



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.: 416

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8326

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: 83

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

Sykepleiers rolle ved kvinners
ammeutfordringer

Nurse's role when breastfeeding
becomes a challenge

Kandidatnummer 416

Sjuepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 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.

Abstract

Breastfeeding is the best way to make sure infant gets the proper nutrition for healthy growth and development. As a global health recommendation, infants should be exclusively breastfed for the first six months of their life for optimal growth, development and health. Apart from the fact that breast milk is an optimal source of nutrition for newborn infants, it is also associated with reduced risk of various diseases in both mother and child.

It might look like a lot of women have high expectations of themselves, and have decided in advance that they are going to breastfeed. Despite recommendations, it is not uncommon for women to face difficulties when initiating breastfeeding for the first time. The challenges women are facing while initiating breastfeeding is not only physical. Along with the recommendations from the professional health care system one should be aware that society is creating a lot of pressure in regards to breastfeeding that first time mothers will need to face. "Ten steps to successful breastfeeding" is the foundation for the "Baby-Friendly-Hospital Initiative" and serves as a guideline developed for the maternity practices. This is to make sure the necessary support is given to both mothers and infants. It contains information about the benefits of breastfeeding and how to manage it. It also covers how to support and guide new mothers at the maternity ward the following days after giving birth.

Throughout this essay, I will question how nurses can support first time mothers in facing challenges connected to breastfeeding. I will do so using a case about Laila, a first time mother that I met at a maternity ward during my practice studies. So, what are the most common challenges, and what is important to women during their stay at the maternity ward?

Innholdsfortegnelse

Laila	1
Vi skaper liv	3
Brystets anatomi og fysiologi	4
Amming	5
Ammestillinger	10
Ammeutfordringer	13
Menneske-til-menneske-forholdet	17
Avsluttende tanker	21
Referanseliste:	23

Laila

Laila er en førstegangsfødende kvinne i 30-årene. Hun kommer inn på avdelingen en sen kveld sammen med mannen sin, Thomas. Jordmor og jeg tar i mot Laila og Thomas når de kommer og følger de inn på fødestuen hvor de skal tilbringe den neste tiden. Jordmor fyller i badekaret etter Laila sitt ønske. Det gule lyset fra taket er dempet og stearinlysene er tent som gir en varme til rommet. Laila ligger i badekaret og forsøker å puste seg gjennom riene. Thomas sitter på en krakk ved siden av og holder henne i hånden. Han kommer med støttende ord og masserer henne på korsryggen når det står på som verst. De begge sier hvor mye de gleder seg til å treffe datteren sin, og de lurte på hvem hun kommer til å ligne mest på. Det er tydelig at Laila og Thomas har en veldig fin dynamikk i forholdet og er gode støttespillere for hverandre.

Etter flere timer med veksling mellom badekar, seng, prekestol og medisinball, er Laila i utdrivningsfasen. På grunn av forandringer i fosterlyden, blir enda en jordmor tilkalt. Vi henter fødeseng og rydder unna møblelementer i rommet for å ha god plass om man skulle trenge å tilkalle leger for assistanse. Jordmor forklarer Thomas og Laila hva som skjer og hvorfor det skjer. Det blir besluttet at barnet må ut så fort som mulig. Sammen med den andre jordmoren, assisterer jeg med å holde det ene benet til Laila under pressriene. Mellom slagene henter jeg vann, kluter og rene håndklær. Jordmødrene overvåker barnet ved hjelp av monitoren og vurderer situasjonen fortløpende.

Fødselen går fint, og det blir ikke nødvendig å tilkalle leger. Laila og Thomas får en frisk og sprek datter som skriker sekundet hun kommer til verden.

En stund etter fødselen, blir Laila og datteren flyttet inn på et firemannsrom hvor det allerede ligger to damer med sine ett døgn gamle barn. Det er dessverre ikke flere familierom ledige. Det vil si at Thomas ikke får være sammen med Laila og datteren hele døgnet, men kan komme på besøk i visittiden mellom kl. 17:00-20:00. Thomas drar derfor hjem for å sove.

Den første natten alene uten Thomas, er Laila sliten og ligger i sengen med datteren inntil seg, hud-mot-hud. Hun veksler mellom å prøve å amme og å vugge datteren i søvn. I det datteren har sovnet og Laila selv lukker øynene, skriker ett av de andre barna. Slik forløper hele natten seg.

Å ha fått æren av å følge Laila fra øyeblikket hun satt sin fot i avdelingen til ett nytt liv ble skapt og lagt på hennes bryst, var ubeskrivelig. Å få følge en førstegangsfødende og oppleve sammen med henne denne reisen i å bringe ett nytt liv inn i verden, både gode og smertefulle opplevelser. Det var dette som virkelig ga meg inspirasjon til å skrive dette essayet. For en fantastisk opplevelse å få være med på, og for et mirakel! Det var vanskelig å ikke felle en tåre for den nybakte familien og for den råskapen denne kvinnen ikke selv visste at hun hadde.

Noen tenker kanskje at når fødselen er over og barseltiden starter, vil de nybakte foreldrene sveve på en rosa sky, men slik er det ikke for alle. For etter fødselen, og parallelt med placentautdriving, fokuseres det samtidig på at kvinnen skal amme. Barnet må få mat. Barnet må få de edle dråpene av den første morsmelken som er like gode som gull. Så snart barnet er født skal det helst rett på brystet til mor for å få varme, føle trygghet og sist men ikke minst, stimulere til melkeproduksjon. Der skal den nyfødte ligge og kjenne nærheten og huden til mor, før rutinekontroller som vekt, lengde, hodeomkrets og vitamin K-injeksjon gjennomføres.

Som student på føde- og barselavdeling ble jeg godt kjent med prioriteten av amming rett etter fødsel. Det var fascinerende å se det nyfødte barnet legges på mor sitt bryst og føle og lukte seg frem til brystknoppen. Andre barn så mer forvirret ut, kikket seg rundt og ble mer eller mindre liggende en god stund før de fant sin vei. Det er vel ikke så rart om man tenker på det. Mange nye inntrykk og en helt ny verden.

Om det ikke allerede er kommet klart frem hva jeg har tenkt å fokusere oppgaven min på, så er det amming som blir temaet her. Essayet vil fokusere på hvordan man som sykepleier på en barselavdeling kan støtte førstegangsfødende som ikke har ammeerfaring og opplever utfordringer med å amme. De har hatt et normalt svangerskapsforløp uten komplikasjoner

og har født et tilsynelatende friskt barn vaginalt. Jeg legger hovedvekt på kvinnene som har spesifikke utfordringer med amming de første døgnene på barselavdelingen hvor blant annet sykepleiere er involvert. Så hva om man har utfordringer med å amme? Hva gjør dette forventningspresset med kvinner som nettopp har født sitt første barn? Kanskje kommer det til et punkt hvor man må kaste inn håndkve og stå ansikt til ansikt med utfordringen for deretter å ta avgjørelsen som er best for både mor og barn – uavhengig av samfunnets forventninger?

