

# **MASTEROPPGAVE**

## **Master i jordmorfag**

**Oktober 2017**

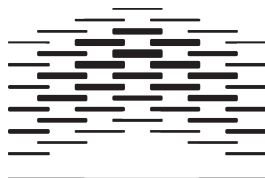
**Kvinnerens erfaring med ammeveiledning**

Kandidatnummer: 114 & 131

Antall ord: 16352

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

## FORORD

I arbeidet med denne masteroppgaven har vi tilegnet oss ny kunnskap som vi vil ha nytte av i yrkeslivet. Det har vært en lang og tidkrevende prosess som til tider har vært utfordrende, men for det meste lærerik og inspirerende. Vi har hatt stor fordel av hverandre gjennom masteroppgaven for diskusjon og refleksjon. Støtten i å være to har gjort at frustrerende perioder har blitt mer overkommelige.

Vi vil rette en stor takk til informantene for deres interesse i vår studie. Deres fortellinger har satt i gang engasjement og tanker hos oss som vi kommer til å ta med oss videre i arbeidet med gravide og ammende kvinner. Uten dere hadde ikke denne oppgaven vært mulig å gjennomføre.

Tusen takk til våre veiledere for oppmuntring, gode råd og veiledning i denne tiden. Deres tilgjengelighet og tro på oss har gjort prosessen lettere. Videre ønsker vi å takke venner som har tatt seg tid til å lese korrektur og har kommet med konstruktive tilbakemeldinger og innspill.

En varm takk rettes til besteforeldre for barnepass og forståelse for tidsbrist i hverdagen. Den største takken går til våre menn og barn for støtte og oppmuntring i denne perioden. Tusen takk for at dere har vist oss tålmodighet og kjærlighet i denne prosessen. Det betyr alt.

Sist men ikke minst takk til makrell i tomat, egg, knekkebrød, kaffe og te som holdt oss i livet i denne tiden.

Det er deilig å være ferdig.

*Oslo, oktober 2017*

“Immunisation is preventive medicine par excellence. If a new vaccine became available that could prevent 1 million or more child deaths a year, and that was moreover cheap, safe, and administered orally, and required no cold chain, it would become an immediate public health imperative. Breastfeeding could do all this and more, but it requires its own “warm chain” of support- that is, skilled care for mothers to build their confidence and show them what to do, and protect them from harmful practices. If this warm chain has been lost from culture, or it is faulty, then it must be made good by health services”.

(Anonymous, 1994)

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Kvinner erfaring av ammeveiledning

**Hensikt:** Etablere innsikt og forståelse for hvordan norske kvinner opplever ammeveiledningen fra helsepersonell.

**Forsknings spørsmål:** *Hvordan beskriver kvinner sin erfaring av ammeveiledningen de fikk av helsepersonell?*

**Metode:** Data ble samlet inn via fokusgruppeintervjuer (n=5 grupper). Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse av manifest og latent innhold.

**Resultater:** Informantene opplevde utrygghet rundt ammingen, og ønsket hjelp fra helsepersonell som hadde tid til dem og så deres individuelle behov. Optimal rekkefølge i ammeveiledningen var observasjon, korrigerende og oppfølging. Kvinnene savnet informasjon om mulige utfordringer og følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå hjemme, og opplevde ikke at helsestasjonen ga gode svar. Kvinnene følte seg sårbare og satte pris på oppmuntring og bekreftelse.

**Konklusjon:** Det er viktig for kvinnene å mestre ammingen. Inkluderende veiledning og god informasjon fra helsepersonell kan bidra til å forlenge og forbedre ammeperioden.

**Nøkkelord:** amming, ammeveiledning, ammeproblemer, helsepersonell

## **ABSTRACT**

**Title:** Women's experiences receiving breastfeeding support

**Objective:** Insight and understanding of how Norwegian women experience breastfeeding support from health professionals.

**Research question:** *How do women describe their experiences receiving breastfeeding support from health professionals?*

**Methodology:** Data was collected from focus group interviews (n=5 groups) and analyzed using qualitative content analysis.

**Results:** Informants reported feeling insecure about breastfeeding, wanting help from health professionals who had time for them and their individual needs. The optimal course of action is observation, followed by correction and follow-up. Informants wanted more information about potential challenges and emotional reactions that may occur after returning home, and did not perceive the available support from health clinics as adequate. Many reported feeling vulnerable, appreciated encouragement and affirmation.

**Conclusion:** Mastering breastfeeding is perceived as very important. Support and information from health professionals may help prolong and improve the breastfeeding period.

**Keywords:** breastfeeding, breastfeeding support, breastfeeding problem, health professionals

# INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	2
1.1 Bakgrunn for valg av studien.....	2
1.2 Formål med studien og problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning av studien.....	3
1.4 Begrepsavklaringer.....	3
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	4
2.0 BAKGRUNN.....	5
3.0 METODE.....	15
3.1 Kvalitativ forskningsmetode og hermeneutikk.....	15
3.2 Rekruttering og utvalg.....	16
3.3 Datainnsamling.....	18
3.4 Transkribering.....	22
3.5 Analyse.....	22
3.5.1 Meningsbærende enhet.....	23
3.5.2 Kondensert meningsbærende enhet.....	23
3.5.3 Kode.....	23
3.5.4 Underkategori og kategori.....	24
4.0 RESULTATER.....	27
4.1 Ammeveiledning - nær og fjern.....	27
4.2 Kvinnens opplevelse av støtte.....	27
4.2.1 Bli sett.....	28
4.2.2 Kontinuitet og motstridende råd.....	29
4.2.3 Trygghet.....	29
4.3 Kvinnenes beskrivelse av ammeveiledning.....	31
4.3.1 Tid til helhetlig ammeveiledning.....	31
4.3.2 Informasjon.....	32
4.3.3 Den vanskelige tiden.....	33
4.4 Kvinnenes ressurser og nettverk.....	34
4.4.1 Kvinnenes eget initiativ.....	34

4.4.2 <i>Velge det som passer</i> .....	35
5.0 DISKUSJON.....	37
5.1 Diskusjon av resultater.....	37
5.1.1 <i>Bli sett</i> .....	37
5.1.2 <i>Trygghet</i> .....	39
5.1.3 <i>Tid til helhetlig ammeveiledning</i> .....	41
5.1.4 <i>Informasjon</i> .....	42
5.1.5 <i>Den vanskelige tiden</i> .....	44
5.2 Diskusjon av studiens kvalitet.....	47
6.0 KONKLUSJON .....	50
LITTERATURLISTE.....	51
Vedlegg 1 - Informasjonsskriv	
Vedlegg 2 - Intervjuguide	
Vedlegg 3 - Informert samtykke	
Vedlegg 4 - Godkjenning NSD	

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av studien**

Amming er viktig både i de små og store sammenhengene. For mor og barn medfører det blant annet mange helsegevinster, øker tilknytningen dem imellom og er en praktisk, næringsrik og gratis kilde til ernæring for barnet. For samfunnet gir amming gode helsefremmende og sykdomsforebyggende gevinster. Ammingen er derfor et viktig bidrag til folkehelsearbeidet, og den sparer også helsevesenet for økonomiske kostnader. På global basis kan ammingen utgjøre forskjellen mellom liv og død for spedbarnet (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016). En kvinne er født med evnen til å amme, og det nyfødte barnet er født med naturlige reflekser for å die. Mange tror at amming skal komme instinktivt, at det er en naturlig del av spedbarnstiden og at den sjelden byr på utfordringer. I løpet av praksis har vi erfart at dette ikke alltid er realiteten. For mødrene er selve ammingen en lært ferdighet som kan være vanskelig å mestre. Alle nybakte mødre, og kanskje spesielt de som aldri har ammet tidligere, har behov for oppmuntring, råd, veiledning og praktisk informasjon om amming i små, håndterbare mengder. For å oppnå høyest mulig andel ammende kvinner i Norge, er det av stor betydning at helsepersonell er kompetente til å gi ammeveiledning. I denne studien skal vi se nærmere på hvordan kvinner opplever den nåværende ammeveiledningen, og om vi gjennom kvinners beskrivelser av erfaringer kan oppdage forbedringspotensialer på veiledning som gis.

### **1.2 Formål med studien og problemstilling**

Formålet med denne studien er å få innsikt i og forståelse av hvordan norske kvinner opplever den ammeveiledningen de har fått av helsepersonell. Vi mener det er viktig å undersøke hvordan kvinner opplever veiledning og støtte fra helsepersonell i forbindelse med amming, og hvilken påvirkning kvinnene mener den har for mor og barn i forløpet. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å få bedre innsikt i problemstillinger rundt ammeveiledning, og gjennom dette øke kvaliteten på støtten som gis av helsepersonell.

For å avgrense og gi retning til det videre arbeidet har vi følgende problemstilling:

*Hvordan beskriver kvinner sin erfaring av ammeveiledningen de fikk av helsepersonell*



### 1.3 Avgrensning av studien

Vi presenterer resultatene av kvinnenes beskrivelser av ammeveiledning i svangerskapsomsorgen, på barselavdelingen og i helsestasjon etter fødsel. Vi har valgt å ikke presentere eller diskutere det informantene beskrev om ammeveiledningen på fødeavdelingen. Selv om vi spurte spesifikt om dette fikk vi ingen konkrete svar. Flesteparten av informantene husket ikke ammeveiledningen de fikk de to første timene etter fødsel på fødeavdelingen og flere klarte ikke å beskrive noen erfaringer eller opplevelser av ammeveiledning.

### 1.4 Begrepsavklaringer

Norske helsemyndigheter følger World Health Organization (WHO) sine definisjoner for amming: *Fullamning* defineres som ingen annen mat eller drikke, heller ikke vann, kun morsmelk. Det er likevel tillatt at barnet får vitaminer/mineraler/tran. *Delvis amming* defineres som morsmelk med tillegg av alle slags drikker, morsmelkerstatning og fast føde (World Health Organization, 2002).

Da vi i denne studien skal fokusere på den veiledningen kvinner får fra helsepersonell, er det også hensiktsmessig å definere begrepet *helseveiledning*. Dette begrepet kan defineres som “en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i ulike livssituasjoner” (Christiansen, 2013, s. 14).

