i seg sunn og god mat, nok hvile og søvn. Det er viktig å huske på at målet er at barnet får i seg riktig og nok næring. En velfungerende måltidsituasjon er vesentlig

for at barnet inntar næring og påvirker samspillet mellom barnet og foreldrene i stor grad (Hvatum et al., 2014, s. 22).

5.2 Veiledning fra sykepleier

Etter at barnet er født vil paret oppleve sosiale og psykiske forandringer og de skal lære å bli trygge i sine nye roller som foreldre. Tryggheten avhenger av støtte fra sykepleiere og andre profesjonelle innenfor helsevesenet (Travelbee, 1971, s. 12). Vi som jobber i helsevesenet har som oppgave å gi mor, far og barn de rette verktøyene for videre barseltid. Veiledning er et viktig og sentralt begrep for å beskrive sykepleiers funksjon for å øke kvinnens kompetanse. Sykepleiere skal støtte og motivere kvinnen til å mestre egen helsesituasjon ved hjelp av helseveiledning (Tveiten, 2016, s. 89). Helseveiledning går ut på at fagpersoner legger til rette for at foreldrene best mulig kan ta kontroll over forhold som berører og ivaretar deres og barnets liv og helse (Tveiten, 2016, s. 89). Utfordringen for barselomsorg er å ta individuelle hensyn for den enkelte familie (Binnie & Reinart, 2017, s. 593-594). Mangelen på tid er et problem og en stor utfordring i barselomsorgen på samme måte som i alle andre deler av helsevesenet. Nok tid er nødvendig for å kunne gi familien forsvarlig og riktig veiledning om amming og generell ivaretagelse av barnet. For at familien skal få et godt grunnlag å bygge videre på er det viktig at sykepleiere og helsepersonell fungerer som gode støttespiller og trygge veiledere (Binnie & Reinart, 2017, s. 595).

Tilstedeværelse av ammestøtte påvirker i stor grad den nybakte morens beslutning om å etablere og vedlikeholde ammingen. Sykepleiere og personer i helsevesenet skal kunne gi ammeveiledning, men det er ikke ofte en får tilstrekkelig opplæring og undervisning i sykepleierutdanningen for å effektivt kunne hjelpe og støtte mødre i ammingen. For at sykepleiere skal være i stand til å gi ammende kvinner den grunnleggende informasjonen og veiledningen de trenger og søker må de få kunnskapsbasert undervisning om amming. Dersom kunnskapen ikke er kunnskapsbasert vil mødre motta ulik veiledning og råd til ammingen og dette kan oppleves frustrerende og skape mye usikkerhet (Tveiten, 2016, s. 52). Når familien skrives ut skal personalet på føde- og barselavdelingene ha forsikret seg om at de kvinnene som ønsker å amme har fått tilstrekkelig hjelp og veiledning før utreise (Helsedirektoratet, 2014, s. 32). Spesialisthelsesloven (2001, § 3-8) lovpålegger sykehusene blant annet å gi opplæring til pasienter og pårørende. Sykepleier skal vise

gjennom holdning og handling at «jeg er her for å hjelpe deg – du er i gode hender» (Tveiten, 2008, s. 73). Gjennom forskning har man sett at ikke alle sykepleiere er tilstrekkelig informert, har nok kunnskap, eller føler seg trygg nok til å gi amnestøtte og veilede kvinnene (Yang et al., 2018).