Vi skaper liv

Under mitt siste studieår på sykepleieutdanningen har jeg vært så heldig å få tilbringe tre uker på føde- og barselavdelinger. To uker i observasjonspraksis og en uke i fordypningspraksis. Jeg fikk i løpet av ukene sett hvor utrolig fint det er med amming. I tillegg fikk jeg sett baksiden av medaljen, og hvordan flere mødre opplever utfordringer med å amme sitt nyfødte barn.

I følge Kvam (2017) varer barseltiden fra fødselen er over og i omtrent seks uker. Barseltiden er tiden kroppen bruker på å tilpasse seg både fysisk og psykisk at småbarnslivet tar over og at svangerskapet er fullført. De første dagene etter fødsel tilbringer man som regel på føde- og barselavdelingen på sykehuset man har født. Der kan mor få hjelp til blant annet å komme i gang med ammingen og hjelp til stell av den nyfødte. På de fleste sykehus i Norge er barselavdelingene mor-barn-vennlige, som vil si at mor og barn kan være sammen under hele oppholdet. Oppholdet på barselavdelinger pleier å variere fra 48 timer til 60 timer, alt ettersom man er førstegangsfødende eller flergangsfødende (Kvam, 2017).

Norge ligger statistisk sett høyt på listen over kvinner som ammer om man sammenligner med andre vestlige land. I tillegg ligger det til grunn en forventning om å mestre amming fordi det i Norge er høyt verdsatt som et kulturelt fenomen (Hvatum, Hjälmhult & Glavin, 2014, s. 17). En studie gjort av 2383 norske barn kommer frem til at kun 1% av de nyfødte aldri hadde blitt ammet, 96% ble ammet da de var 1 måned gamle, 85% ble ammet da de var fire måneder og 80% ble fortsatt ammet da de var 6 måneder (Lande et al. 2003).

Man hører om kvinner som ikke får til å amme, og jeg har i tidligere år som ung ikke forstått hva dette har betydning. Hva mener de med at de ikke får til å amme? Er det ikke bare å legge barnet til brystet og så suger det til seg melken? Hva kan de mene når de sier at det er vanskelig? Jeg har i senere tid og med alderen satt meg mer inn i problemstillingen og forstått at det ikke er så enkelt som jeg trodde. For hvordan fungerer egentlig dette med amming?

Brystets anatomi og fysiologi

Da jeg var yngre tenkte jeg at amming er noe som kommer av seg selv, men sykepleiestudiet har vist meg at brystet er komplisert. Noe så naturlig som et bryst, som nærmest er hellig for den nyfødte, er i virkeligheten meget avansert. Det består nemlig av kjertelvev, bindevev og fett. Melkekjertlene, som også blir kalt for corpus mammae, består av mange små melkesekker, alveoler. Alveolene har et lag med kjertelepitelceller som danner et hulrom. Alveolene er også omringet av glatte muskelceller med mange små utførselsganger som til slutt munn ut på brystknoppen. Det pigmenterte, mørkere hudområde rundt brystknoppen kalles for areola. Areola består av Montgomerys kjertler, som er de små hvite prikkene man kan se rundt om brystknoppen. Montgomerys kjertler består igjen av melkekjertler og talgkjertler. Her skilles det ut et sekret som ikke bare smører og beskytter brystknoppen og areola under graviditeten og i ammeperioden, men som også avgir duftstoffer som tiltrekker seg det nyfødte barnet. Like under areola finnes det glatte muskelfibrer som kan gjøre at areola trekker seg sammen og gjør brystknoppen mer utstående og hard, slik at barnet lettere kan få et godt sugetak (Hansen, 2017a, s. 705). Ja, som man kan se er det hellige brystet meget avansert.

Under hele svangerskapet forbereder brystene seg på en stor endring ved å forandre seg litt etter litt. For at brystene skal bli klar til melkeproduksjon er det noen sentrale hormoner som er verdt å nevne; østrogen, progesteron og prolaktin. I starten av svangerskapet øker østrogenproduksjonen som fremmer melkegangene til rask vekst. Melkegangene øker da i antall i tillegg til å forgrene seg inn i fettvevet i brystet. Alveolene blir flere når

progesteronnivået øker. Samtidig blir blodsirkulasjonen til brystene større og man kan etterhvert se en fysisk endring med synlige vener og økt pigmentering og vekst av areola (Hansen, 2017a, s. 706).

I første trimester vokser brystene raskt og allerede fra uke 16 i svangerskapet er brystene i stand til å produsere melk på grunn av at prolaktinnivået, det melkeproduserende hormonet, øker (Hansen, 2010, s. 633). Hvordan vil en slik endring kjennes ut for Laila? Er det merkbart og ubehagelig? Blir hun bekymret over endringene? Progesteronhormonet derimot, er med på å opprettholde svangerskapet samtidig som det hemmer produksjonen av melk så lenge kvinnen er gravid (Hansen, 2010, s. 633).

Det jeg fant veldig fascinerende under min observasjonspraksis, var den raske endringen fra å ikke ha særlig stor melkeproduksjon, til å kunne ernære barnet sitt med melk fra brystet noen timer senere. Er dette like merkelig for Laila som for meg? Etter at placenta er født, synker østrogen- og progesteronnivåene som gjør at den hemmende effekten av melkeproduksjonen blir borte. Med andre ord vil det si at prolaktin frigjøres og stimulerer epitelcellene i alveolene til å produsere melk. Ved at barnet kommer på brystet til mor i løpet av den første timen etter fødsel, vil brystene stimuleres til at den store melkeproduksjonen setter i gang (Hansen, 2010, s. 633). Laila beskrev dette som den mest komplette følelsen hun noensinne har følt.

Laila, som jeg fikk æren av å følge fra fødsel til barsel, fikk datteren sin på brystet det sekunder hun kom til verden, helt etter boken og det som er anbefalt for å stimulere til melkeproduksjon. Den lille krabaten, bare noen minutter gammel, klynket og kravlet rundt på brystet til mor på jakt etter matfatet.

Amming

I følge World Health Organization og UNICEF er amming den beste måten å sørge for at spedbarnet får i seg den riktige næringen for sunn vekst og utvikling (World Health Organization [WHO], 2003, s. 7-8). Det er jo dette som er naturlig. Det er slik naturen har

formet oss og det kvinnelige brystets oppgave er å gi sitt barn den næringen det trenger. Videre anbefaler WHO (2003, s. 7-8) at spedbarnet skal fullammes de første seks månedene av livet for optimal vekst, utvikling og helse. Fullamming vil si at man kun gir barnet sitt morsmelk, eventuelt tilskudd av vitaminer, mineraler og medisiner (Helsedirektoratet, 2017b). Så lenge mor og barn har det fint og trives med ammingen, trenger ikke barnet noe annet enn morsmelk de første seks månedene. Hvis barnet likevel har behov for annen mat i tillegg til morsmelk, anbefales morsmelkerstatning de første fire månedene (Helsedirektoratet, 2017a). Når man gir morsmelkerstatning i tillegg til å amme, kalles det delamming (Helsedirektoratet, 2017b).