I denne oppgaven omfatter begrepet helsepersonell følgende yrker: Jordmødre, helsesøstre, sykepleiere og barnepleiere som arbeider i svangerskapsomsorgen, fødselsomsorgen, barselomsorgen og helsestasjon. Helsepersonell defineres i helsepersonelloven § 3 som:

1. personell med autorisasjon etter § 48 a som for eksempel; jordmor, sykepleier, helsefagarbeider eller hjelpepleier eller lisens etter § 49,
2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd (Helsepersonelloven, 1999)

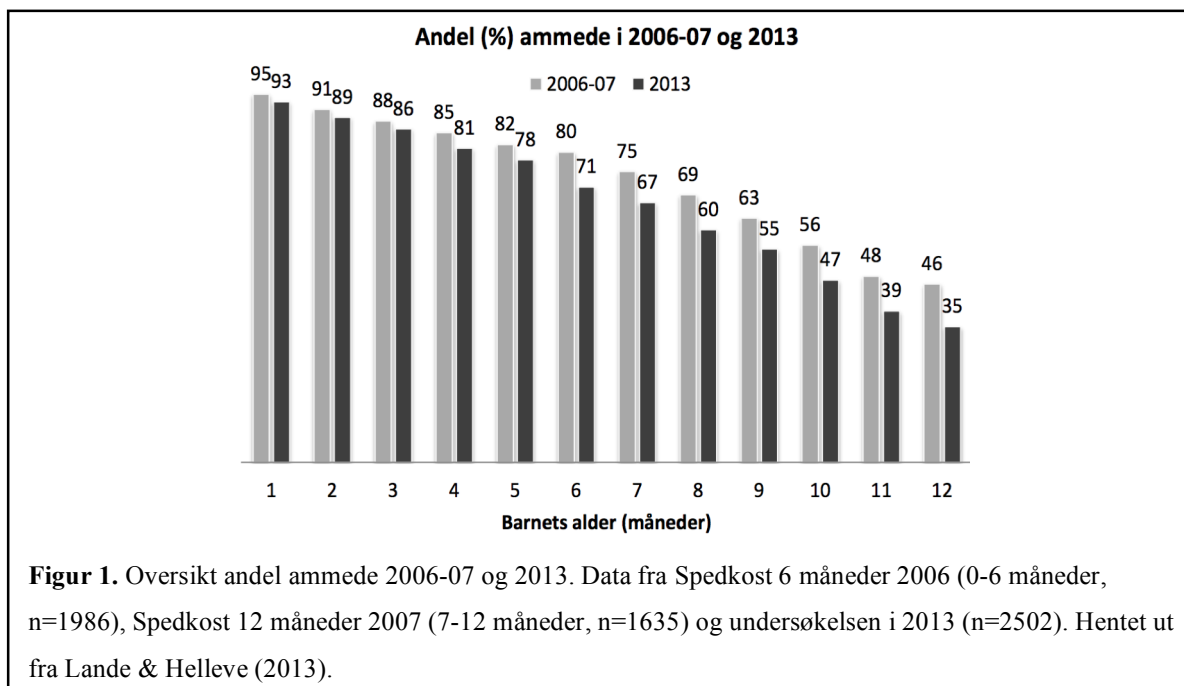
## **1.5 Oppbygging av oppgaven**

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. I kapittel 1 presenterer vi bakgrunnen for studien, problemstilling, avgrensninger og begrepsavklaringer. I kapittel 2 gjør vi rede for relevant bakgrunn og tidligere forskning relatert til vår studie. Kapittel 3 består av presentasjon av studiens metodologi og vi gjør rede for forsknings- og analyseprosessen. I kapittel 4 presenteres våre resultater. Kapittel 5 består av en diskusjon i lys av funn, teori og problemstilling, samt en vurdering av studiens kvalitet. I kapittel 6 presenteres studiens konklusjon og avsluttende refleksjoner.

## 2.0 BAKGRUNN

Brystmelk gir utmerket ernæring til spedbarnet og amming har mange helsegevinster både for mor og barn (Laanteraä, Pölkki & Pietilä, 2011; Victora et al., 2016). Når en ser på amming i et folkehelseperspektiv er det forbundet med redusert risiko for en rekke livsstilssykdommer for mor og barn. Ved amming minskes sannsynligheten for at spedbarnet utvikler enkelte former for barnekreft, enkelte allergiske sykdommer og infeksjoner i fordøyelseskanalen, lunger, luftveier eller ørene (McFadden et al., 2017; Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016). Amming forbindes også med en nedsatt risiko for at spedbarnet blir overvektig og utvikler diabetes senere i livet (McFadden et al., 2017; Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016; Victora et al., 2016). Videre har studier vist at amming kan forebygge plutselig spedbarnsdød (Victora et al., 2016). Morsmelken inneholder spesialiserte immunologiske komponenter som kan beskytte barnet mot infeksjoner. Morsmelken påvirker også utvikling og modning av barnets immunsystem. Amming har effekt på morens helse, både mens hun ammer og på lengre sikt (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016). Mødrene som ammer har mindre sannsynlighet for å utvikle diabetes, samt bryst- eller eggstokkreft (McFadden et al., 2017; Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016; Victora et al., 2016). WHO anbefaler at barn skal fullammes i de første seks levemåneder og videre anbefales amming som en viktig del av spedbarnets næringskilde til barnet har fylt to år (World Health Organization, 2017). Imidlertid ser det ut til at den nåværende ammingsraten i mange land ikke gjenspeiler denne anbefalingen (McFadden et al., 2017).

I Norge har vi en lang tradisjon for amming og en sterk ammekultur. Hele 97 prosent av norske kvinner starter å amme sitt barn. En undersøkelse gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag fra Helsedirektoratet, viste at kvinner har redusert varigheten av amming de siste årene (se Figur 1). Andel ammede barn ved 12 måneders alder gikk ned med 11 prosent fra 2007 (46 prosent) til 2013 (35 prosent) (Lande & Helleve, 2013).



Undersøkelsen viste også at andel spedbarn som begynte med morsmelkerstatning før én måneds alder økte med 4 prosent fra 2006 (10 prosent) til 2013 (14 prosent). Totalt ble det registrert en reduksjon i antall ammede barn og en økt forekomst av morsmelkerstatning i Norge i denne perioden (Lande & Helleve, 2013). I 2013 publiserte Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten en PasOpp-rapport som blant annet viste at norske kvinner opplever å få fragmentert og motstridende hjelp vedrørende amming av helsepersonell; både i svangerskapsomsorgen, på sykehuset og ved helsestasjonen (Sjetne, Kjøllesdal, Iversen & Holmboe, 2013).

I 1981 vedtok WHO en internasjonal forskrift som blant annet innebar et forbud mot enhver form for reklame for morsmelkerstatning overfor forbrukerne, både direkte og indirekte via helsepersonell (World Health Organization, 1981). I 1983 ble dette forbudet implementert i Norge gjennom en avtale mellom Helsedirektoratet og barnematindustrien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Forskriften påvirket imidlertid ikke den mangelfulle informasjonen, veiledningen og omsorgen som ble gitt fra helsepersonell til småbarnsfamiliene. Derfor var det nødvendig med en mer direkte innsats på de områdene som satte søkelyset på kunnskap og ferdigheter blant helsepersonell (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016).

På 1960-tallet var det en stor nedgang i ammeforekomst i en rekke land i verden, og Norge var ett av disse landene. Dette førte til at WHO og United Nations Children's Fund (UNICEF) i 1991 lanserte *The Baby Friendly Hospital Initiative* for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn i føde- og barselavdelinger. Som et ledd i dette arbeidet utviklet de *Ti trinn for vellykket amming* (Tabell 1). Dette er enkle, grunnleggende prinsipper for å sikre god ammekunnskap hos personalet og legge til rette for ensartet ammeveiledning (World Health Organization & UNICEF, 2009). Trinnene skal øke forståelsen for hvilken rolle helsepersonell kan ha i å promotere amming. Mødre kan med støtte i disse få hjelp til en god, positiv start og etablering av ammingen (World Health Organization & UNICEF, 1989).

**Tabell 1:** Ti trinn til ammeveiledning, basert på WHO's *10 steps to successful breastfeeding*

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

Hentet fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming (1993).

Den norske oppfølgeren som startet opp i 1992 fikk navnet *Mor-barn-vennlig initiativ*. I 2016 fødtes 90 prosent av barn i Norge på Mor-barn-vennlig godkjente sykehus. Hvert andre år må sykehusene gjennom en reevaluering for å kunne beholde betegnelsen *Mor-barn-vennlig*

*sykehus* (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2017). I evalueringen fra 2016 var det kun tre føde- og barselavdelinger som ikke fikk anmerkninger. De resterende 38 enhetene må gå gjennom ammeprosedyren og gjøre de nødvendige endringene for å få beholde statusen som Mor-barn-vennlig (Hansen & Huitfeldt, 2016).

I forbindelse med prosjektet Mor-barn-vennlig initiativ (1993-1996) ble det avdekket et stort behov for et nasjonalt, koordinerende ressurscenter for amming. Dette la grunnlaget for Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet, som ble åpnet i 1999. I dag er navnet på senteret Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA) (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2015). NKA skal blant annet være en koordinerende nasjonal instans for amming. Den nasjonale instansen skal arbeide for at alle føde- og barselavdelinger drives i samsvar med kriterier for et mor-barn-vennlig sykehus (Helsedepartementet, 2003). Kompetansetjenestens oppgave er å styrke kompetansen om amming og morsmelk, og å gi råd til helsetjenesten. De står for forskningsbaserte oppdateringer til et stort antall helsepersonell som arbeider med amming hver dag. Videre er kompetansetjenesten et rådgivende organ for Helsedirektoratet og flere andre aktører. De skal styrke forhold som virker positivt på amming, samt drive internasjonalt samarbeid for å fremme amming (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 2015).

I 2005 ble arbeidet med å tilpasse Mor-barn-vennlig initiativ utvidet til helsestasjonstjenesten. Helsestasjonene skal utarbeide og følge en godkjent ammeprosedyre for å bli sertifisert som en ammekyndig helsestasjon (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016). I mars 2017 var helsestasjoner i 113 av 428 kommuner godkjente som ammekyndige (Nasjonal kompetansetjeneste for amming & Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2017). NKA har i samråd med Landsgruppen av helsesøstre NSF utviklet en seks punkts kvalitetsstandard basert på de ti trinnene for vellykket amming:

**Tabell 2:** Seks punkts kvalitetsstandard for ammekyndig helsestasjon basert på ti trinn for vellykket amming.

1	Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved helsestasjonen.
2	Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.
3	Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brystnæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4	Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barsel/neonatalavdelinger og helsestasjonen. Helsestasjonen bør informere om Ammehjelpen.
5	Veilede mødrene i hvordan de kan amme, og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen.
6	Bidra til at mødre får den hjelpen de trenger slik at barnet kan fullammes i seks måneder. Etter introduksjon av fast føde bør ammingen fortsette ut det første leveåret eller så lenge mor og barn ønsker det.

Hentet fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming (2017).

Ammekyndige helsestasjoner jobber for ensartet og god kvalitet på ammeveiledningen og kartlegging av ammeforekomst (Halvorsen et al., 2015). Mens Mor-barn-vennlig initiativ i sykehus har vist seg å gi økt amming i Norge, er det usikkert om den samme intervensjonen har betydning for kommunehelsetjenesten. En studie av Bærug et al. (2016) viser at ammekyndige helsestasjoner har en effekt på mødres fullamming, og denne lite ressurskrevende intervensjonen kan ha betydning for folkehelsearbeidet.

Retningslinjene fra Helsedirektoratet for svangerskapsomsorgen, fødselsomsorgen, barselomsorgen og helsestasjonene er basert på WHO's anbefalinger, forskningsbasert kunnskap, brukererfaringer, klinisk praksis og erfaringer. Det er helsepersonell sin oppgave og tilpasse rådene, basert på Helsedirektoratets generelle anbefalinger, til hver enkelt familie. Når det gjelder amming anbefales det at ti trinn for vellykket amming er minstestandard for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I henhold til disse kravene anbefales det at relevant helsepersonell utdannes og etterutdannes i amming for å sikre kvinner og nyfødte tilgang til ammekyndig helsepersonell (Helsedirektoratet, 2014).

I følge Sosial- og helsedirektoratet skal svangerskapsomsorgen bidra til å informere kvinnen om fordelene med brystnæring, betydning av ro og hudkontakt med barnet etter fødselen og at barnet tidlig får komme til brystet. Videre bør informasjonen omhandle selvregulering, godt sugetak, samt fordelene med å ha barnet hos seg hele døgnet. Informasjonen må gis med

utgangspunkt i den gravides kunnskaper og eventuelt tidligere ammeerfaring. Helsepersonell kan informere gravide i grupper eller som enkeltindivider (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Nasjonal kompetansetjeneste for amming mener at den grunnleggende motivasjonen er viktig, men enda viktigere er det å praktisk forberede og informere kvinnene om amming, da kunnskap om amming også påvirker viljen til å amme (Nasjonal kompetansetjeneste for amming & Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2017).