World Health Organization (WHO) gikk sammen med UNICEF og skapte «The Baby-Friendly Hospital Initiative» for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og nyfødt. Noen år etter dette kom Helsedirektoratet ut med den norske oppfølgingen «Mor-barn-vennlig initiativ» (Hansen, 2017, s. 697) som i korte trekk går ut på informasjon og veiledning til de nybakte mødre om fordelene med amming og morsmelk. Minstestandarden for mor-barn-vennlig initiativ i barselomsorgen er «Ti trinn for vellykket amming» (Helsedirektoratet, 2014, s. 41). For å oppfylle disse kravene skal sykepleiere og helsepersonell kunne gi individuell støtte og ammeveiledning. Den nyskapede familien skal til enhver tid enten ha ammekyndig helsepersonell tilgjengelig eller i nærheten (Helsedirektoratet, 2014, s. 41). Veiledningen eller undervisning blir vanligvis satt pris på av de fleste mennesker fordi man opplever tilegning av kunnskap, forståelse og ferdigheter som meningsfullt og relevant. Sykepleiers funksjon gir anledning til å bli godt kjent med pasient eller pårørende og utvikling av et menneske-til-menneske-forhold. For å utøve sykepleie skal man ha et helhetssyn på mennesket og ved godt kjennskap skal man kunne gi individuelt tilpasset undervisning og veiledning (Tveiten, 2008, s. 158).

Sykepleiers grunnleggende holdninger blir svært synlig i møte med den nybakte familien. Man kan skape tillit og trygghet gjennom bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon er når sykepleier uttrykker interesse, empati og respekt overfor kvinnen (Eide & Eide, 2007, s. 220). Sykepleier kan vise omsorg overfor pasienten ved blikkontakt, i samtale med pasientene eller pårørende, eller hvordan man utfører arbeidsoppgaver på. Det er viktig at sykepleier ser viktigheten av og kraften til kommunikasjonen. Det skal lite til å bryte ned et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Menneske-til-menneske-forholdet kan forstås som at sykepleier og pasienten ser på hverandre som to likeverdige individer (Travelbee, 1971, s. 119). For å skape et menneske-til-menneske-forhold må man bruke verbal- og non-verbal kommunikasjon, altså kombinere ord og kroppsspråk. Et menneske-til-menneske-forhold gir sykepleier mulighet til å bruke seg selv terapeutisk

og dele av sine kunnskaper og erfaringer (Travelbee, 1971, s. 119). Dette først og fremst til moren til barnet, men også til faren og pårørende. Enhver handling utført av sykepleier er for å hjelpe en person eller familie til å forebygge og takle opplevelse av sykdom eller lidelse. Samtidig skal sykepleier hjelpe til å finne mening i slike opplevelser (Travelbee, 1997, s. 119).

Ammeveiledningen bør starte med kun muntlige råd og ikke direkte praktisk hjelp før man ser at kvinnen absolutt ikke lykkes på egen hånd. De muntlige rådene bør forklare hovedtrekkene av riktig ammeteknikk og forbedringsmåter i kvinnenens fremgangsmåte om det er nødvendig. Målet med rådgivningen skal være empowerment for kvinnen som gjør henne til en deltaker, ikke en mottaker (Tveiten, 2016, s. 27). Empowerment vil gjennom samhandling øke kunnskapen og mestringskompetansen hos foreldrene og dermed øke motivasjonen til vellykket amming og for godt samspill med barnet (Tveiten, 2017, s. 27). Psykososial støtte fra helsepersonell som inkluderer en-til-en eller grupperådgivning har vist seg gjennom forskning å øke ammeforekomsten og varigheten av fullamming (Vila-Candel et al., 2018, s. 310). Veiledning er et godt verktøy dersom sykepleier har nok kunnskap. Selv om innholdet i veiledningen kan variere skal sykepleier møte hver kvinne og familie på best mulig måte. Man kan tenke seg at evnen til egenomsorg utvikler seg når mennesket tilegner seg kunnskap og økt forståelse for hvordan man best kan ta vare på egen helse. Dette kan baseres på Albert Banduras «self-efficacy»-teori som fokuserer på menneskets tro på egne evner og egenomsorg (Tveiten, 2008, s. 32). Begrepet er prøvd forklart som en persons evne til å vurdere egne muligheter for måloppnåelse eller troen på egne muligheter og ressurser (Tveiten, 2008, s. 32), og dette er viktig for ammeforekomsten.