Sett bort fra at morsmelk er en optimal næringskilde for nyfødte spedbarn, er det også forbundet med en redusert risiko for ulike sykdommer hos både mor og barn (Kristiansen, Lande, Øverby & Andersen, 2010, s. 2087) og virker direkte beskyttende på spedbarn på grunn av de immunologiske komponentene i morsmelken (Häggkvist et al. 2010, s. 2076). I følge Sundhedsstyrelsen (2009) viser studier at morsmelk blant annet reduserer risikoen for infeksjonssykdommer, spesielt diaré, mellomørebetennelse og luftveisinfectionsjoner hos barnet. I tillegg reduseres risikoen for gastrointestinale infeksjoner og atopisk eksem (Kramer et al. 2001, s. 413). Morsmelk reduserer også risikoen for cøliaki og inflammatoriske tarmsykdommer og risikoen for diabetes type 1. Amming er assosiert med et lavere blodtrykk, gunstig lipidprofil og en nedsatt risiko for diabetes type 2 senere i livet. Studier viser at amming reduserer risikoen for brystkreft og eggstokkreft hos mor (Sundhedsstyrelsen, 2009, s. 15).

Tidlig på 1990-tallet utviklet WHO og UNICEF (2009) noen globale kriterier som kalles for Ti Trinn for vellykket amming. For å kunne kalle seg et mor-barn-vennlig sykehus, er minstekravet at Ti Trinn for vellykket amming er implementert. I den nasjonale faglige retningslinjen for barselomsorgen (Helsedirektoratet, 2014, s. 30) blir det blant annet anbefalt at alle kvinner som føder barn får individuell støtte i tråd med Ti Trinn for vellykket amming.

Det første kriteriet utviklet av WHO og UNICEF (2009, s. 32) sier at det skal være en skriftlig ammeprosedyre som alt helsepersonell rutinemessig skal få formidlet av leder. I

ammeprosedyren skal det også inkluderes hvordan hvert av trinnene skal implementeres. Prosedyren skal være tilgjengelig slik at helsepersonell som arbeider innenfor svangerskapsomsorgen kan henvise til denne (WHO & UNICEF, 2009, s. 32).

Det andre kriteriet utviklet av WHO og UNICEF (2009) sier blant annet at all helsepersonell som er i kontakt med gravide kvinner, mødre og spedbarn skal tilbys opplæring slik at det er mulig å implementere de Ti Trinnene. Det er estimert at minst 20 timer med opplæring og trening er nødvendig for å kunne støtte mødrene tilstrekkelig i forhold til amming. I tillegg skal tre av timene være kvalitetssikring av de praktiske ferdighetene. Helsepersonell skal også få opplæring i hvordan veilede og støtte mødre som ikke ammer (WHO & UNICEF, 2009, s. 32).

Det tredje kriteriet går ut på å spre informasjon til alle gravide kvinner om fordelene ved amming og hvordan man kan få til ammingen (WHO & UNICEF, 2009, s. 33). Det poengteres at det ved svangerskapspoliklinikker skal være en skriftlig oversikt over den ammeinformasjonen den gravide skal få. I samtale med gravide skal det komme frem fordelene av amming, at det er viktig med vedvarende hud-til-hud kontakt like etter fødsel, tilbudet om å ha barnet hos seg hele døgnet og at barnet bør få komme så tidlig som mulig til brystet. I tillegg skal det anbefales fullamming de første seks månedene og gis informasjon om selvregulering, hyppig amming for å produsere nok morsmelk, gode ammestillinger og godt sugetak. WHO og UNICEF skriver også at kvinnen skal få informasjon om morsmelkerstatning og at det er anbefalt å fortsette å gi morsmelk etter seks måneder selv om annen mat også blir introdusert for barnet (WHO & UNICEF, 2009, s. 33).

Det fjerde kriteriet sier at barnet skal plasseres hud-mot-hud med mor like etter fødsel og få ro og hvile i minst en time, eller til barnet er klar til å suge og den første ammingen har funnet sted (WHO & UNICEF, 2009, s. 34). Helsepersonell skal oppmuntre kvinnen til å se når spedbarnet er rede til å die og til å spørre om hjelp og veiledning ved behov. Det står at barnet er anbefalt å ligge inntil mor i minst én time, men det er å foretrekke at barnet får ligge lengre enn én time om mulig, da det kan ta lengre tid å få barnet til å die. Spedbarnet skal ikke tvinges til å ammes rett etter fødsel, men heller bli veiledet til å ta brystet når det

er klart for det. Om ønskelig, kan personalet hjelpe mor til å plassere barnet slik at det selv kan finne frem til brystet (WHO og UNICEF, 2009, s. 34).

Det femte kriteriet går ut på å veilede kvinnen i hvordan hun skal amme og hvordan opprettholde melkeproduksjonen selv om hun midlertidig er borte fra sitt barn (WHO & UNICEF, 2009, s. 35). Mødre som aldri før har ammet eller tidligere har hatt utfordringer med amming, skal få ekstra oppfølging og støtte både før og etter fødsel. Helsepersonell skal kunne veilede og hjelpe mødre til riktig ammestilling og et godt sugetak for barnet. Innen seks timer etter fødsel, bør personalet observere eller tilby seg å hjelpe med amming igjen. I tillegg skal barselavdelingen gi ut skriftlig informasjon og kunne gi kvinnene opplæring i håndmelking. Til mødre som ikke ammer, skal helsepersonellet assistere og lære dem hvordan man tilbereder og gir morsmelkerstatning (WHO & UNICEF, 2009, s. 35).

Det sjette kriteriet utviklet av WHO og UNICEF (2009, s. 36) sier at nyfødte barn ikke skal ha noen annen næring eller drikke utenom morsmelk, med mindre det er medisinsk grunn for det. Det skal ikke være noen form for markedsføring eller anbefaling av morsmelkerstatning, smokker eller flaskebruk på avdelingen. Minst 75% av friske, nyfødte spedbarn skal bli registrert i sykehusets system at har fått mors egen brystmelk fra fødsel til utskrivelse, hvis ikke må det være en dokumentert medisinsk grunn. Avdelingene skal være tilrettelagt med et rom med nødvendig utstyr for å kunne demonstrere og lære opp mødre i hvordan å tilberede morsmelkerstatning. For mødre som ikke skal amme, bør personalet komme frem til, sammen med mor, hva som er det beste alternativet for mor og barn (WHO & UNICEF, 2009, s. 36).

WHO og UNICEF (2009, s. 36) sitt syvende kriteriet for et mor-barn-vennlig sykehus, går ut på at mødre med friske, fullbårne barn skal få muligheten til å være sammen med spedbarnet sitt hele døgnet. Om mor og barn ikke er sammen, bør det foreligge en rimelig grunn (WHO & UNICEF, 2009, s. 36).

Det åttende kriteriet sier at helsepersonell skal oppmuntre mor til å amme etter behov, også kalt selvregulering. Mødrene må få informasjon om hvilke tegn de skal se etter for å vite at

barnet er sulten. Det blir anbefalt å amme barnet så ofte og så lenge barnet ønsker (WHO & UNICEF, 2009, s. 36).

Det niende kriteriet sier at det ikke skal brukes flaskesmokk eller narresmokk til barn som blir ammet, spesielt frem til ammingen er veletablert (WHO & UNICEF, 2009, s. 37).