I retningslinjene for fødselsomsorgen er det utarbeidet noen forslag på kvalitetsindikatorer for å sikre god fødselshjelp. En av indikatorene er av vesentlig betydning for ammingen: Hudkontakt mellom mor og barn rett etter fødselen. Ifølge retningslinjene skal kvinnen ha barnet uforstyrret hos seg minst en time, eller helst til den første ammingen har funnet sted (Helsedirektoratet, 2010). At barnet legges nakent inntil mors bryst fremmer fysiologiske og psykologiske prosesser, og er av stor betydning for å etablere ammingen. Flere studier viser at uforstyrret hudkontakt mellom mor og barn trolig fører til at flere lykkes med ammingen og får en bedre start på tilknytningen mellom mor og barn (Helsedirektoratet, 2014).

I Helsedirektoratets faglige retningslinje for barselomsorgen “Nytt liv og trygg barseltid for familien,” anbefales individuell støtte med ammeveiledning til alle kvinner som har født barn. Det påpekes at amming er svært viktig den første tiden etter fødselen, men også i den videre i ammeperioden (Helsedirektoratet, 2014). Klinisk erfaring og forskning viser at det er avgjørende for fremtidig amming at mødrene får tett oppfølging av helsepersonell til ammingen er etablert. Det tar normalt tre til fem dager for å etablere ammingen hos førstegangsfødende, og et kort opphold på barselavdelingen kan påvirke ammeforekomsten i negativ retning. Det kan derfor være nødvendig at mor og barn får bli i barselavdelingen til ammingen er etablert, alternativt til man har sikret seg informasjon om at kvinnen vil få tilstrekkelig hjelp ved hjemmebesøk og konsultasjon på helsestasjonen. Det er derfor avgjørende å opparbeide en tilstrekkelig fagkompetanse om amming og morsmelkernæring også i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det anbefales hjemmebesøk av jordmor den første uken etter fødsel, og deretter tar helsesøster over den videre oppfølgingen av barnet (Helsedirektoratet, 2014).

I Nasjonal faglig retningslinje for helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, står det at helsestasjonen skal gi individuelt



tilpassede råd til mødre når det gjelder amming (Helsedirektoratet, 2017). Rådene skal være basert på Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring. Morsmelk er den eneste maten spedbarnet trenger opp til seks måneders alder, og det fortsetter å være den viktigste energikilden frem til barnet er ett år. Hvis kvinnen etter god informasjon om amming likevel velger å ikke amme, skal dette respekteres og støttes, og delvis amming skal oppmuntres hvis mulig (Helsedirektoratet, 2017).

Mellom 1997 og 1999 ble det gjennomført en landsomfattende studie i forbindelse med re-evaluering av Mor-barn-vennlig initiativ. Studien viste blant annet at 88 prosent av kvinnene hadde opplevd ammeproblemer, som for eksempel brystbetennelse, såre brystknopper og melkespreng. Mange problemer oppstod allerede på barselavdelingen eller de første ukene hjemme (Tuft, 2005). En annen studie fra USA, utført mellom 2006 og 2007, viste at 92 prosent av kvinner opplevde bekymringer og problemer tredje dag etter fødsel. De kvinnene som opplevde problemer mellom dag tre og syv hadde høyest risiko for å gi opp ammingen tidligere enn planlagt (Nommsen-Rivers, Dewey, Chantry & Wagner, 2013). Mødre som har ammeproblemer har krav på kunnskapsbasert veiledning og oppfølging fra helsepersonell (Helsedirektoratet, 2014).

Flere studier viser at støtte og veiledning fra helsepersonell er av betydning for kvinners ønske og motivasjon til å amme. Veiledningen gir mødrene større evne til å håndtere ulike problemer de kan erfare under ammeperioden, som igjen leder til at de kan fortsette å amme så lenge de ønsker (Henderson & Redshaw, 2011; McFadden et al., 2017). Manglende kunnskap, lite rådgivningsferdigheter, motstridende råd og negative holdninger fra helsepersonell er de viktigste barrierene med hensyn til amming (Laanterä et al., 2011).

Helsepersonell bruker daglig veiledning i sitt arbeid og det er derfor viktig at de er kjent med noen hovedtrekk i kunsten å veilede (Bjørndal, 2011). Gjennom å stille åpne spørsmål og ha et kroppsspråk som er imøtekommende, viser de interesse for kvinnen, som igjen hjelper henne å åpne opp for samtale. Helsepersonell skal vise empati og ha en ikke-dømmende holdning i samtalen med kvinnen for å best mulig kunne veilede henne (World Health Organization & UNICEF, 1993). Når helsepersonell reflekter over og gir respons på det kvinnen sier, føler hun seg sett og forstått. Gjennom å observere en ammesituasjon kan en se hva kvinnen trenger hjelp til. Som veiledere skal helsepersonell se etter og rose det mor og

barn gjør rett for å bygge opp selvtilliten til kvinnen. Selvtillit kan hjelpe en kvinne å lykkes med ammingen. Videre støtter helsepersonell kvinnen i ammesituasjonen og gir praktisk hjelp der det trengs. Den veiledningen helsepersonell gir kvinnene skal hjelpe dem til å starte, etablere og opprettholde ammingen (World Health Organization & UNICEF, 1993). Støtten har størst effekt hvis den er skreddersydd etter behov og omgivelse. Det at kvinnene på forhånd vet når støtten er tilgjengelig er også av betydning (McFadden et al., 2017).

I en studie av Aasen (2015) kom det frem at det er en sammenheng mellom jordmødrenes kunnskap om amming og morsmelkproduksjon og deres evne til å gi ammeveiledning til nybakte mødre. Helsepersonell som ser behovene til hver enkelt kvinne lykkes bedre med veiledningens hensikt, som er økt ammekompetanse til mor (Aasen, 2015). Kvinnene får økt motivasjon til å amme hvis de får individuell informasjon, oppfølging og veiledning fra helsepersonell som har god kompetanse på emnet. Rutiner og praksis skal støtte opp og legge til rette for amming for å sikre best mulig utgangspunkt for ammestart for kvinnene (Hansen, 2017).

Det er to ulike typer av ammeveiledning som diskuteres i teorien: *Hands-off technique*, også kalt passiv hjelp og *hands-on technique*, også kalt aktiv hjelp (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016). Aktiv hjelp skal kun gis til kvinnen hvis det ikke finnes andre alternativer. Hvis dette er tilfellet skal helsepersonell først spørre om kvinnen er åpen for aktiv hjelp. Om hun er det skal helsepersonell tilstrebe å overta ammesituasjonen så lite som mulig. Det er ønskelig at helsepersonell underveis i situasjonen forklarer hvordan de tenker, for å best mulig forberede kvinnene til å mestre ammingen på egen hånd. Hvis det finnes en partner eller annen nær person tilstede, er det bra å trekke dem inn i situasjonen slik at de kan hjelpe kvinnen etter hjemreise fra barselavdelingen (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016).

I en studie av aktiv hjelp i ammeveiledning, utført av Weimers, Svensson, Dumas, Naver og Wahlberg (2006) uttrykker kvinner at de opplever det som ubehagelig at personalet tar på brystene deres. Spesielt ubehagelig synes informantene det var når dette skjedde uventet, fordi helsepersonell ikke hadde spurt om å røre ved brystet. Kvinnene i studien uttrykker også at de ønsker at helsepersonell hadde forklart hva de gjorde og hvorfor (Weimers et al., 2006).

Passiv hjelp gjør mødrene bedre rustet for å klare ammingen på egenhånd senere, fordi helsepersonell forklarer og begrunner mer enn hvis de gir aktiv hjelp. At moren alene mestrer ammingen gir henne økt selvtillit og tro på at hun er kapabel til å amme sitt eget barn (Weimers et al., 2006). Flere studier viser at hvis moren primært veiledes muntlig, gir dette færre problemer og økt ammekompetanse etter hjemreisen fra barselavdelingen (Ingram, Johnson & Greenwood, 2002; Weimers et al., 2006). For å støtte opp visuelt og gjøre det enklere for moren å forstå hva helsepersonell mener, kan den muntlige veiledningen kompletteres med dukke og hjelpebryst. Andre hjelpetiltak kan være videoer om amming og gruppeveiledning (Weimers et al., 2006). Det er avgjørende at helsepersonell bruker muntlig veiledning første gangen moren skal amme fordi hun skal mestre det selv og ikke føle seg avhengig av hjelp for å amme (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016; Weimers et al., 2006). Det er essensielt med en velfungerende ammesituasjon, da det representerer både inntak av mat og en viktig samspillsituasjon (Hvatum, Hjälmhult & Glavin, 2014). Kun halvparten av de kvinnene som erfarte veiledning i føde- og barselavdelinger opplevde den som tilfredsstillende (Alquist, 2006).

Mange flergangsfødende trenger like mye hjelp med ammingen som førstegangsfødende. Mødre med flere barn kan ha en opplevelse av tidligere mislykket amming eller at amming gikk bra sist gang grunnet "flaks," fordi kvinnen ikke hadde nok kunnskap om amming. Den nye babyen kan også oppføre seg annerledes, eller ha andre behov enn tidligere barn. Andre årsaker kan være at tidligere barn ble født på et tidspunkt da nåværende informasjon om amming ikke var tilgjengelig, eller at moren har glemt hvor mye hjelp en baby trenger for å amme (Inch, 2014).

Det er av stor betydning at helsepersonell har tro på kvinnens evne til å amme og at de har kunnskapen og ferdighetene som gjør at de kan støtte foreldrepåret der det er behov (Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, 2016). I en studie av Backström, Wahn, & Ekström (2010) viser funnene at om helsepersonell hadde mulighet til å være tilstede sammen med kvinnen under ammingen og se eventuelle problemområder, ville det være lettere å kunne gi den amnestøtten kvinnen ba om. I sine nye roller som ammende kvinner ønsket de å bli lyttet til og få mer forståelse, tid og oppfølging av helsepersonell for å føle seg trygge (Backström et al., 2010).

Eksisterende holdninger og erfaringer blant helsepersonell kan også ha innvirkning på deres evne til å gi god ammeveiledning. I sin doktoravhandling, der hun blant annet ser på kvalifikasjonene til helsepersonell, konkluderer Hanne Kronborg (2006) med at helsepersonell ofte har mangelfull kunnskap om amming, og at holdningene deres kan være formet etter deres egne ammeerfaringer. Hvis helsepersonell har gode erfaringer kan det være vanskelig å relatere seg til andres ammeutfordringer, og har helsepersonell selv dårlige erfaringer kan være vanskelig å tro på at andre kan klare det. En mulig konsekvens av dette kan være at informasjonen foreldrene får verken er ensartet eller oppdatert (Kronborg, 2006).

Norge ligger høyt opp på listen sammenlignet med andre vestlige land når man ser på andelen kvinner som ammer (Haga, 2011). Amming kan forstås som en viktig oppgave som kvinnene ønsker å mestre, og for mødre kan disse forventningene om å mestre ammingen gi en form for ammepress fordi mestringen kan oppleves å være nært knyttet til følelsen av å være en vellykket god mor (Alquist, 2006; Haga, 2011). For at kvinner ikke skal oppleve så stort ammepress kan det være gunstig at helsepersonell informerer om og belyser vanskeligheter knyttet til amming (Haga, 2011).