Kvinner som opplever problematisk amming eller ikke mestrer ammingen skal møtes med respekt. Basert på Travelbees teorier (1971, s. 19) skal sykepleier vise empati og forståelse overfor kvinnen og dermed ikke presse kvinnen til å fortsette ammingen om hun ikke vil. Det er viktig å huske hvor lett relasjoner kan ødelegges og sykepleier kan gjennom kommunikasjon enten komme nærmere kvinnen eller støtte henne fra seg (Tveiten, 2016, s. 72; Travelbee, 1971, s. 93). Samspillet de første årene av barnets liv er med å påvirker tilknytningsprosessen mellom mor, far og barn. Helsepersonell skal kunne veilede foreldrene til å ta valg som er helsefremmende både for mor og barn. Mange av mødrene i forskningen trekker fram at støtten og aksepten fra

helsepersonell, samt familie og venner, er viktig for dem (Hvatum et al., 2014, s. 20). Mødrene ønsker at helsepersonell har nok kunnskap og viser forståelse i situasjoner hvor amming oppleves vanskelig og at støtten og veiledningen skal tilpasses enkeltindividet. Helsedirektoratet (2014) krever at helsepersonell skal kunne gi veiledning om tilberedning og bruk av flaske dersom foreldrene av ulike årsaker velger eller er tvunget til å gi barnet morsmelkerstatning (s. 43). Dersom bevisstheten rundt flaskemating og amming øker vil veiledningen åpne opp for alternativer i situasjoner hvor amming oppleves problematisk og stressende.

5.3 Støtte fra far eller partner

I følge Travelbee (1971, s. 187) er det ikke bare moren, men også faren og pårørende som trenger støtte og informasjon når et barn blir født. Begge foreldrene skal oppleve trygghet og mestring i foreldrerollen med veiledning og støtte fra helsevesenet gjennom svangerskap-, fødsel- og barselperioden (Solberg & Glavin, 2018). Det er viktig at sykepleiere husker på at enhver hjelp eller støtte til familien er en hjelp direkte til mor og barn (Travelbee, 1971, s. 188). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at pårørende har rett til informasjon og denne retten skal bli ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Med dette kan vi forstå at far også skal bli tatt vare på og veiledet. Ved å støtte og vise omsorg overfor faren vil det indirekte virke på morens håp, livsmot og mestring. Sykepleier skal understøtte og jobbe for at familien opplever håp og mestring (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Ifølge Solberg & Glavin (2018) er det mer vanlig at fedre er tilstede under fødselen og i den første tiden på sykehuset nå enn tidligere. Dette kan gi far mulighet til å ha en mer aktiv rolle i barseltiden og få større tilknytning til barnet. Den mer aktive rollen er med på å innfri de nye forventningene samfunnet har til farsrollen (Solberg & Glavin, 2018). Etter fødselen vil mye handle om moren, men det er viktig å huske på at den nybakte faren også er svært viktig for barnet. Faren vil være en viktig støttespiller for moren og det er viktig for barnet å få omsorg og nærhet fra begge foreldrene (Nylander, 2008, s. 43). Barnet trenger hudkontakt og beroligende lyder fra både mor og far. Forskingen viser at jo mer menn omgår sitt nyfødte barn, jo sterkere vil de binde seg til barnet følelsesmessig (Nylander, 2008, s. 49). Far skal avlaste mor for alt mulig annet enn barn og amming den første tiden. Han skal sørge for at mor får hvile nok ved å passe og stille barnet mellom ammingen (Venheim, 2017, s. 605). Ved å være

to om oppgavene og ansvaret kan mor få tid til å komme seg igjen etter fødselen og pleie seg selv. Dersom barnet er mye urolig, gråter mye eller er misfornøyd kan kvinnen føle at hun ikke lykkes i sin nye rolle som mor (Venheim, 2017, s. 605). Forskning viser at når mødrene opplever sin nye tilværelse som mindre stressende vil de får større tro på egne evner til ivaretagelse av barnet og føle mestring og håp (Anderzén-Carlsson et al., 2014).