Det siste og tiende kriteriet fra WHO og UNICEF (2009, s. 37) er å bidra til å fremme etableringen av støttegrupper og henvise mødre til dem ved hjemreise. Det vil si at det er et samarbeid mellom føde- og barselavdelingen og helsestasjonen for eksempel. Ved hjemreise skal kvinnene få med seg informasjon om hvem de kan kontakte ved videre spørsmål om amming og de kan gjerne få informasjon om et spesifikt tilbud, som Ammehjelpen.

Laila, den førstegangsfødende kvinnen, hadde bestemt seg på forhånd for at hun ville fullamme sitt barn, om mulig. Jeg fikk inntrykk av at hun engstet seg en del for at hun ikke skulle få dette til. Laila uttrykte på et tidlig tidspunkt bekymring for at hun hadde for små bryster og derfor ikke kunne produsere nok melk til å mette datteren sin. Jordmoren forklarte at små bryster ikke trenger å være en avgjørende faktor, og at størrelse ikke alltid teller.

Hvor mye brystene vokser i svangerskapet varierer fra person til person. Størrelsen på brystene avhenger av fettvev og påvirker derfor ikke evnen til å produsere melk. Derimot kan størrelsen ha betydning for lagringskapasiteten. Det kan derfor være nødvendig for kvinner med mindre bryster, som Laila, å amme oftere enn kvinner med større bryster. Hun produserer altså ikke mindre melk, men kan lagre mindre volum (Hansen, 2010, s. 633).

Morgenen etter at Laila hadde født, var jeg på vakt igjen sammen med den samme jordmoren som tok i mot barnet. Laila virket sliten og utmattet. Vi var interessert i å høre hvordan natten hadde vært for Laila og datteren uten å ha Thomas der til å hjelpe seg. Vi var spesielt interessert i hvordan Laila syntes det hadde gått med ammingen. Laila sa at hun syntes det var vanskelig å få barnet til å henge lenge nok på brystet. "Hun sutter litt og så slipper hun! Jeg føler ikke at hun får ut noe fra brystet før hun slipper taket. Hun virker så

utålmodig". Jordmor spurte om Laila kunne vise henne hvordan hun hadde prøvd å amme i løpet av natten. Det gjorde hun.

Ammestillinger

Det viste seg i dette tilfellet at Laila slet med det mange nybakte mødre har utfordringer med første gang de skal amme. Nemlig ammestillingen. Hun hadde ikke funnet en god ammestilling for hverken seg selv eller for barnet. Ved at Laila satt anspent i kroppen og ikke hadde en behagelig ammestilling, ble det rett og slett feil for både henne og datteren. Så hvordan kan en sykepleier bidra til å hjelpe her? Dette er situasjonen som skal knytte båndet mellom mor og barn enda strammere. Et bånd som skal vare livet ut. Er det på sin plass at en sykepleier trår inn og kommer med sin kunnskap? Vil dette hemme båndet mellom mor og datter? Kan sykepleieren i det hele tatt bidra med noe? Er ikke dette noe naturlig, noe som skal komme av seg selv? Det var det jeg trodde før, men jeg innser nå at noen ganger må naturen få litt hjelp.

Som det blir beskrevet av WHO og UNICEF (2009, s. 35) i Ti Trinn for vellykket amming, er en av oppgavene til sykepleier å hjelpe og veilede kvinnen til riktig ammestilling, i tillegg til å observerer og veilede ved behov. I en kvalitativ studie utført av Hong, Callister og Schwartz (2003), tok de for seg tjue friske, førstegangsfødende kvinner. De så nærmere på hva mødrene mente om sykepleiernes evne til å støtte dem med amming i dagene på barselavdelingen. Det kom frem fra studien at mødrene spesielt så viktigheten av emosjonell støtte fra sykepleierne, og at det var denne støtten de satt mest pris på. Fordi riktig plassering av spedbarnet, så vel som godt sugetak, er viktig for etableringen av amming, ble sykepleiernes tilstedeværelse satt stor pris på fra flere av mødrene. Den ene førstegangsfødende kvinnen i studien fortalte at hun hadde lest seg opp på forskjellige ammestillinger på forhånd. Men når det kom til stykket klarte hun ikke å huske hva hun hadde lest, og syntes det var betryggende å ha en sykepleier tilstede (Hong et al. 2003, s. 13). Hvordan opplevde Laila hjelpen hun fikk?

Det finnes mange forskjellige ammestillinger. Stillinger og posisjoner man kun trodde akrobater fikk bruk for. Man kan amme mens man ligger, mens man sitter, mens man står eller går. Innenfor disse klassiske stillingene, finnes det også mange ulike versjoner. Laila ble instruert i noen av disse.

Laila ble først vist den liggende stillingen (Nylander, 2008, s. 22). Denne er fin å bruke om man trenger hvile og har vondt i underlivet etter fødselen, men barnet likevel skal ammes. Om man ligger på siden med skulderen helt nede på madrassen, kan det være behagelig og praktisk med en pute under hodet, så lenge man kan få øyekontakt med barnet og ikke må spenne hele kroppen for å se hva man driver med. Plasser kroppen slik at den ligger stabilt og ikke er i fare for å tippe over til den ene eller den andre siden. Det kan hjelpe å stabilisere ved å trekke det ene kneet opp til seg. Pass på at barnet ligger mage-til-mage og tett inntil mor. For å slappe av i armene og ikke måtte holde barnet så tett inntil seg, kan det være gunstig å bygge opp med f.eks. et teppe godt pakket under og rundt barnet (Nylander, 2008, s. 22). Dette var en av de stillingene Laila hadde prøvd seg på om natten, men hun hadde ikke ligget komfortabelt og barnet hadde kun hengt på en liten stund før hun hadde sluppet taket.

Den sittende stillingen virket bedre for Laila. Hun fikk beskjed om å sitte seg godt inntil den rake stolryggen, gjerne litt mer fremoverbøyd enn tilbakelent, slik at brystet var lett tilgjengelig og slik at hun hadde god oversikt. Hun fikk en ammepute til hjelp slik at barnet kom høyere opp og nærmere brystet. Man kan også bruke annet til støtte, det være seg armlenet eller et teppe. Det viktigste er at noe støtter oppom armen som holder barnet. For når barnet har blitt plassert til brystet og tatt tak, tar det ikke nødvendigvis lange stunden før armen blir sliten og synker ned. Dette kan medføre at barnet blir hengende i brystknoppen, som da kan få sprekker ved roten (Nylander, 2008, s. 23).

Det som utmerket seg da jeg var på føde- og barselavdelingene, var forsiktigheten de førstegangsfødende mødrene utøvde med det nyfødte barnet. De er jo så små og sårbare! Etterhvert fikk jeg erfare hvor robuste de små skapningene faktisk er. Det lærte jeg av pleierne på avdelingene, når de undersøkte, løftet, skiftet eller stelte barnet. "Hun går ikke i stykker, kjære deg" fikk jeg høre da jeg skulle skifte min første bleie på et av de nyfødte

barna. Jeg lærte meg raskt hvordan jeg skulle løfte og holde og skifte bodyer på disse barna uten å ødelegge de. Den samme erfaringen gjør jo selvsagt mødrene seg, men de første dagene observerte jeg at det var en av de faktorene som holdt igjen kvinnene fra å klare å få til en god ammeteknikk. Rett og slett at de var redde for å være for hardhendte med de små skapningene.