### **3.0 METODE**

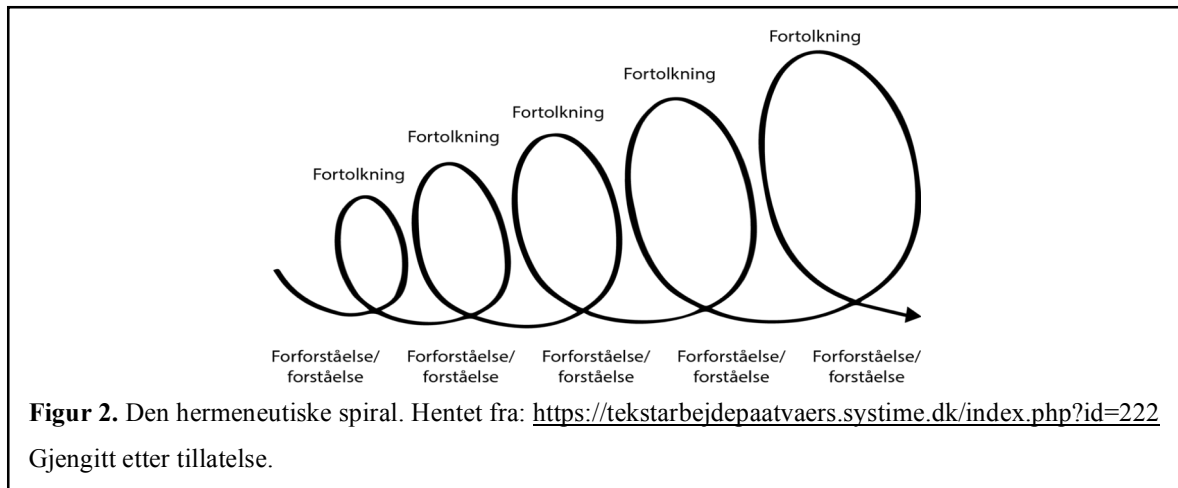
I dette kapittelet redegjør vi for studiets metodologi. Først beskriver vi kvalitativ metode og hermeneutikken. Deretter vil vi gjøre rede for rekruttering og utvalg, samt gjennomføring av intervjuene. Videre vil vi gi en kort presentasjon av transkripsjonsprosessen før vi beskriver analysen av datamaterialet. Avslutningsvis gjør vi rede for for forståelse og etiske betraktninger. Diskusjon av studiens kvalitet vil bli beskrevet under kapittel 5.2.

#### **3.1 Kvalitativ forskningsmetode og hermeneutikk**

For å besvare problemstillingen har vi valgt å benytte oss av kvalitativ design med fokusgruppeintervju som metode for å samle inn data. Kvalitativ metode er en forskningsstrategi som kan benyttes for å beskrive, analysere og fortolke menneskelige erfaringer og opplevelser om det man skal studere. Materialet består av tekst som kan stamme fra samtaler i intervjusituasjoner eller observasjoner. Ved at informantene deler sine erfaringer, opplevelser, tanker og forventninger kan vi ved hjelp av den kvalitative metoden, presentere mangfold og nyanser i det temaet vi har valgt å studere (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015; Malterud, 2017). Kvalitativ forskningsdesign har sitt utspring både i hermeneutikken og fenomenologien. Vi har valgt å analysere våre data ved hjelp av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (presenteres nærmere i 3.5). Ettersom Graneheim, Lindgren og Lundman (2017) mener at den kvalitative innholdsanalysen de har utviklet tilhører et hermeneutisk paradigme, velger vi å kun presentere hermeneutikken.

Hermeneutikk er læren om tekstfortolkning og av hva forståelse er, hvordan vi skal gå frem for å oppnå forståelse av et meningsfullt materiale, hvordan vi skal fortolke det og til slutt nå frem til en tolkning av materialet. Teksten er et middel til å overføre erfaringer og opplevelser fra en kontekst til en annen (Christensen, 1994; Thagaard, 2013). En hermeneutisk tilnærming legger vekt på fortolkningen, altså at teksten kan leses på flere måter og at det ikke finnes én sannhet. Forskeren fortolker den allerede fortolket virkeligheten som informanten beskriver. Målet er å oppnå en gyldig beskrivelse av teksten (Thagaard, 2013). I tolkingen av en tekst

vektlegger man spesielt forholdene mellom deler og helhet, forforståelsen vår og betydningen av konteksten vi befinner oss i. Det kalles den hermeneutiske spiral (Malterud, 2017).



En enkeltdel kan kun forstås ut fra helheten den kommer fra, for eksempel en tekst, og helheten kan kun forstås hvis alle enkeltdelene er forstått. Forståelsen av deler og helhet skal med andre ord være gjensidig og forent (Christensen, 1994).

### 3.2 Rekruttering og utvalg

Vi ønsket å rekruttere kvinner med felles erfaring av ammeveiledning fra helsepersonell og at de hadde ammet eller fremdeles gjorde det. For å få tak i informanter valgte vi å gjøre et strategisk utvalg. Med et strategisk utvalg menes at deltakerne har kvalifikasjoner som oppfyller kriterier for å belyse problemstillingen (Thagaard, 2013). I tillegg til et strategisk utvalg brukte vi snøballmetoden. Snøballmetoden innebærer at man har et tilgjengelighetsutvalg hvor man inkluderer informanter det er mulig å få tak i, for siden å bruke nettverket til de som allerede har sagt ja for å få tak i flere informanter (Malterud, 2017). Hvor mange informanter som anbefales er avhengig av hvor rik informasjon utvalget kan gi oss, noe som påvirkes av utvalgets spesifisitet, hvor godt teoretisk forankret studien er, kvaliteten på interaksjonen i gruppen og valg av analysemetode. Ofte baseres kvalitative studier på 10-25 informanter (Malterud, Siersma & Guassora, 2016).

Hvis man har et svært homogent utvalg, altså at informantene er svært like, kan det være vanskelig å få frem ny kunnskap. Samtidig kan det å være like bety at informantene har et felles erfaringsgrunnlag. Dersom man legger vekt på mangfold og går for et mer heterogent

utvalg, kan man få rikere beskrivelse av det vi studerer. Variasjonsbredde i et strategisk utvalg gir mulighet for flere nyanser i erfaringene kvinnene beskriver, hvilket styrker validiteten (Malterud, 2017).

Vi ønsket først og fremst å rekruttere informanter via barselgrupper, fordi disse kan ses på som sammensatte grupper av kvinner som har kjennskap til hverandre. Barselgrupper er et nettverksskapende tilbud til nybakte foreldre, og i barselgrupper kan man bruke hverandre som støtte og for å dele erfaringer. Det var ønskelig for oss å finne barselgrupper der deltakerne var trygge på hverandre, og derfor kunne være fortrolige i samtale.

Barselgrupper er tilfeldig sammensatt av flere ulike typer mennesker med ulik ammeerfaring, og vi mener dette gir utvalget en variasjonsbredde. Inklusjonskriterier for studien var at informantene bodde i Sørøst-Norge, var over 18 år og hadde ett eller flere barn født mellom juli 2016 og mars 2017 (fra 3-12 måneders alder). Det var ikke avgjørende for oss om kvinnene fortsatt ammet ved rekrutteringstidspunktet.

Den 10. mai 2017 sendte vi e-post til 50 helsestasjoner i Sørøst-Norge med informasjon om studien. Vi ønsket at helsestasjonen skulle dele ut skrivet til de kvinnene som kom på kontroll hos helsesøster, og som var innenfor våre inklusjonskriterier. Til tross for påminnelse til helsestasjonene den 23. mai 2017, fikk vi kun svar fra sju helsestasjoner. Fire av disse stilte seg positive til å videreformidle skriv til kvinner i referansegruppen, mens tre helsestasjoner anga sykdom eller underbemanning som årsak for å ikke kunne delta.

Ettersom vi ikke hadde fått rekruttert noen informanter til studien på dette tidspunktet, utvidet vi den 23. mai 2017 vår strategi til å rekruttere informanter via Ammehjelpsgruppen sin Facebookside. Denne siden hadde på dette tidspunktet 13867 medlemmer, og driftes av Ammehjelpen. Gruppen er ment som et lavterskeltilbud for gravide og de som ammer eller pumper seg og som ønsker råd og veiledning. Vi henvendte oss til en administrator i gruppen som godkjente innlegget før det ble delt. Innlegget bestod av et informasjonsskriv (se *Vedlegg 1 - Informasjonsskriv*) der formålet med studien og inklusjonskriteriene ble presentert. Skrivet var formulert kun på norsk og derfor regnet vi med at informantene som tok kontakt kunne forstå og snakke nok norsk for å delta. Videre delte vi den 31. mai 2017 innlegget på våre to private Facebook profiler, og disse innleggene ble igjen delt videre av venner og venners-venner 54 ganger. Med andre ord bidro utvidelsen av rekrutteringsstrategien, til å også

omfatte sosiale medier, til at informanter ble rekruttert via snøballeffekten. Ved å bruke denne metoden fikk vi kontakt med 40 interesserte informanter, hvorav de 19 første kvinnene som tok kontakt ble inkludert. Alle som tok kontakt oppfylte kriteriene for studien. De resterende 21 kvinnene fikk beskjed om at vi tok kontakt om vi trengte ytterligere intervjuer.

Informantene våre må kunne sies å være homogene i den forstand at alle hadde ulik erfaring med amming og hadde fått veiledning av helsepersonell, hvilket var sentralt med tanke på studiens formål. Samtidig var informantene heterogene i forhold til de bakgrunnsvariablene vi samlet inn, noe som kan ha bidratt til å gi oss mer nyanserte og rikere beskrivelse av de erfaringene informantene delte (se Tabell 4).

### **3.3 Datainnsamling**

For å samle inn data til prosjektet valgte vi å benytte David L. Morgan (1997) sin litteratur om kvalitative fokusgrupper som inspirasjonskilde for å vite hvordan vi skulle bygge opp vår fokusgruppe. Med fokusgruppeintervju er formålet å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan deltakerne i gruppen beskriver sin erfaring, høre deres synspunkter og perspektiver på de temaene som tas opp i intervjusituasjonen (Morgan, 1998a). Fokusgruppeintervju er i utgangspunktet det samme som gruppeintervju, men istedenfor at intervjuer styrer samtalen med spørsmål som skal besvares av informantene, presenterer intervjuer temaer som fokus for samtalen (Morgan, 1997). For å kunne samle mye data på kort tid er det avgjørende å presentere et tema som de utvalgte informantene lett kan diskutere. Diskusjonene som oppstår brukes for å gå nærmere inn på de utvalgte temaene (Morgan, 1997). Typisk antall fokusgrupper er tre til fem, og hver gruppe består vanligvis av seks til ti deltakere, men Morgan (1998) hevder at ved å ha seks eller færre i hver gruppe, gir man hver enkelt mer tid til å fortelle private historier. Mindre grupper kan derfor benyttes når hver deltaker har mye å si rundt temaet, og når formålet med studien er å få en inngående forståelse av hva deltakerne har å si (Morgan, 1998b). Under intervjuet skal man prøve å passe på at alle deltar i samtalen, og at informantene snakker en av gangen (Morgan, 1998a). Morgan mener valg av lokale er vesentlig. For å møte forskernes og informantenes behov, bør lokalet der fokusgruppen møtes være komfortabelt og inneha en behagelig atmosfære (Morgan, 1998b).