I tillegg til de helsefremmende, økonomiske og miljømessige fordelene med amming er det viktig å huske på at målet er en velfungerende måltidsituasjon og et mett barn (Vila-Candel et al., 2018, s. 311). Dersom måltidsituasjonen er velfungerende vil det skape en god relasjon mellom foreldre og barn og barnet vil få i seg tilstrekkelig med næring til å vokse og utvikle seg (Hvatum et al., 2014, s. 20). Selv om vi lever i nåtiden representerer et nyfødt barn fremtiden. Det er viktig med sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid for hele befolkningen, ikke bare for det enkelte barn og familie (Helsedirektoratet, 2014, s. 21). Sykepleier har en viktig oppgave ved å gi foreldrene en god start. For å bygge gode relasjoner må sykepleier møte foreldrene der de er for å skape tillit og et godt utgangspunkt for veiledning (Travelbee, 1971, s. 119). Sykepleier bør alltid ha som mål å skape et godt forhold til foreldrene for at barnet på best mulig måte skal få en god fremtid. På bakgrunn av forskning og teori ser man viktigheten av at mor får støtte fra barnets far eller hennes partner. Med tanke på ammeveiledning viser forskning at et godt og respektfullt samarbeid mellom helsepersonell, kvinnen og hennes familie bidrar til mestring og håp i barseltiden (Hvatum et al., 2014, s. 22). Forskningen viser også at mødrene ønsker bekreftelse fra helsepersonell på at det de gjør er det riktige for barnet, men det er viktig å huske på at også far trenger støtte og veiledning videre i fremtiden (Anderzén-Carlsson et al., 2014).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan hjelpe familier ved å fremme amming og et godt samspill. Jeg håper å ha fått frem viktigheten av veiledning og støtte fra sykepleier og helsepersonell for å fremme amming og bedre samspillet mellom det nyfødte barnet og foreldrene.

Forskning viser at nærhet og hud-mot-hud-kontakt med det nyfødte barnet fører til bedre tilknytning og samspill for foreldrene. Samtidig hjelper hud-mot-hud-kontakt til i tilvenningen av å håndtere et barn og øker forekomsten av amming. Det er viktig for barnets fremtid at en god relasjon med foreldrene utvikles tidlig i livet. Når foreldrene har barnet helt inntil huden eller nært til seg vil de lettere kunne følge med på barnets tilstand og behov. Selv om sykepleiere har som mål å fremme amming skal man vise forståelse og gi støtte til de familiene hvor ammingen blir avsluttet og barnet får morsmelkerstatning. Et barn vokser godt opp med hud-mot-hud-kontakt og morsmelkerstatning på flaske, men teori og forskning samrådes om at amming gir barnet et sterkere immunforsvar og er gunstig for mors kropp etter fødselen.

Vi som jobber i helsevesenet har som oppgave å gi mor, far og barn de rette verktøyene for videre barseltid. Veiledning er et viktig og sentralt begrep for å beskrive sykepleiers funksjon for å øke kvinnens kompetanse. For å oppfylle «Ti trinn for vellykket amming» skal sykepleiere gi individuell støtte og ammeveiledning. Det er viktig å ha godt utdannede sykepleiere, med nok kunnskap og evner til å kunne støtte og veilede i barselomsorgen til begge foreldrene. Det er for begrenset å bare gi støtte og veiledning til mor. Man må også støtte og veilede far fordi han er en viktig del av familien, og en viktig støttespiller og hjelpende hånd for mor. Uten far ville det aldri blitt noe barn, og det viser seg i teori og forskning at far er viktig fra starten både for samspillet og ammingen. Som nybakt pappa vil han naturligvis også trenge veiledning fra profesjonelle, samtidig er det andre i omgivelsene til det nye barnet som kan virke som støttespillere. I tiden fremover og videre i barselomsorgen må vi derfor øke fokus for inkludering av far. Et spedbarn er mye arbeid og all hjelp og støtte fra omgivelsene gir den nye familien en enklere hverdag med mer tid til å lære hverandre å kjenne.