Når Laila hadde funnet en god stilling for både henne og datteren, var det klart for å gå i gang med neste steg, nemlig barnemunnen til brystet. Her fikk jeg sett både det ene og det andre inne på de forskjellige rommene på barselavdelingen. Barn som virket lite interessert i brystet og nærmest knep igjen munnen og andre som gapet så høyt de bare kunne. Det var en setning som gikk igjen hos de fleste pleierne under ammeveiledning til mødrene. "Barnet skal gape så stort at det ser ut som han skal spise en hamburger. Det er da han får mest bryst i munnen". Dette ble den store spenningen.

Men som nevnt er det ikke alle barn det kommer naturlig for å "spise en hamburger". De som virker lite interessert, må man bruke mer tid på. I følge Nylander (2008, s. 26-27) kan man for eksempel friste med godlukt. Legge barnet til brystet hud-mot-hud med nesen til barnet mot areola hvor duften tiltrekker seg barnet. Dette trikset kan gjøre at barnet våkner til, etter å ha ligget slik en stund i ro og mak. I tillegg kan man prøve å la brystknoppen berøre overleppen til barnet, med en vinkel som peker opp mot nesen. Når barnet endelig gaper gjelder det å være klar med brystet like i nærheten. Her må man trekke barn raskt inntil seg slik at munnen fylles av bryst (Nylander, 2008, s. 26-27). Det var spesielt i denne fasen jeg så hvordan noen av kvinnene vegret seg fra å "dytte" barnet raskt inntil brystet. Kanskje var det fordi brystknoppen allerede var sår etter gjentatte forsøk uten hell. Eller kanskje rett og slett fordi det kan virke brutalt å være så bestemt med en liten krabat.

Noe av det som vil være viktige sykepleieroppgaver på en barselavdeling, er å bruke tid på å vise kvinnen forskjellige metoder for å amme. Som tidligere nevnt, blant annet riktig ammetilling. I tillegg bør man informere og lære de nybakte mødrene om tidlige tegn på at barnet er sulten og hvordan et godt sugetak skal se og kjennes ut. Sykepleiere må dermed følge Ti Trinn for vellykket amming som beskrevet av WHO og UNICEF (2009).

Ammeutfordringer

På grunn av at Laila, etter flere forsøk ikke fant en god teknikk når det kom til å hekte datteren på brystet, resulterte det i såre brystknopper. En tverrsnittstudie (Tuftte, 2005) utført blant norske kvinner, peker på utfordringer som oppstår i forhold til amming. Studien ble gjort ved hjelp av et spørreskjema som ble besvart av 925 mødre ved ulike fødeavdelinger rundt om i landet, hvor over halvparten av kvinnene var førstegangsfødende. Etter barnet var fylt ett år, fikk de et nytt spørreskjema i posten. Spørreskjemaet spurte blant annet om hvilke utfordringer de hadde under ammeperioden, og om hvordan omsorgen og ammeveiledningen var under barseloppholdet. Studien viser at det kun var 12% av kvinnene som ikke hadde hatt utfordringer i løpet av ammeperioden, mens hele 49,2% rapporterte at de hadde hatt såre brystknopper. Det som er verdt å merke seg er at hos 47% oppstod sårheten i løpet av den første uken med amming (Tuftte, 2005, s. 18-21). I følge Sundhedsstyrelsen (2009) skyldes sår på brystknoppene ofte at barnet ikke har et godt nok sugetak om brystet, og ved å observere sårets form og hvor på brystknoppen det er plassert, kan man identifisere årsaken til problemet (Sundhedsstyrelsen, 2009, s. 105). Andre årsaker til at kvinner får sår på brystknoppene, kan være for kraftig vakuum eller for liten trakt ved bruk av brystpumpe, overdreven hygiene og bruk av ammeinnlegg, krem til brystknoppene og bh (Sundhedsstyrelsen, 2009, s. 106).

Vi observerer Laila sine brystknopper like etter at hun ammer, og vi kan se en strek på tvers av brystknoppen som tilsier at barnet har feil sugeteknikk. Laila virker bekymret og lurert på om barnet ikke får nok morsmelk. Hun blir urolig ved tanken om å måtte gi opp ammingen og heller gi datteren flaske. Laila spør om råd og lurert på spesifikke tiltak hun kan benytte for å forhindre at det blir verre.

Tiltak ved såre brystknopper er å passe på at sugeteknikken til barnet og ammestillingen til Laila korrigeres (Hansen, 2017b, s. 723). Hun skal fortsette ammingen, men dersom brystknoppene er veldig såre, bør ammingen begrenses til å være mer effektiv enn ellers. For å gjøre ammingen mer effektiv, kan hun stimulere til utdrivningsrefleks før hun starter ammingen. Hvis Laila får sterkere smerter, blir hun anbefalt å håndmelke til hun kjenner en bedring. Ellers bør hun tenke på håndhygiene og la brystknoppene lufttørke etter amming

(Hansen, 2017b, s. 723). Å ta en pause fra selve ammingen og heller håndmelke under de sterkeste smertene er anbefalt. Likevel kan man sette spørsmålstegn ved hvor langt man skal strekke strikken og hvor smertefullt kvinner skal ha det før det er gått fra å være en spesiell stund mellom mor og barn til å bli et stressfylt og negativt moment i livet. Laila kjente på litt smerte når datteren skulle ta brystet, men hun ville fortsette å prøve, og heller håndmelke om smertene ble verre. En kvalitativ studie utført av Hvatum et al. (2014) ser nærmere på mødre som har opplevd stressfylt amming. Flere av kvinnene fortalte om smerter så sterke at de gråt samtidig som de ammet sitt barn. Flere av kvinnene gruet seg til neste amming, og en av kvinnene i studien uttalte at «å sitte og grine og amme samtidig var ingen hygge og nærhet» (s. 20). Med smerter så sterke at man tar til tårene, kan de fleste forstå at det ikke er en optimal situasjon for verken mor eller barn.

Videre i den systematiske kartleggingen av norske kvinners ammeproblemer (Tufte, 2005) rapporterte kvinnene at melkespreng var en av utfordringene de hadde hatt i løpet av ammeperioden. 42% av kvinnene hadde opplevd melkespreng i løpet av den første uken med amming, og 77% fikk utfordringer i løpet av de fire første ukene (Tufte, 2005, s. 22). Melkespreng og brystspreng oppstår når alveolene fylles uten at brystene tømmes tilstrekkelig, og i startfasen av ammingen kan tilfellet være at barnets behov for melk ikke samsvarer med melkeproduksjonen. Melkemengden kan altså være helt optimal, men brystet blir ikke tilstrekkelig eller ofte nok tømt (Hansen, 2017b, s. 723).

I følge nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) er det viktig å informere mødre om å amme ofte i starten for å ta unna melken etterhvert som den kommer. Som en bonus får barnet lov til å øve seg mens brystet fortsatt er mykt. Når brystspreng allerede er blitt en utfordring, kan man oppfordre til å håndmelke før amming. Det er ikke sikkert at barnet får et godt sugetak hvis brystet er hardt, og får derfor heller ikke tømt brystet. Varme og kalde omslag gjør det motsatte av hverandre, men kan begge være gode hjelpere i tiden med sprenget bryst. Varme omslag eller en varm dusj kan hjelpe på utdrivingen av melken. Motsatt er et kaldt omslag. Det vil kunne hindre utdrivingen av melk, men dempe hevelsen i vevet og lindre godt (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2009).