De 19 informantene i vår studie inkluderte tre barselgrupper med tre kvinner i hver fokusgruppe og 10 enkeltpersoner som ble tilfeldig fordelt inn i to like fokusgrupper. Totalt



intervjuet vi 17 informanter, fordi to av informantene i de sammensatte gruppene trakk seg fra studien før intervjuet fant sted. Når informantene var fordelt på fokusgrupper endte vi opp med følgende oppsett (Tabell 3):

**Tabell 3.** Oversikt antall intervjuer, type av intervju, antall deltakere per gruppe og antall moderator/observatør

Antall intervju	Type intervju	Antall deltagere pr gruppe	Antall moderator/observatør
Intervju 1 (gjennomført 12.06.17)	Fokusgruppe (barselgruppe)	3 kvinner	2
Intervju 2 (gjennomført 12.06.17)	Fokusgruppe (barselgruppe)	3 kvinner	2
Intervju 3 (gjennomført 13.06.17)	Fokusgruppe (barselgruppe)	3 kvinner	2
Intervju 4 (gjennomført 14.06.17)	Fokusgruppe (tilfeldig sammensatt)	4 kvinner	2
Intervju 5 (gjennomført 15.06.17)	Fokusgruppe (tilfeldig sammensatt)	4 kvinner	2

I utformingen av intervjuguiden lot vi oss inspirere av Kvale et al. (2015) sin litteratur om emnet. Han beskriver intervjuguiden som et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre fastsatt. I semistrukturerte intervjuer inneholder guiden de temaer som man vil belyse og noen forslag til spørsmål. Det vil variere fra studie til studie om intervjueren strikt skal følge de oppsatte spørsmålene, eller om intervjuerens taktfullhet og skjønn avgjør hvor nær han vil holde seg guiden. I følge Kvale et al. (2015) vil det å bruke lydopptaker under intervjuene bevare alt det som sies, på denne måten kan forskeren konsentrere seg om informantene og deres fortellinger. Lydopptakeren vil registrere ordbruk, tonefall, pauser og lignende, slik at man kan gå tilbake å lytte (Kvale et al., 2015).

Vi utformet en semistrukturert intervjuguide (se *Vedlegg 2 - Intervjuguide*), som kunne hjelpe oss å holde fokus på tema, men samtidig gi rom for fri dialog innenfor temaets rammer. På denne måten var det også lettere å styre samtalen unna våre forutinntatte meninger. Vi delte inn intervjuguiden i fire temaer: *Forberedelse til amming, hvor fikk du ammeveiledning i forløpet, opplevelse av ammeveiledning og hvordan har ammeveiledningen påvirket din*

*amming*. Videre satte vi opp forslag til spørsmål under hvert tema. Vårt åpningsspørsmål; “Hva tenkte du om amming mens du gikk gravid?” ble utviklet med hensikt å få kvinnene til å begynne å reflektere over at tanker rundt amming kan starte allerede før fødselen. Vi satte opp flere oppfølgingsspørsmål i intervjuguiden som vi kunne benytte oss av under intervjuene, for å få vite mer om spesielle situasjoner, noe vi benyttet oss av flere ganger i samtlige intervjuer. Eksempel på oppfølgingsspørsmål vi stilte var: “Kan du beskrive hvordan du opplevde det?” og “kan du gi et eksempel?” Informantene fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd, slik at de fikk muligheten til å danne seg et bilde av hva vi skulle diskutere. Vi valgte å utføre vårt prøveintervju i den første barselgruppen for å se hvordan vi fungerte i situasjonen, samt for å teste ut våre spørsmål. Det ble ikke gjort noen endringer i intervjuguiden da vi syntes spørsmålene fungerte godt og vi fikk gode svar. Prøveintervjuet ble inkludert i studien.

Kvinnene i barselgruppene fikk selv velge tid og sted for intervju, og alle de tre gruppene valgte å ha det hjemme hos en i gruppa. Til de to tilfeldige gruppene booket vi rom på Høgskolen i Oslo og Akershus. Ved samtlige intervjuer etterstrebet vi å skape en trygg og hyggelig ramme med en god atmosfære. Dette gjorde vi blant annet ved å ta med kake, frukt, kaffe og te til alle intervjuene. Vi var også bevisste på vår plassering i rommet i forhold til informantene. Vi ønsket ikke å fremstå som for autoritære, og satt derfor rundt et felles bord med informantene, slik at alle kunne se alle.

Før intervjuet presenterte vi oss for hverandre og hadde en uformell prat. Vi synes dette var spesielt viktig i de gruppene der ingen kjente hverandre, for å etablere kontakt mellom deltakerne og oppnå en mer avslappet og fortrolig stemning. Vi håpet dette kunne bidra til å gjøre det lettere for kvinnene å være åpne og fortelle om erfaringene fra ammeveiledningen de hadde mottatt. Informantene fylte ut et skjema om bakgrunnsvariabler samt skrev under informert samtykke før intervjuet begynte (se *Vedlegg 3 - Informert samtykke*).

**Tabell 4.** Oversikt bakgrunnsvariabler for informantene: antall barn, alder mor, utdanning, sivilstand og alder siste barn når utskrevet barselavdeling

<b>Informant</b>	<b>Antall barn</b>	<b>Alder mor</b>	<b>Utdanning</b>	<b>Sivilstand</b>	<b>Alder siste barn når utskrevet barselavdeling</b>
1	3	42	Høyere	Samboer	7 dager
2	3	40	Høyere	Gift	0
3	1	38	Høyere	Samboer	2 dager
4	2	37	Høyere	Gift	7 dager *
5	1	35	Høyere	Samboer	2 dager
6	1	28	Høyere	Samboer	2 dager
7	2	34	Høyere	Gift	3 dager
8	2	34	Høyere	Gift	2,5 dager
9	3	33	Høyere	Gift	3 dager
10	1	33	Høyere	Samboer	7 dager *
11	1	31	Høyere	Samboer	4 dager
12	2	31	Høyere	Samboer	3 dager
13	2	30	Yrkesfag	Gift	3,5 dager
14	2	27	Høyere	Samboer	5 dager
15	2	26	Høyere	Gift	2 dager
16	2	26	Høyere	Samboer	2 dager
17	1	25	Høyere	Samboer	2 dager

0 = Hjemmefødsel (var ikke på barsel)

\* = Nyfødttintensiv

Vi startet intervjuet med å presentere studiens formål og avklare hvilke profesjoner vi har valgt å inkludere under begrepet helsepersonell. Videre tok vi opp etiske aspekter ved studien. Vi vekslet på å være intervjuer og observatør ved hvert intervju. Vi valgte å ikke ta notater underveis, da vi ønsket at samtalen skulle få en så naturlig flyt som mulig. Under intervjuet var vi oppmerksomme på å inkludere alle i samtalen. Vi opplevde at valget om å ha færre enn fem kvinner i hver fokusgruppe bidro til at alle fikk ta like stor del i diskusjonen. Det bør også nevnes at det var babyer tilstede under alle intervjuene, noe som kan ha påvirket intervjukonteksten. Vi brukte to lydopptakere samt våre to mobiltelefoner for lydopptak under intervjuprosessen. Denne kombinasjonen ble valgt for å sikre oss i tilfelle et apparat sviktet og fordi vi ikke ville miste verdifullt materiale på grunn av barnestøy. Vi avsluttet hvert intervju med å spørre om det er noen som har noe å tilføye. Når intervjuene var avsluttet informerte vi

om at vi ville sende resultatene til enkelte av kvinnene for å kontrollere om at de kjente seg igjen i resultatet.

Intervjuene foregikk i perioden mandag 12. juni 2017 til og med torsdag 15. juni 2017. Lengden på intervjuene variert fra 51 til 80 minutter, i gjennomsnitt 66 minutter, eksklusive pauser. Etter fjerde fokusgruppeintervju opplevde vi at kvinnene kom med lignende beskrivelser av erfaringene fra ammeveiledningen. Vi utførte allikevel det femte intervjuet for å bekrefte at det ikke tilførte noen ny informasjon. Vi syntes vi hadde fått et rikt, variert materiale og hadde derfor ikke behov for ytterligere intervjuer. De resterende 21 kvinnene fikk tilbud om å delta i en lignende studie utført av en medstudent.

### **3.4 Transkribering**

Ved å transkribere egne intervju lærer en mye om egen intervjustil. At forskerne selv utfører transkripsjonen gir større muligheter for å oppdage svakheter i materialet (Malterud, 2017). En annen fordel er at man allerede under transkripsjonen kan man påbegynne en meningsanalyse av det som har blitt sagt (Kvale et al., 2015). Informantenes stemmer beskrives uten at forforståelse eller teoretiske referanseramme skal farge dem. Utsagn og data aksepteres som kunnskap uten å stille noen spørsmål (Malterud, 2011).

Vi transkriberte direkte etter hvert intervju, fordi vi da hadde situasjonen klarere i minnet, og det var lettere å huske nyanser i samtalen. Visse avsnitt måtte vi lytte til flere ganger fordi det var vanskelig å oppfatte hva som ble sagt. For å gjøre arbeidet med transkriberingen lettere, valgte vi å bruke programmet HyperTranscribe. Transkripsjonsarbeidet fordelte vi likt mellom oss, og etterpå lyttet og leste vi i gjennom hverandres transkripsjon og kom med kommentarer. På denne måten mener vi at materialet blir styrket og validert. De transkriberte intervjuene ble satt sammen til et dokument, vår analyseenhet.

### **3.5 Analyse**

Vi valgte å benytte oss av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (2004) for å analysere tekstmaterialet. Denne analysemetoden er hensiktsmessig når formålet med studien er å forstå og beskrive informantenes ulike perspektiver. Analysen blir gjennomført gjennom seks trinn for å systematisere, kondensere og abstrahere tekstmaterialet. 1) meningsbærende enhet, 2) kondensert meningsbærende enhet, 3) kode, 4) underkategori, 5) kategori og 6) tema. I

analysen tolker man det åpenbare i teksten, det som er klart før øyet, referert til som manifestet, men også den underliggende meningen, det latente innholdet (Graneheim & Lundman, 2004).

### *3.5.1 Meningsbærende enhet*

En meningsbærende enhet er en konstellasjon av ord eller setninger som inneholder en viktig mening for det problemstillingen spør om (Graneheim & Lundman, 2004). Vi begynte analysen med å lese nøye igjennom hele materialet flere ganger for å få en helhetlig forståelse av innholdet. Hver for oss skrev vi ned foreløpige meningsbærende enheter, som vi siden gikk igjennom i fellesskap og diskuterte for å se om det var samsvar. Vi fant 283 meningsbærende enheter.

### *3.5.2 Kondensert meningsbærende enhet*

Å forkorte ned de meningsbærende enheter uten å miste sentral betydning kalles kondensering (Graneheim & Lundman, 2004). Da vi kondenserte våre meningsbærende enheter fikk vi en bedre oversikt over hva teksten fortalte oss. Vi utførte kondenseringen sammen for å kunne gi hverandre innspill og for å dobbeltkontrollere at vi ikke mistet kjerneinnhold i enhetene. Hver gang vi gikk igjennom materialet fikk vi bedre forståelse for hva kvinnene delte.