Referanseliste

- Aghdas, K., Talat, K. & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomized control trial. *Woman and Birth*, Vol. 27 (1), s. 37-40. DOI: [10.1177/0890334416676469](https://doi.org/10.1177/0890334416676469).
- Anderzén-Carlsson, A., Lamy, Z. C. & Eriksson M. (2014). Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, Vol. 9 (1). DOI: [10.3402/qhw.v9.24906](https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24906).
- Binnie, E. S. & Reinar, L. M. (2017). Barselomsorg. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka* (2. utg.) (s. 593-598). Oslo: Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eilertsen, B. (2017). Lover og forskrifter. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka* (2. utg.) (s. 32-44). Oslo: Cappelen Damm.
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5. årgang, s. 18-29.
- Haaland, W. (2017). Sexologi. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka* (2. utg.) (s. 126-163). Oslo: Cappelen Damm.
- Hansen, M. N. (2017). Ammeveiledning. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka* (2. utg.) (s. 715-739). Oslo: Cappelen Damm.
- Hansen, M. N. (2017). Mor-barn-vennlige sykehus. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka* (2. utg.) (s. 697-704). Oslo: Cappelen Damm.
- Helsebiblioteket (2016, 03. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet (2012). *Hvordan du ammer ditt barn: Noen råd den første tiden*. (10. utg.). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017, 06. mars). Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernæring>

- Helsedirektoratet. (2014, 01. april). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien>
- Helsedirektoratet. (2017, 11. april). Amming og morsmelk. Hentet fra <https://helsenorge.no/etter-fodselse/ammig>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur, Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014) Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill. *Sykepleie Forskning, 2014 (9)*, s. 14-23. DOI: [10.4220/sykepleief.2014.0019](https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0019).
- Høgskulen på Vestlandet (HVL). (2018). *BSS8 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Emnebeskrivelse for studieåret 2018/2019*. Hentet 28. mars 2019 fra <https://hvl.no/studier/studieprogram/emne/bss8>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning (kode)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Nesheim, B. I. (2018) Barsel. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 20. februar 2019 fra <https://sml.snl.no/barsel>
- Norsk Sykepleierforbund (2016, 23. mai) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 14. november 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nylander, G. (2008). *Amme-ABC*. Oslo: Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Solberg, B. & Glavin, K. (2018) Fedre ønsker en mer aktiv rolle i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen. *Sykepleien Forskning, 2018 (13)(72006)(e-72006)*. DOI: [10.4220/Sykepleief.2018.72006](https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2018.72006).
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå (SSB) (2018, 6. mars). Fødte. Hentet 08. november 2018 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte>

- Sundhedsstyrelsen (2004). *Håndbog i vellykket amming – en vejledning til sundhedspersonale* (2. utg.). København: Sundhedsstyrelsen.
- Svartdal, F. (2018, 22. september). Fagfelleevaluering. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- Tetzchner, S. von (2016) Tilknytning. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 14. november 2018 fra <https://snl.no/tilknytning>
- Thidemann, I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. United States of America: F. A. Davis Company.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I Brunstad, A. & Tegnander, E. (red.) *Jordmorboka* (2. utg.) (s. 598-607). Oslo: Cappelen Damm.
- Vila-Candel, R., Duke, K., Soriano-Vidal, F. J. & Castro-Sánchez, E. (2018). Affect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding: Experience in a Health Department in Spain. *Journal of Human Lactation*, Vol. 34 (2), s. 304-312. DOI: [10.1177/0890334416676469](https://doi.org/10.1177/0890334416676469).
- World Health Organization (uå). *Health topics: Breastfeeding*. Hentet fra <https://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
- Yang, S., Salamonson, Y, Burns, E. & Schmied, V. (2018). Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *International Breastfeeding Journal*, Vol. 13 (8). DOI: [10.1186/s13006-018-0153-1](https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1).
- Aaserud, T. G., Tveiten, S. & Gjerlaug, A. K. (2016) Hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid. *Sykepleie Forskning*, 2016 (11), e-59215. DOI: [10.4220/sykepleief.2016.59215](https://doi.org/10.4220/sykepleief.2016.59215).