Det ble rapportert om flere utfordringer under ammeperioden (Tufte, 2005). Foruten om såre brystknopper og melkespreng, ble det rapportert om brystbetennelse og tilstoppede melkeganger, usikker melkemengde, smerter ved amming, at barnet tok brystet dårlig, at barnet avviste brystet og dårlig vektøkning hos den nyfødte (Tufte, 2005, s. 21).

Laila sin datter tar brystet dårlig og får ikke et godt sugetak. Nettopp på grunn av dette fyller brystene til Laila seg opp med melk og blir harde. De harde brystene gjør igjen at barnet ikke får et godt tak som resulterer i at Laila ikke får tømt brystene under amming. For å bryte denne onde sirkelen, blir Laila rådet til å håndmelke (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2009). Jeg kan se i uttrykket til Laila at dette ikke var situasjonen hun hadde sett for seg på forhånd. Hun virker å være plaget over disse utfordringene som blir kastet på henne én etter én. Brystknoppene er såre og brystene sprengt av melk. Det er absolutt ikke en ideell situasjon for en førstegangsfødende mor som hadde forventet seg en koselig barseltid.

Ved håndmelking kan det være hensiktsmessig å aktivere utdrivningsrefleksen. Laila blir vist hvordan hun kan håndmelke ved å starte med å rulle brystknoppen lett mellom fingrene for å stimulere til utdrivning. Når brystknoppen stivner og melken drypper, er hun klar for å starte håndmelkingen (Helsedirektoratet, 2011). Og så kan man undre seg over hva som vil være mest hensiktsmessig for Laila i denne situasjonen. Om de ansatte på barselavdelingen viser Laila hvordan hun skal gjøre det, eller om de forteller og instruerer henne i hvordan hun skal gjøre det, slik at hun får prøve seg frem selv?

En kvalitativ studie utført av Mozingo, Davis, Droppleman & Merideth (2000) har sett på kvinners opplevelse av kortvarig amming og utfordringene rundt det. Det viste seg at flere av kvinnene opplevde noe av personalet på barselavdelingene, som offensive når det kom til ammeveiledningen. De kunne oppleve å få brutt intimsone, og føle seg støtt, ved at for eksempel personalet tok tak i brystet og dyttet brystet inn i barnets munn med all sin makt. Flere av mødrene følte ikke de fikk god nok veiledning eller støtte når det kom til å mestre ammingen selv. En kvinne fortalte at en av de ansatte stappet brystet inn i barnets munn til han fikk et godt sugetak, og deretter gikk ut av rommet. Moren dro hjem fra avdelingen uten å ha lært hvordan hun skulle få barnet til å henge godt på brystet (Mozingo et al. 2000). Kan det tenkes at det finnes en bedre metode for å veilede kvinner i amming? Kanskje kan man

reducere antall kvinner som får utfordringer eller som gir opp ammingen ved å sørge for at de er selvstendige før de forlater barselavdelingen.

På the Royal Womens Hospital i Australia ble det implementert en ny teknikk som kalles "hands off" (Napier, 2001). De ansatte ble trent i hvordan de på best mulig måte kunne veilede mødrene under ammingen, uten å for eksempel legge barnet til brystet for dem, slik at mødrene lærte å gjøre det helt selv fra starten av. Det viste seg at denne teknikken var bra for både mor, barn og ansatte. De ansatte fikk en mer profesjonell rolle og i tillegg mindre ryggskader. I noen situasjoner kan det nok være hensiktsmessig å hjelpe til fysisk med å legge barnet til brystet for moren, men det er i de fleste tilfeller anbefalt å bruke "hands off" teknikken (Napier, 2001, s. 929). Så lenge man sørger for at kvinnen har lært seg å bli selvstendig på området før hun forlater barselavdelingen, kan det vel ikke skade?

Man ser at fysiske utfordringer i ammeforløpet ikke er sjeldent, og kan undre seg over den psykiske påkjenningen dette kan være for enkelte mødre. For hvordan er det å ikke få til å amme sitt eget barn? Kanskje tenker noen mødre på å gi opp fordi smertene er for store eller på grunn av redselen for at barnet ikke får nok næring. Hvordan vil det påvirke psyken om man egentlig ønsker å gi opp ammingen, men føler seg presset til å fortsette på grunn av anbefalinger fra helsepersonell, familie og samfunnet forøvrig?

I likhet med Laila, er det flere kvinner som har høye forventninger til seg selv, som har bestemt seg på forhånd for at de skal amme, og kjenner på det såkalte ammepresset. En kvalitativ studie (Haga, 2012) gjennomført i Oslo av 12 førstegangsfødende kvinner i tredveårene, ser på hvilke problemer kvinnene opplevde å ha i forbindelse med amming. Det kommer frem av intervjuene at 11 av kvinnene følte på et enormt ammepress fra både samfunnet og helsepersonell. Mødrene uttrykte at for å være en god mor, kreves det at man ammer. Flere beskrev at de hadde hatt utfordringer med amming i starten, og noen ganger flere måneder ut i ammeforløpet. Videre kommer det frem at å lykkes eller ikke lykkes med ammingen hadde en stor sammenheng med de førstegangsfødende sitt velvære og depressive symptomer (Haga, 2012, s. 26-27).

Når Laila kjenner på følelser som å være mislykket og å ikke leve opp til forventningene, lurert mannen hennes Thomas på hva godt han kan gjøre for henne. Han kan jo ikke ta over ammingen. I studien til Haga (2012) er sosial støtte, og spesielt støtte fra partnerne til kvinnene trukket frem som essensielt for de førstegangsfødende mødre. Emosjonell støtte og praktisk støtte kom klart frem fra alle kvinnene at var avgjørende i ammeperioden. I tillegg sa flere at de hadde et behov for at partneren bekreftet og validerte deres følelser og bekymringer (Haga, 2012, s. 29). Så hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for at Thomas kan være en støtte for Laila de første dagene etter fødselen? I Ti Trinn for vellykket amming er målet nettopp det - vellykket amming. Da kan far være en god ressurs på veien for å oppnå målet, og sykepleiere burde tilrettelegge for at målet blir nådd. I Laila og Thomas sitt tilfelle ble mor og barn flyttet over på et familierom så snart det ble ledig. Thomas fikk beskjed om at han var hjertelig velkommen til å tilbringe både dagene og nettene der sammen med Laila og deres datter.

Rempel og Rempel (2010) har gjennom intervjuer med et utvalg fedre sett på deres rolle når partnerne deres ammer. Flere av fedrene så på ammingen som et lagarbeid, og de karakteriserte deres egen rolle som støttespiller til moren som hadde hovedrollen. En av fedrene uttrykte at han var der, støttet henne og motiverte henne i starten når hun hadde vanskeligheter med å etablere ammingen. Det viste seg også at flere av fedrene hadde gått inn for å tilegnet seg kunnskaper om amming. Enten gjennom forberedende kurs før fødsel, lese i bøker og magasiner eller å søke etter informasjon på internett. Noen av dem fulgte nøye med når sykepleiere instruerte og veiledet kvinnene under amming. De ble beskrevet som å være mor sin hukommelse når hun selv ikke klarte å ta til seg alle råd som ble gitt av sykepleier (Rempel & Rempel, 2010, s. 117). Det kan med dette se ut som at tilrettelegging for at far får være sammen med mor og barn på barselavdelingen, kan være hensiktsmessig og støttende for mor i etableringen av ammingen.