### *3.5.3 Kode*

Koder er merkelapper for de kondenserte meningsbærende enhetene. En kode tillater at man ser på dataene på en ny og annerledes måte (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom å abstrahere de kondenserte meningsbærende enheter skapte vi en kode til hver enhet. Også her måtte vi passe på at meningen i enheten ble bevart, hvilket var lettere når vi var to under hele prosessen. I tillegg fikk vi hjelp av veileder på dette trinnet. Under følger to eksempler av de første tre trinnene:

**Tabell 5:** Oversikt av meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter og koder.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Særlig med førstemann da, så kan det jo ta noen dager før melken kommer, ikke sant. At det er noe som det er greit å få litt informasjon om, før man står der og føler at... neimen... jeg har ikke noe melk.	Informasjon om at det kan ta dager før melken kommer, ikke tror man ikke har noe melk.	Ønsker informasjon om når melken kommer
Altså, jeg skulle personlig med... forrige barnet, ehm, kanskje ha... ha, ja.. vært, snakket mer om amming... ehh. Tror samtidig det at, den veiledningen jeg kanskje skulle hatt i forkant... tror jeg kanskje ikke er noe man bare....altså...Man vet ikke at man trenger det før etterpå, på en måte.	Skulle snakket mer om amming, men man vet ikke at man trenger veiledning før etterpå	Vanskelig å vite på forhånd

### 3.5.4 Underkategori og kategori

Å danne kategorier er kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. Kategorier kan betraktes som et uttrykk for tekstens åpenbare innhold, manifestet. Underkategorier kan sorteres og abstraheres til kategorier og kategorier kan deles inn i underkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Først skrev vi alle kodene opp på en whiteboard-tavle og fra disse definerte vi 8 underkategorier (se Tabell 6) som vi synes representerte innholdet i analyseenheten. Hver kode ble så sortert i en underkategori. I arbeidet med å definere underkategorier, oppdaget vi flere koder som passet under samme underkategori, selv om de ikke nødvendigvis omhandlet det samme. Underkategoriene ble i sin tur sortert til den kategorien som beskrev dem best. Utfallet av denne prosessen ble at vi dannet tre kategorier (se Tabell 6).

### 3.5.5 Tema

Siste steg i analysen er å danne tema. Et tema symboliseres av det underliggende budskapet sammen med den informasjon som ble trukket ut av den faktiske teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Temaet vi utformet var Ammeveiledning - nær og fjern (Tabell 6).

**Tabell 6.** Oversikt av tema, kategorier og underkategorier

Tema	Ammeveiledning – nær og fjern							
Kategori	Kvinnenes opplevelse av støtte			Kvinnens beskrivelse av ammeveiledning			Kvinnenes ressurser og nettverk	
Underkategori	Bli sett	Motstridende råd	Trygghet	Tid til helhetlig ammeveiledning	Informasjon	Den vanskelige tiden	Kvinnens eget initiativ	Velge det om passer

### **3.6 Forforståelse**

Som regel er forforståelsen en del av motivasjonen for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema. Den påvirker hele tiden hvordan vi samler og leser materialet (Malterud, 2017). Man vil alltid ha en forforståelse før man begynner med et forskningsprosjekt, men forforståelsen vil gradvis modifieres/endre seg etter hvert som man tilegner seg kunnskap. Å begynne studien med et åpent sinn, men med nok kunnskap til å hensiktsmessig nærme seg feltet, er idealistisk (Fangen, 2010). Hvis forskerne ikke er bevisst på hvor de står i relasjon til prosjektet, kan det hende at de går inn i prosessen uten å se sammenhenger og med manglende evne til å tilegne seg ny kunnskap. Det styrker prosjektet troverdighet hvis man klarer å redegjøre for sin forforståelse i forkant. Man kan ikke eliminere sin egen rolle, men drøfte betydningen av den (Malterud, 2017; Thagaard, 2013).

Som jordmorstudenter ved føde- og barselavdelinger har vi merket oss at ammeveiledning er et omfattende og utfordrende arbeid for helsepersonell. Vi har erfart at det er mange følelser involvert i ammingen, og at kvinnene trenger mye støtte i prosessen. Vi har også selv ammet egne barn og opplevd varierende grad av ammeutfordringer og ammeveiledning. Disse erfaringene sammen med kunnskap gjennom forelesninger, litteratur og artikler har dannet vår forforståelse. Forforståelsen vår endres i takt med at vi tilegner oss ny kunnskap. Når vi gikk inn i intervjusituasjonen var det av stor viktighet at vi forsøkte å legge vår forforståelse til side for å aktivt kunne lytte og forstå. Vi måtte være bevisste, så ikke vi lot vår forforståelse hindre oss i å lære fra kvinnenens beskrivelser.

### **3.7 Etiske overveielser**

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (Se *Vedlegg 4 - Godkjenning NSD*). I tillegg sendte vi inn framleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), hvor vi fikk tilbakemelding den 5. mai 2017 at prosjektet ikke var meldepliktig (Referanse: 2017/878). Studien ble gjennomført i full overensstemmelse med Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er en erklæring om etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Forskning skal være basert på etiske standarder som fremmer og sikrer respekt for deltakerne, samt beskytter deres helse og rettigheter (World Medical Association, 2013). Vi har også fulgt etiske retningslinjer på De nasjonale forskningsetiske komiteene sin hjemmeside.

En hovedregel ved forskning på mennesker eller på opplysninger som kan knyttes til enkeltmennesker er et frivillig, uttrykkelig, dokumenterbart og informert samtykke (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Alle informantene fikk tilsendt informasjonsskriv (Se *Vedlegg 1 - Informasjonsskriv*) på e-post før intervjuet for å forsikre om at de var klar over hva de takket ja til. Alle våre informanter skrev under et informert samtykke ved intervjuet.

Vi informerte om at lydopptakene kom til å bli slettet etter endt studie, og at de kom til å bli oppbevart i et lukket skap under hele prosessen. Lydfilene på våre mobiltelefoner ble slettet i etterkant av hvert intervju, etter vi hadde forsikret oss om at det var god lyd kvalitet på opptakene. Skjemaene for informert samtykke som ble oppbevart etter gjeldende regler.

Ved å velge kvalitativt fokusgruppeintervju var det flere mulige utfordringer informantene kunne blitt utsatt for. Vi ønsket å være bevisste på at noen kunne føle seg utrygge i situasjonen, at kvinnene delte mer enn de ønsket med gruppen og at det var en sjanse for at informantene fortalte det de trodde vi var ute etter. Kvinnene som deltok i vår studie ble informert om at de kunne trekke seg uten begrunnelse. Vi oppfordret å ta kontakt hvis de lurte på noe og de fikk tilbud om å lese den ferdige studien.

For å sikre deltakernes anonymitet valgte vi å gi alle et pseudonym i tekstmaterialet. Alder, yrke og hvor prosjektet er gjennomført er ikke nøye spesifisert i oppgaven og vi har omskrevet og standardisert sitater fra dialekter til bokmål for å minimere risikoen for at informantene skal være gjenkjennbare.



## **4.0 RESULTATER**

Det overordnede temaet vi kom frem til i analysen vår, er som nevnt *ammeveiledning - nær og fjern*. Vi vil først presentere teamet, som summerer opp i korte trekk hva våre hovedfunn er. Deretter følger en kort oppsummering av kategoriene, før vi presenterer våre funn under hver underkategoriene i rangert rekkefølge.

### **4.1 Ammeveiledning - nær og fjern**

Flere av kvinnene vi intervjuet kunne fortelle at det å fokusere på amming i svangerskapet kunne føles fjernt, og det derfor var vanskelig for mange å ta inn informasjon på dette stadiet. I løpet av tiden på sykehuset beskrev flere en travel barselavdeling og helsepersonell som kun var der for å utføre en jobb. Kvinnene visste at muligheten til ammeveiledning var nær, men det følte vanskelig å ta kontakt med et fjernt og lite engasjert helsepersonell. Mange opplevde generelt ammeveiledningen som lite farget av individualitet. Flergangsfødende opplevde at ammehjelpen fra helsepersonell var mer nær når de fødte sitt første barn. Det var også flere informanter som fortalte om helsepersonell som var kunnskapsrike, nærværende og varme i ammeveiledningen. Til tross for god ammeveiledning fra helsepersonell, opplevde flere av disse kvinnene det som vanskelig å implementere denne kunnskapen i hjemmet. Noen fjernet seg helt fra hjelpen med ammingen, mens andre ikke klarte å møte opp til avtaler eller ringe barselavdelingen eller helsestasjonen for hjelp. Langt de fleste av kvinnene opplyste at de søkte svar på ammespørsmål på ulike internettsider som tilbyr ammehjelp. Hjelpen kunne oppleves nær fordi man kunne sitte i stua og dele spørsmål, opplevelser og erfaringer med andre i samme situasjon, samt helsepersonell. En del søkte støtte i nære personer i nettverket sitt, fordi dette følte mer naturlig enn å ta kontakt med helsepersonell. Kvinnene ønsket å få til ammingen selv, så det å ta i bruk hjelpemidler følte fjernt for dem. Samtidig opplevde de en lettelse når de uten smerter kunne nyte det nære forholdet med barnet.

### **4.2 Kvinnens opplevelse av støtte**

Kvinnene i vår studie opplevde at det å bli sett og få bekreftelse når de var i behov for ammeveiledning var essensielt. Hvis helsepersonell ga signaler om å ha dårlig tid, kunne dette

gi kvinnene en følelse av utrygghet. Trygghet var betydningsfullt for hvordan kvinnene klarte å ta imot ammeveiledning og hvordan de mestret ammingen.

#### *4.2.1 Bli sett*

Alle kvinnene mente at det å bli sett av helsepersonell var betydningsfullt. De ønsket seg imøtekommende helsepersonell som hadde forståelse for den individuelle situasjon. Det var ikke godt å bli sett på som en i mengden, og flere av informantene brukte betegnelsen *samlebåndsfølelse* om tiden på føde- og barselavdelingen. Det ble opplevd som essensielt for samtlige kvinner å bli lyttet til og tatt på alvor. Enkelte kvinner opplevde at helsepersonell var flinke til å få frem det de fikk til, noe som de mente bidro til økt selvtillit og mestring. Samtidig ønsket kvinnene omsorg og oppmuntring fra lydhørt helsepersonell. En informant hadde brystimplantat og opplevde at hun ikke ble møtt på sin bekymring rundt det og problemene dette kunne medføre:

*Jeg var redd jeg skulle klemme han for hardt når jeg amma fordi det var så vondt. De kunne ikke bidra til noe, jeg hadde ikke noe tillit til dem tilslutt, jeg hadde ikke klart å ta til meg noe (...) Jeg følte meg egentlig ordentlig...ikke-sett. (...) Så da, siste natta, så gikk jeg rundt i korridorene og han gråt og jeg gråt, og alle gråt.*

*“Helene”*

Noen av kvinnene beskrev at de ble godt ivaretatt av helsepersonell; at de tok kvinnen med seg inn i veiledningen, hadde fokus på det vanskelige og hadde god ammekompetanse. Det var disse kvinnene som var mest fornøyde med ammingen.

Majoriteten av de flergangsfødende følte at de ikke ble tilbudt ammeveiledning på samme måte som ved første fødsel; at det var mere hjelp å få som førstegangsfødende. Flere beskrev en opplevelse av å bli sett på som “lette” pasienter, da de hadde ammeerfaring fra tidligere, og setninger som “du har ammet før så det går sikkert greit” var gjentakende fra helsepersonell. Noen opplevde likevel god hjelp, selv om de var flergangsfødende. To av informantene, som var flergangsfødende, mente at det passet veldig bra med mer avslappede forhold, og ved at helsepersonell ikke blandet seg så mye inn. De følte de hadde kontroll når de fikk styre mer selv, noe som de beskrev som en kilde til mestringsfølelse. Et par hadde ønsket seg mer ammeveiledning på tross av at de hadde erfaring.