Vedlegg 1: PICO-skjema

P Pasient/problem	I Intervensjon (tiltak)	C Comparison (sammenligning)	O Outcome (utfall)
Mor og barn tilknytning Mor og spedbarn forhold Mor og barn	Amming Kengurumetoden Hud mot hud		Veiledning Undervisning
Mother-child relation Mother-infant relation Mother-infant bonding Mother infant	Breast Feeding Breastfeeding Kangaroo Care Skin-to-skin		Support Education

Vedlegg 2: Søkehistorikk – del 1

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste artikler	Inkluderte artikler
CINAHL 18.03.19	Mother infant OR Mother infant bonding OR *Mother-infant relations AND Breastfeeding OR *Breast Feeding+ OR *Kangaroo care OR Skin to skin	Research article Year: 2014-2019	224	4	«Affect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding: Experience in a Health Department in Spain» «Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomized control trial»
MEDLINE 19.03.19	Mother infant relation OR Mother infant relation OR *Mother-Child relations AND Breastfeeding OR *Breast Feeding OR Skin to skin OR *Kangaroo-Mother Care Method OR Kangaroo care	Year: 2014-2019 Systematic review	9	3	«Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review»

Vedlegg 2: Søkehistorikk – del 2

CINAHL 19.03.19	Education OR *Education AND Breastfeeding OR *Breast Feeding	Research article Year: 2009-2019 Systematic review	102	3	«Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review»
SveMed+ 19.03.19	*Mother-Child Relations OR Mother infant relation OR Mother newborn AND Breastfeeding OR *Breast Feeding	Artikkel Svensk, norsk, dansk, engelsk	34	1	«Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill»

Vedlegg 3: Litteratormatrise – del 1

Tittel	Forfatter(e) Publiseringsår	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultater/funn
«Affect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding: Experience in a Health Department in Spain»	Vila-Candel, R., Javier Soriano-Vidal, F. & Castro-Sánchez, E. 2018	Hensikten med studie var å undersøke utbredelsen av fullamming (EBF) 3 måneder etter fødselen og effekten av hud-mot-hud kontakt (SSC) for å opprettholde fullamming, hos friske nyfødte.	Det er gjennomført et retrospektivt observasjonsstudie med kvantitativ metode i Spania fra 2013 til 2015. Det ble gjort intervju av de nybakte mødrene rett etter fødselen og igjen 3 måneder postpartum, hvor det ble undersøkt variabler forbundet med amming.	Det var 1071 kvinner som fødte i Spania mellom 2013 og 2015. Grunnet eksklusjonskriterier ble ikke alle tatt med i studien; prematur fødsel (32), tvillingfødsel eller flerbarnsfødsel (14), ikke villig til å delta (12), eller svarte ikke på telefon (34).	Umiddelbar hud-mot-hud (SSC) etter fødsel var tilstede i 92% av de vaginale fødslene, mens kun i 57% av akutte keisersnitt. Hos de kvinnene som ammet ved utskrivelse, hadde 69,5% utført SSC. 68,6% av kvinnene fullammet (EBF) da de ble utskrevet, mens 46,7% fullammet (EBF) 3 måneder postpartum.
«Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomized control trial»	Aghdas, K., Talat, K. & Sepideh, B. 2013	Hensikten med studie var å evaluere effekten av umiddelbar hud-mot-hud kontakt mellom en førstegangs fødende kvinne og nyfødt postpartum om det var gitt økt mestringsevne i ammesituasjonen 28 dager etter fødsel.	Det er utført et randomisert kontrollforsøk (RCT) på et sykehus i Mashhad, Iran; Omolbanin obstetrics hospital, i tidsrommet 1. april til 31. juli 2012. Et spørreskjema ble utviklet av forskere og bestod av 2 deler: mors egenskaper og deltagelse, og spedbarnets data.	Utvalget i denne studien var 114 førstegangs fødende kvinner fra Iran i aldersgruppen 18-35 år. Kvinnene måtte være friske og føde til termin, hvor det var forventet en normal, vaginal forløsning og kvinnene var ment å fullamme.	Denne studien har vi en intervensjonsgruppe (hud-mot-hud kontakt (SSC)), og en kontrollgruppe (rutinebehandling), som ble sammenlignet. Resultatet viser økt mestringfølelse og økt suksessrate for initiering av ammingen hos SSC-gruppen, mot kontrollgruppen. Studiet viser at tidlig hud-mot-hud kontakt er en lett og effektiv metode for å øke mors egen mestringsevne rundt ammesituasjon og varigheten av ammingen.