Menneske-til-menneske-forholdet

Med tanke på at jordmoren og jeg var med under fødselen til Laila, syntes jeg det var fint å kunne være der for henne de neste dagene på barselavdelingen. Jeg kjente på en

relasjonstilknytning etter alle timene på fødestuen sammen med Laila og Thomas. I følge Eide og Eide (2012, s. 143) vil en person som behøver støtte og hjelp, som samtidig føler på en tilknytning til et annet menneske, være høyst åpen for å søke nærhet og kontakt med dette mennesket. Og det er vel det man som sykepleier ønsker? At personen søker kontakt og spør om hjelp når det trengs. Spesielt på en barselavdeling vil jeg tørre å påstå.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016), står det at grunnlaget for all sykepleie skal være retten til den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2016). I følge Eide & Eide (2012, s. 19) innebærer dette å beskytte det andre individet mot skade, og å hjelpe den andre til å ivareta egen helse og bruke sine egne ressurser. Videre hevdes det at for å kunne virkeliggjøre de helsefaglige verdiene, er god kommunikasjon med både pasient og pårørende avgjørende (Eide & Eide, 2012, s. 19).

For å bygge en relasjon, er kommunikasjon et viktig aspekt. Profesjonell kommunikasjon handler om å kommunisere faglig velfundert informasjon som er til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2012, s. 12). Helsepersonell er av den typen som må anvende profesjonell kommunikasjon i arbeidet sitt. Da er man ikke lenger privatpersoner, men profesjonsutøvere, og må kommunisere deretter. Dem man kommuniserer med, er mennesker som av ulike grunner oppsøker, blir henvist eller søker hjelp og assistanse (Eide & Eide, s. 18). Laila er et eksempel på en person som oppsøker fødeklubben for å føde, og deretter blir overført til barselavdelingen etter fødsel for å få hjelp og støtte til å komme i gang med ammingen.

For å kunne hjelpe Laila på best mulig måte mot sitt mål i å amme, kan relasjonen mellom sykepleier og Laila være avgjørende. Relasjon kan ses på som forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. I helsesammenheng kan det beskrives som den enkeltes hjelper sitt forhold til blant annet pårørende og pasienter (Eide & Eide, 2012, s. 17). Men en sykepleiers oppgave som hjelper er vel ikke kun å hjelpe med amming? Hva om alle sykepleiere så på de nybakte mødrene som en eneste stor melkefabrikk? Kan det bli for stort fokus på amming? Å bli mor handler vel om så mye mer? Hvatum et al. (2014, s. 20)

beskriver i sin studie at mødrene også ønsket å bli kjent med barnet. De syntes det var et ensidig fokus på amming fra helsepersonellet sin side og at ammingen tok all oppmerksomhet fra å føle på et samspill med sitt nyfødte barn (Hvatum et al. 2014, s. 20). Selv om det er Lailas situasjon som bestemmer at sykepleierne er der for henne, er det ikke god sykepleie hvis sykepleierens eneste fokus er å få i gang ammingen. Sykepleiere må ikke glemmer Laila sine følelser rundt utfordringene hun møter på. Man må se hele personen, ikke bare utfordringen personen har.

Joyce Travelbee (1999, s. 41) er en sykepleieteoretiker som vektlegger menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Hun mener sykepleie primært er en mellommenneskelig prosess og er sterkt kritisk til sykepleier og pasient som begreper fordi hun mener at betegnelsene stimulerer til stereotyp rolleoppfatning. En av sykepleiernes oppgave er i følge Travelbee å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ, noe hun mener blir vanskelig om man skal skille mellom sykepleier og pasient ved bruk av betegnelser (Eide & Eide, s. 135). Om en sykepleier gir uttrykk for at hun har dårlig tid, vil kanskje Laila bli nervøs for å ringe på klokken etter hjelp. Dermed vil avstanden mellom sykepleier og pasient bli stor. Om sykepleieren bruker tid på rommet med Laila, lytter, svarer på spørsmål, veieder og deler personlige erfaringer, vil avstanden mellom sykepleier og pasient automatisk bli mindre.

I følge Travelbee (1999) er et menneske-til-menneske-forhold «en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester» (s. 41). Individet, familien eller samfunnets sykepleiebehov skal bli ivaretatt ved hjelp av erfaringer og opplevelser som deles. For å ivareta behovene, må en sykepleier ha en disiplinert og intellektuell tilnærming til problemene i tillegg til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41). Ved å bruke seg selv terapeutisk, mener Travelbee at sykepleieren bruker personligheten sin og kunnskapene sine målrettet og bevisst i forsøk på å etablere et forhold til den andre. Det betyr i tillegg at sykepleieren har en dyp innsikt i det å være menneske (Travelbee, 1999, s. 45). Hong et al. (2003) finner gjennom sin studie at en høyt verdsatt sykepleier er en som viser omtanke ved å ta seg tid til å konversere med mødrene, dele personlige erfaringer, se til dem titt og ofte og svare på spørsmålene de måtte ha (Hong et al. 2003, s. 12).

I møte med Laila og andre mødre kan sykepleiere følge Travelbees modell (Eide & Eide, 2012, s. 137) for utvikling i forholdet mellom sykepleier og pasient. Et møte starter med at sykepleier og pasient møtes for første gang og danner seg et førsteinntrykk av hverandre, slik som Laila og jeg gjorde. Det vurderes, observeres og trekkes slutninger om hverandre. Som sykepleier bør man kunne sette til side alle sine egne meninger om hvordan pasienten burde være og heller se henne som et menneske og et eget individ (Eide & Eide, 2012, s. 137). Et eksempel kan være et første møte med en førstegangsfødende mor og en sykepleier på en barselavdeling. Den førstegangsfødende moren forteller at hun har bestemt seg for å ikke amme sitt barn. Muligens vil sykepleieren ha en mening om akkurat dette valget til moren, og gjerne en mening som veier i retningen av at hun burde amme, heller enn å ikke amme. Men skal hun da prøve å endre moren sitt syn? Selv om sykepleieren har kunnskaper om hva som er anbefalt for mor og barn, kan det hende at akkurat denne kvinnen har opplevd noe tidligere i livet som gjør at det ville vært en stor påkjenning å skulle amme. Derimot kan det være hensiktsmessig at sykepleier samtaler med mor om hvorfor hun ikke ønsker å amme. Årsaken til at mor ikke vil amme kan være noe som sykepleieren kan berolige henne på, og dermed komme frem til en løsning for både mor og barn. Om mor har bestemt seg i sitt valg, bør sykepleier respektere det, og støtte mor uavhengig av sine egne meninger. Som det blir beskrevet i Ti Trinn for vellykket amming, under det sjette kriteriet, skal sykepleier diskutere med mor om hvilke ernæringsalternativer som vil være det beste for henne og barnet.