#### 4.2.2 Kontinuitet og motstridende råd

Samtlige av kvinnene ønsket seg kontinuitet i ammeveiledningen, ved å ha færrest mulig personer å forholde seg til under oppholdet på barselavdelingen. Mange uttrykte frustrasjon over at de til stadighet måtte forklare sin ammesituasjon på nytt. Flere av kvinnene mente at helsepersonell de kjente best, både på barselavdelingen og i helsestasjonen, og som de hadde tillit til, ga de beste rådene. Samtidig var nesten alle kvinnene frustrerte over motstridende og mange forskjellige råd fra helsepersonell. Det var forvirrende og vanskelig å vite hvilke råd man skulle lytte til. Noen beskrev at de fikk like råd om det grunnleggende ved ammingen, men at de var lite tilpasset individuell situasjon. En informant hadde fått mange forskjellige råd, og uttrykker det slik:

*Det ble veldig mye støy, (...) Hadde jeg hatt én ammeveileder som var min, og de andre bare prøvde å være litt stille (...) Sånn at den kunne se utviklingen, hvordan jeg hadde løst det. For det ga ikke mening når det var hundre forskjellige råd. Og jeg fulgte alle sammen. Det ble jo bare gærent.*

“Anne”

De fåtallet av kvinner som opplevde kontinuitet i ammestøtten fortalte om et hyggeligere opphold på barselavdelingen med raskere hjelp til ammeproblemer. En informant fortalte om god hjelp når samme helsepersonell veiledet flere av hennes ammesituasjoner over en periode på to døgn, da det ble lettere å snakke etterhvert som de ble kjent. Mange ulike råd kunne gi problemer når kvinnene kom hjem fordi de ikke hadde noen å spørre, og noen var rådville på hvilke råd de skulle følge. Noen kvinner fortalte at de selektivt prøvde å plukke ut de rådene som passet dem. Rådene var også ulike i forhold til alder på helsepersonell, mente noen kvinner. To av kvinnene etterspurte retningslinjer for amming, fordi de opplevde så mange forskjellige råd.

#### 4.2.3 Trygghet

Det var tydelig at flesteparten av kvinnene syntes tillit til og bekreftelse fra helsepersonell var essensielt for deres trygghetsfølelse. Bekreftelse på at de gjorde noe rett gjorde ammingen mer lystbetont til tross for negative opplevelser. En av kvinnene sa at hun ikke klarte å ta til seg noe grunnet manglende tillit til helsepersonellet. Flere av kvinnene beskrev at å bli trygget ga mestringsfølelse når de ammet. Slik forteller en av informantene det:

*Fra første sekund så følte jeg meg veldig godt ivaretatt da. Det har sikkert en god del å si for hvordan tryggheten var på de menneskene rundt meg. (...) jeg var ikke en klamp om foten. Jeg var liksom viktig.*

“Christina”

Noen beskrev at det å få tilstrekkelig tid på barselavdelingen til ammingen var etablert, føltes som en trygghet. Fikk man god hjelp og veiledning til sitt første barn, kunne det gi en trygghet som ble overført til neste barn. En flergangsfødende sa at det ikke spilte noen rolle hvis personalet forsvant, fordi hun var trygg på seg selv. Flere kvinner uttrykte det som en lettelse å få introdusert hjelpemidler av helsepersonell; de beskrev det som en følelse av bekreftelse, trygghet og kontroll. De opplevde da mestring på grunn av mindre smerter, samt mer kontroll over situasjonen og visshet om at barnet fikk i seg mat. Det at helsepersonell bekreftet bruk av flaske i en overgangsperiode eller som supplement, ga en del av kvinnene styrke til å fortsette ammingen. Majoriteten av kvinnene beskrev seg selv som sårbare og utrygge i barselperioden og noen hadde vanskeligheter med å tørre å be om hjelp. Mange var usikre og hadde ønsket at de var mer forberedt på at det kunne komme til å bli utfordrende å amme. En informant uttrykker det slik:

*Jeg ble så utrygg på alt (...) så hvis (...) man føler seg littegranne ivaretatt, bli trygget littegranne på at det er greit å ha litt utfordringer. Jeg opplevde kanskje det at jeg var bare en av tusen, men for meg så var det jo en sånn kjempegreie. Men for de som jobbet der (...) jeg var bare sånn hverdagskost.*

“Helene”

Flere mente at det var lett å føle seg mislykket hvis de ikke mestret ammingen. Noen fortalte at de ammet til tross for smerter og ammeproblemer, da de ønsket at barnet skulle få morsmelk og de ville klare det. Ingen beskrev en følelse av ammepress fra helsepersonell. En del kvinner så på amming som en lett og naturlig prosess og derfor kom det som et sjokk at man kunne få ammeproblemer. En kvinne fortalte om dårlig ammeveiledning som resulterte i en følelsesmessig knekk noen måneder inn i barselperioden. Skuffelse og irritasjon over lite veiledning var noe flere kvinner satt igjen med. Samtidig poengterte en informant at man også

lett kan føle seg overkjørt hvis helsepersonell forteller deg at du gjør feil når du i utgangspunktet er utrygg på ammingen.

### 4.3 Kvinnenes beskrivelse av ammeveiledning

At helsepersonell hadde tid til å gi helhetlig ammeveiledning og informasjon om amming var av stor betydning for kvinnene. De fleste påpekte ønske om et helsepersonell som tok seg tid, satte seg ned for å observere, eventuelt korrigere og følge opp ved behov. Informantene beskrev mangelfull informasjon om hva de kunne forvente seg når de kom hjem, og derfor opplevde de dette som den vanskelige tiden.

#### 4.3.1 Tid til helhetlig ammeveiledning

Det fremkom gjennomgående i samtlige intervjuer at helsepersonell ikke hadde tid til ammeveiledning. Eksempler på uttalelser som er beskrivende for dette er: ”kun innom når de måtte,” ”kom ikke da vi ringte på” og ”så de kun to ganger på to døgn.” Flere beskrev en stressende atmosfære på barselavdelingen. En av informantene fortalte at hun ønsket at personalet ved barselavdelingen skulle være litt mer rolig; hun opplevde at helsepersonell kun ønsket å få barnet til å suge, for så å løpe videre. Det var mangel på en-til-en veiledning, lytting og dialog. Nesten alle kvinnene ønsket at helsepersonell først skulle observere ammingen uten innblanding, for å deretter komme med innspill og korrigeringer. Det var gjennom denne rekkefølgen på ammeveiledningen de mente de lærte mest. De uttrykte viktigheten av at helsepersonell satte seg ned og ikke stresset med veiledningen. En kvinne beskriver det slik:

*Med de jeg hadde tillit til og som jeg følte var den omsorgspersonen (...) som kanskje satt seg ned ved siden av meg og observerte oss litt først (...) som tok **meg** inn i det hele. Hun spurte meg - hvordan var det? Og så... er det greit at jeg nå bare kommer med et lite innspill og så gjøre det.*

“Anne”

En travel avdeling og at personalet ga signaler om dårlig tid, førte til at enkelte ikke klarte å være på barselavdelingen og derfor valgte å reise hjem. To av informantene sa at de så personalet så sjelden at de mente de ikke hadde noen nytte av å være på barselavdelingen. På

en annen side beskrev et mindretall av informantene barselavdelinger der det var tid og mulighet til å spørre, og at dette bidro til en god ammeopplevelse. De opplevde blant annet tett oppfølging av engasjerte, kunnskapsrike og tilstedeværende helsepersonell som holdt avtaler. En kvinne uttrykte det slik:

*En dame som hadde kunnskap og tok seg tid til meg, fikk meg til å slappe av. For ellers så hadde det jo...ja, jeg vet ikke hva jeg hadde gjort, for det var så vondt.*

*“Fiona”*

Alle mente at aktiv hjelp var greit hvis man var forberedt og at det ble gjort med varsomhet. Det var til god hjelp å bli instruert og inkludert i veiledningen. En kvinne beskrev en situasjon med aktiv hjelp som stressende fordi helsepersonell mekanisk “stappet inn puppen i munnen til ungen”, mens en annen uttrykte at “de må gjerne ta på meg bare vi får det til”. En kvinne fortalte at helsepersonell satt seg ned og hjalp henne aktivt i fem veldig nyttige minutter. At helsepersonell kom med hyggelige, oppmuntrende og støttende bemerkninger i forbindelse med ammeveiledningen ga kvinnene en følelse av mestring. En kvinne uttrykte at støtten fra helsepersonell hjalp henne gjennom en vanskelig periode i ammingen.

#### *4.3.2 Informasjon*

I svangerskapet opplevde nesten alle kvinnene vi intervjuet å få mer generell informasjon om amming, og det ble uttrykt at det var vanskelig å huske den informasjonen før man fikk testet den ut. Det var bare fire av informantene våre som hadde gått på ammekurs før fødselen. Disse kvinnene opplevde ammekursene som fine, men påpekte også at de ikke møtte spesifikke behov. Selv om flertallet mente at forberedelse var viktig, opplevde kvinnene at det var vanskelig å vite hvilken informasjon man trengte på forhånd samt å fokusere på amming før fødselen.

I etterkant av fødselen syntes majoriteten av kvinnene at det var for mye skriftlig informasjon både fra barselavdelingen og på helsestasjonen, mens andre mente den var nyttig og kompletterte den muntlige. En av informantene følte hun fikk veldig god oppfølging og informasjon fra helsepersonell i alle steg og opplevde ingen ammeproblemer. Det ble beskrevet av informantene at nybakte foreldre ikke visste hva de skulle spørre om rundt ammingen, og at de derfor ønsket generell informasjon. Samtidig fortalte flere at de savnet

individuelt tilpasset informasjon, for eksempel informasjon rundt amming med brystimplantat eller tungebåndsproblematikk. Noen ønsket at helsepersonell informerte mer om flaskemating. Mange påpekte at de ønsket informasjon om viktigheten med rett sugetak og hvor mye jobb det ligger i å amme. Slik beskriver en av informantene det:

*Det burde kanskje være mer fokus på at det er kjempemye jobb å amme, og at du får mer informasjon om problemene som **alle** møter, så og si. Med brystbetennelse og sårhet og feil sugetak. (...) Det er **ingen** som sier til deg at amming er **kjempejobb**, for det er det, det kan det virkelig være.*

*“Fiona”*

Etter hjemkomst fra sykehuset beskrev majoriteten et savn etter informasjon om ulike problemer man kunne møte, slik som melkespreng og brystbetennelse. Å få bekreftelse på at ammeproblemer er normalt, og at det ikke skulle være vondt å amme var eksempel på informasjon som ble verdsatt. Flere etterspurte informasjon om hvor de kunne henvende seg for ammeveiledning etter de fjorten dagene de var tilknyttet barselavdelingen.

#### *4.3.3 Den vanskelige tiden*

Den tiden majoriteten av kvinnene opplevde som vanskeligst, var etter hjemreise fra barselavdelingen. Flere av kvinnene fortalte at problemene oppsto noen dager etter hjemkomst, da de kjempet med såre bryster og en gråtende nyfødt. De følte seg ensomme med ammingen og beskrev en følelse av usikkerhet og fortvilelse. En kvinne uttrykte at hun disse dagene savnet ”en snor å ringe i.” De fleste kvinnene beskrev følelsen av å være en dårlig mor når de ikke mestret ammingen etter hjemreise.