Vedlegg 3: Litteratormatrise – del 2

«Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant – Part 1: A qualitative systematic review»	Anderzén-Carlsson, A., Lamy, Z. C. & Eriksson, M. 2014	Hensikten var å beskrive hvilke tanker og følelser foreldre fikk i opplevelsen av å gi sitt nyfødte barn hud-mot-hud-kontakt.	Dette er en systematisk oversikt over foreldres erfaringer med SSC (hud-mot-hud kontakt), funnet i 4 ulike databaser og gjennom et manuelt søk.	Denne oversikten presenterer 29 tidligere utgitte studier fra 9 ulike land, som til sammen omhandler erfaringer fra 401 mødre og 94 fedre.	Resultatet de ulike studiene har funnet ut kan deles i to hovedtemaer eller erfaringer: en gjenopprettende følelse og en energikrevende følelse.
«Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review»	Yang, S., Salamonson, Y, Burns, E. & Schmied, V. 2018	Hensikten med denne systematiske oversikten er å se på tidligere studier som omhandler sykepleierstudenter eller andre helsefagstudenters kunnskap og holdninger om amming, og hvordan undervisning om svangerskap/barsel er lagt frem i læreplaner.	Det er en systematisk oversikt over engelskspråklige artikler som er fagfellevurdert, publisert i 6 databaser; CINAHL, MEDLINE, ProQuest, PubMed, Scopus og Cochrane, mellom januar 2000 og mars 2017.	14 artikler ble inkludert i studiet, og alle ble screenet med Critical Appraisal Skills Programme (CASP) for å evaluere kvaliteten i studiene.	Ifølge denne systematiske oversikten trenger sykepleierstudenter og andre helsefagstudenter mer kunnskap og undervisning om svangerskap/barsel, spesielt om amming, i læreplanene.
«Intervjustudie: Stressfylt amming og samspill»	Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. 2014	Hensikten med dette studie var å beskrive kvinners opplevelse av stressfylte ammesituasjoner, og hvordan dette påvirker forholdet og samspillet med barnet.	Studiet er et kvalitativt intervjustudie, hvor det er gjennomført 12 individuelle analyser.	Det er 12 norske mødre som er intervjuet. Disse mødrene ble rekruttert fra helsestasjoner rundt om i landet, 6 fra by og 6 fra distriktet.	Studiet viser at dersom mødrene opplever ammingen som stressfylt og vanskelig, vil dette påvirke hennes holdning og forhold til barnet. I situasjoner hvor ammingen gikk utover samspillet mellom mor og barn, ble ammingen avsluttet.