Når det første møtet er gjennomført, innledes den andre fasen av relasjonsbyggingen. I denne fasen etablerer sykepleier og pasient et bånd til hverandre. Deres identiteter som individer blir mer synlige og dermed oppfatter de hverandre mer som unike mennesker og mindre i rollene som sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2012, s. 138). Kanskje kan sykepleieren relatere seg til pasienten, eller at de har noe til felles.

Travelbee (Eide & Eide, 2012, s. 138) beskriver den tredje fasen som den hvor sykepleieren kan få utfordringer med å forholde seg empatisk til pasienten. Det er vanskelig å skille mellom å ta del i et annet menneskets psykologiske tilstand, uten å føle og tenke som den andre. Man skal gå inn i pasientens tilstand, men samtidig stå utenfor uten å bli for

distansert (Eide & Eide, 2012, s. 138). Dette kjente jeg ble en utfordring med Laila etter å fulgt henne noen dager. Jeg følte at jeg kjente mye på hennes følelser når hun var lei seg, men også når hun var glad. Jeg ble veldig engasjert når hun og datteren viste fremskritt, og jeg kunne nesten ta til tårene av lettelsen jeg selv kjente på.

I den fjerde fasen introduserer Travelbee sympati. Hun kaller det en måte å føle og tenke på. Å virkelig bry seg om og være interessert i pasienten, og samtidig kommunisere dette til pasienten det gjelder. Det handler om å ha et ønske om å hjelpe pasienten fordi sykepleieren opplever pasienten som et menneske, ikke fordi det er sykepleieren sin oppgave å hjelpe (Eide & Eide, 2012, s. 138). Følelsene mine for Laila kan også trekkes inn i denne fjerde fasen.

Den siste fasen handler om forståelse og respekt, noe sykepleier og pasient nå skal ha utviklet gjennom de tidligere trinnene. Travelbee kaller fasen for *the fase of rapport*. Hun ønsker å oppnå en gjensidig forståelse og respekt mellom sykepleier og pasient. Det er akkurat det ordet *rapport* handler om, som beskrives som en harmonisk eller sympatisk relasjon. Travelbee beskriver den siste fasen som en prosess basert på tillit til hverandre, og som er både viktig og meningsfull for pasient og sykepleier (Eide & Eide, s. 139). Jeg merket at Laila fikk mer og mer tillitt til meg etterhvert som tiden gikk. For hver gang jeg kom inn på rommet, kjente jeg på en større relasjonstilknytning. En veldig fin og trygg tilknytning med den førstegangs fødende moren jeg fikk følge fra fødestuen til hjemreise.

Avsluttende tanker

I denne oppgaven har jeg sett på forskjellige utfordringer hos førstegangs fødende og deres ammeproblemer. Jeg har tatt for meg ulike studier av både mødre og fedre som forteller om tiden etter fødsel med et nyfødt barn. Et nyfødt barn som etter anbefalinger og press fra både helsepersonell og samfunnet skal ammes av mor fra første stund. Mor møter på utfordringer som såre brystknopper som gir smerter. Mor har melkespreng som gjør at barnet ikke får et godt sugetak. Mor teller ned timene og gruer seg til neste amming. Hun gråter fordi det er så smertefullt. Hun føler seg etterhvert mindre tilknyttet til barnet. Det

vegrer seg jo bare for brystene hennes uansett. Det burde ikke være et nederlag å ikke klare å amme. Det vil i mange tilfeller være hensiktsmessig å vurdere situasjonen på nytt. For det går vel en grense hvor mor også trenger støtte på å kaste inn håndkle og si seg ferdig med kampen? Da må sykepleierne være der og støtte henne på også det.

Referanseliste:

- Demirtas, B. (2012). Strategies to Support Breastfeeding: A Review. *International Nursing Review*, 59(4), 474-81. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x>
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Haga, S. M. (2012). *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18162/dravhandling-haga.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Hansen, M. N. (2010) Brystets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 632-635). Oslo: Akribe.
- Hansen, M. N. (2017a). Brystets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utg.) (s. 705-714) Oslo: Cappelen Damm.
- Hansen, M. N. (2017b). Ammeveiledning. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2.utg.) (s. 715-739) Oslo: Cappelen Damm
- Helsedirektoratet. (2011). Hvordan du ammer ditt barn. Noen råd den første tiden. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=hvordan%20du%20ammer%20ditt%20barn>
- Helsedirektoratet. (2014, 9. april). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2017a, 6. mars). Spedbarnsernæring. Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
- Helsedirektoratet. (2017b, 4. april). Amming og morsmelk. Hentet fra <https://helsenorge.no/etter-fodsel/aming>

- Hong, T., Callister, L. & Schwartz, R. (2003). First time mothers' views of breastfeeding support from nurses. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(1), 10-15. Hentet fra https://journals.lww.com/mcnjournal/Fulltext/2003/01000/First_Time_Mothers_VIEWS_of_Breastfeeding_Support.4.aspx?fbclid=IwAR1smPp7H1ZnH4Y0CEWB_cufI3aPef_PZVh1uEKUAYOr9r251I9A_KhttLQ#pdf-link
- Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien forskning*, 1(9), 14-23. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0019>
- Kramer, M., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., (. . .) Helsing, E. For the Probit Study Group. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413-420. <https://doi.org/10.1001/jama.285.4.413>
- Kristiansen, A. L., Lande, B., Øverby, N. C. & Andersen, L. F. (2010) Factors associated with exclusive breast-feeding and breastfeeding in Norway. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2087-2096. <https://doi.org/10.1017/S1368980010002156>
- Kvam, M. (2017, 8. desember). Barseltiden. Hentet fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselsforlop/normalt-forlop/barseltiden/>
- Lande, B., Andersen, L., Bærug, A., Trygg, K., Lund-Larsen, K., Veierød, M. & Bjørnboe, G. (2003). Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Pædiatrica*, 92(2), 152-161. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x>
- Mozingo, J. N., Davis, M. W., Droppelman, P. G. & Merideth, A. (2000). "It Wasn't Working": Women's Experiences with Short-Term Breastfeeding. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(3), 120-126. Hentet fra https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_ovid00005721-200005000-00004&context=PC&vid=HIB&search_scope=default_scope&tab=default_tab&lang=no_NO
- Napier, D. (2001). Hands off technique has many benefits for breastfeeding mothers. *British Medical Journal*, 322(7291), 929-930. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7291.929>

Nasjonalt kompetansesenter for amming. (2009). Ammeveiledning. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/Ammeveiledningsperm%202009.pdf>

Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nylander, G. (2008). *Amme-ABC*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Rempel, L. A. & Rempel, J. K. (2011). The Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family. *Journal of Human Lactation*, 27(2), 115-121.

<https://doi.org/10.1177/0890334410390045>

Sundhedsstyrelsen. (2009). *Amning – en håndbog for sundhedspersonale* (2. Utg.).

København: Scanprint.

Svartdal, F. (2018, 29. august). Mestring. I *Store norske leksikon*. Hentet fra

<https://snl.no/mestring>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Tufte, E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer* (Masteroppgave). Master of public health.

Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap. Hentet fra <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:733533/FULLTEXT01.pdf>

UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1>

World Health Organization [WHO] & UNICEF. (2009). *Baby-friendly hospital initiative*.

Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Hentet fra

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y