Flere opplevde at helsestasjonen ikke var et sted for ammeveiledning. Kvinnene satt med en følelse av å ikke bli hørt eller møtt når de kom dit med ammeproblemer. Mødrene hadde også varierende erfaringer med hjelpen som helsestasjonene kunne tilby. De fleste mente at svarene man fikk ikke var basert på oppdatert kunnskap, mens et mindretall hadde opplevd en god og tålmodig amme støtte på helsestasjonen. Mange opplevde svar som ”han vokser det vel av seg”, ”det går over,” ”prøv igjen” eller ”det ser fint ut” når de kom med spørsmål om opplevde utfordringer. Om man ikke passet inn i ”standardlisten” fikk de mangelfulle svar, slik som en informant forteller:

*Når ikke det går helt sånn som alle sier at det skal gå (...) da er det bare tomt i blikket på helsestasjon (...) De sier du må bare prøve videre. Og det er ikke et bra nok svar.*

*“Anne”*

Et fåtall følte de måtte forsvare valg de hadde tatt overfor helsepersonell på helsestasjonen, slik som flaskemating og å ikke starte med grøt ved fire måneder. En kvinne fortalte at hun følte seg uglesett på helsestasjonen, etter at hun hadde søkt privat hjelp grunnet tungebåndsproblematikk. Samme kvinne opplevde også at helsestasjonen ikke ville lytte til den nye kunnskapen hennes. Derimot opplevde en annen kvinne at flere helsepersonell gjerne ville ta del i det hun lært seg om tøying av tungebånd. Det å få bekreftelse av helsestasjon at man hadde gjort et riktig valg, som for eksempel gi morsmelkserstatning til et måltid, opplevdes av kvinnene som veldig støttende. Noen av kvinnene syntes helsesøster fulgte godt opp, og at hjemmebesøk var nyttige. Flere av kvinnene hadde også god erfaring med hjemmebesøk av jordmor. En kvinne fortalte at jordmor kom hjem til henne dag tre etter fødsel, og at dette var for tidlig, ettersom problemene ennå ikke hadde begynt. Fire av kvinnene hadde utelukkende positive ting å si om at jordmor kom hjem til dem, og at hun tok seg tid til og ønsket å se på ammingen. En kvinne forklarte at jordmors støtte hjalp henne å fortsette ammingen når hun var nær å gi opp.

#### **4.4 Kvinnenes ressurser og nettverk**

Som nevnt, følte mange av kvinnene seg usikre og rådvile i tiden etter sykehusoppholdet. Flere opplevde at de ikke hadde et naturlig sted å henvende seg, og flere brukte derfor internett og nettverket sitt for å få svar og støtte. Noen kvinner valgte også bevisst å ikke lytte til de rådene de fikk av helsepersonell.

##### *4.4.1 Kvinnenes eget initiativ*

Det var mange kvinner som brukte familie og venner til å forberede seg på amming i forkant av fødsel, ved å lære av deres gode og dårlige erfaringer. Mange mente mor og søster var betydningsfulle støttespillere, men ingen nevnte partner. En kvinne spesifiserte at hun ikke hadde behov for ammeveiledning fra helsepersonell fordi hun fikk nok fra nettverket sitt. Flere av kvinnene uttrykte at de på barselavdelingen aktivt måtte etterspørre støtte og veiledning. De opplevde at helsepersonell sjelden kom inn på rommet på eget initiativ. En av



mødrene fortalte at hun ikke så helsepersonell før hun selv ringte på. Noen mente at de måtte være engasjerte og oppsøkende for å få ordnet eventuelle problemer, og hvis de ikke tok eget initiativ til å få hjelp, kunne hjelpen utebli. En informant forteller:

*Jeg måtte ringe på hele tiden. Og hadde ikke jeg turt å ringe på, hadde jeg vært en av de forsiktige som ikke hadde turt å ringe på, så hadde jeg ikke fått det til tror jeg. Så da opplevde jeg at man må være PÅ, du må etterspørre hjelpen.*

“Viktoria”

Majoriteten av informantene fortalte at de etter hjemkomst søkte etter informasjonen de trengte i forskjellige nettbaserte tjenester. Mange satt i denne tiden med mange spørsmål, og de følte at det var lettere å søke på internett enn å ringe tilbake til barselavdelingen eller henvende seg til helsestasjonen. Nesten alle hadde brukt Ammehjelpen for tips og råd vedrørende amming. En informant forklarer valget om å bruke nettressurser slik:

*For da satt jeg der med tusen spørsmål rundt ammingen, og visste ikke helt..følte meg litt teit hvis jeg skulle tilbake på barsel og bruke deres tid på...alle mine tusen spørsmål, så da ble det google da...og ammehjelpen.*

“Mona”

To av kvinnene opplevde å få mye bedre og individuelt tilpasset hjelp når de tok kontakt med privat ammeveileder, men at det var frustrerende at de ikke fikk den samme hjelpen fra helsepersonell.

#### 4.4.2 Velge det som passer

Som nevnt beskrev mange av kvinnene at de fikk råd som ikke var tilpasset deres situasjon. De valgte derfor å plukke ut de rådene som passet dem best. Enkelte kvinner gjorde stikk motsatt av det helsepersonell anbefalte, fordi de selv følte at dette gagnet deres situasjon bedre. Noen lukket ørene og valgte bevisst å ikke lytte til det helsepersonell sa:

*Og da lukket jeg veldig ørene og bestemte meg for at, jeg skal **ikke** lytte på noen, jeg skal gå **inn** i meg selv og så skal jeg kjenne (...) hva jeg klarer, hva som er riktig (...), jeg skal bare rett og slett sjalte ut (...) de som passer inn sånn som jeg opplever det i*

*situasjonen og med han... skal jeg si - greit - det tar vi inn. Men bare ellers, sjalte det litt vekk.*

*“Anne”*

Et fåtall av kvinnene opplevde at de hadde god ammeerfaring, at de klarte å legge barnet til brystet selv, og valgte derfor bort ammeveiledning som ble tilbudt fra helsepersonell. Andre beskrev at de ikke klarte å være på barselavdelingen fordi det ikke var noen hjelp å få. De kvinnene valgte å reise hjem. En kvinne beskrev en negativ opplevelse av veiledning i håndmelking, som resulterte i at hun vegret seg for å prøve det igjen.

## 5.0 DISKUSJON

I det følgende vil vi oppsummere og diskutere de viktigste funnene i analysen i sammenheng med relevant teori. Vi har valgt å dele inn diskusjonen i fem overordnede tema som gikk igjen i analysen av kvinners erfaringer med ammeveiledning. Videre vil diskutere studiens kvalitet, med fokus på begrepene *troverdighet*, *overførbarhet*, *pålitelighet*, *bekreftbarhet* og *refleksivitet*.

### 5.1 Diskusjon av resultater

#### 5.1.1 Bli sett

Det å bli sett av helsepersonell var et gjennomgående tema hos samtlige informanter. Opplevelsen av å bli sett hang sammen med følelsen av å bli møtt som et unikt individ, bli hørt, tatt på alvor og forstått.

WHO og UNICEF løfter frem at om en kvinne skal føle seg sett og forstått, skal helsepersonell reflektere og gi respons til det kvinnen sier (World Health Organization & UNICEF, 1993). Gode samtaler rundt amming kan ha positiv påvirkning på kvinners selvtillit, følelse av kontroll og tilknytning til barnet. Hvis helsepersonell bruker et språk som uttrykker interesse, omsorg og støtte, er det lettere å inkludere kvinnene og få dem involvert i egen situasjon (Fenwick, Barclay & Schmied, 2001). Mange av våre informanter fortalte at det var godt å få bekreftelse og anerkjennelse på det de klarte. De beskrev at de da fikk en opplevelse av økt selvtillit og ny giv til å fortsette ammingen til tross for problemer. Forskning viser at stresset omkring morsrollen kan dempes hvis helsepersonell klarer og styrke mødres tro på egen kompetanse. Tro på egne evner vil trolig påvirke mulighetene til å klare å mestre ammingen positivt (Tveit & Söderhamn, 2015).

I følge Backström (2010) ønsket kvinnene i hennes studie mer bekreftelse på at de er unike individer. I sin nye rolle som ammende kvinne ønsket de å bli lyttet til og få mer forståelse, tid og oppfølging av helsepersonell for å føle seg trygge (Backström et al., 2010). Kronborg sin studie viser at den beste støtten, når kvinnene følte seg mest usikre, var at helsepersonell tilpasset råd og støtte rundt ammingen til deres individuelle situasjon (Kronborg, Harder & Hall, 2015).

Våre informanter etterlyste en mer individuelt tilpasset støtte og forståelse for sin personlige ammesituasjon. På bakgrunn av dette kan det virke som at helsepersonell ikke klarer å møte alle kvinnene i deres situasjon. Kronborg, Harder & Hall (2015) sine funn viser at helsepersonell må legge til rette for en mer personlig og familiefokusert ammeveiledning uten å gå bort ifra evidensbasert kunnskap. De påpeker at det er kvinnens egen oppfatning av sin situasjon, kunnskapen hun har om seg selv og om amming og familiens behov, som bør være veiledende for den støtten helsepersonell gir (Kronborg et al., 2015).

Det er avgjørende for mødrenes ammeopplevelse at helsepersonell viser tilgjengelighet, empati og aksept i støtten de gir til ammende kvinner (Kronborg et al., 2015). For å forbedre den emosjonelle støtten er det vesentlig at helsepersonell får et forhold til kvinnen som forenkler interaksjonene dem imellom. Effektiv emosjonell støtte kan forhindre ammeproblemer og at mødre velger å gi morsmelkerstatning til barna (Demirtas, 2015). En annen studie trekker frem at mødre også drar nytte av oppmuntring og veiledning som støtter deres følelse av å være i stand til å amme, og som er skreddersydd for deres individuelle behov (Hannula, Kaunonen & Tarkka, 2008). Flere av våre informanter ga uttrykk for at det å ikke bli sett eller få behovene sine anerkjent av helsepersonell opplevdes som følelsesmessig drenerende, noe som kunne føre til at enkelte mistet tilliten til helsepersonell. Vi mener det er en krevende balansegang for helsepersonell å være tilstede for disse sårbare kvinnene og samtidig gi dem rom til å bygge opp egen ammekompetanse. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell aktivt lytter til samtlige mødre for å vite hva de trenger hjelp til.

Det fremkom i våre resultater at flergangsfødende opplevde å få mindre ammestøtte og veiledning enn førstegangsfødende. Dette bekreftes i en studie av Demirtas (2015) hvor flergangsfødende ikke fikk nok støtte grunnet tidligere ammeerfaring. Dette gjaldt både informativ og praktisk støtte. Mødrene følte ikke de ble sett og forstått av helsepersonell dersom de, til tross for god ammeerfaring fra tidligere barn, nå opplevde ammeproblemer (Demirtas, 2015).

For at kvinnen skal oppleve at de blir sett er det avgjørende å basere ammeveiledningen på kvinnenes individuelle situasjoner. God ammeerfaring trenger ikke å bety at flergangsfødende ikke trenger hjelp. Helsepersonell bør lytte til kvinnenens ønsker og behov og gi dem tro på seg selv og positiv oppmuntring.

### *5.1.2 Trygghet*

I denne studien viste det seg at trygghet var av stor betydning for om kvinnene mestret å amme. Det var derfor essensielt at helsepersonell utøvet ammehjelp som ga kvinnene kunnskap til å selve få kontroll på ammingen. Kvinnene fortalte at de følte seg utsatt og følsomme og de beskrev det å føle seg utrygg i barselperioden som en bidragende faktor til dårlig ammeopplevelse.

I en studie av Klintbom (2007) vises det at en følelse av trygghet og selvtillit til å kunne ta hånd om sitt eget barn, er avgjørende for en positiv opplevelse. At helsepersonell har en positiv og støttende holdning, både på barselavdelingen og i hjemmet, medvirker til å gi kvinner denne trygghetsfølelsen (Klintbom, 2007). Amming kan oppleves og erfares av mange kvinner som noe uforutsigbart, og manglende opplæring kan øke stressnivået hos mødrene (Hvatum et al., 2014). Mange av våre informanter ga uttrykk for at de ikke var forberedt på at ammingen kunne være en så utfordrende del av foreldreskapet. Samtidig følte de seg utrygge ved hjemkomst, fordi de ikke hadde noe informasjon om hvilke utfordringer de kunne møte når det kom til ammingen. Det kan tenkes at disse mødrene hadde følt seg tryggere hvis de hadde fått bli på barselavdelingen til ammingen var etablert.

I sin doktoravhandling fant Haga at mange mødre i hennes studie opplevde et stort ammepress. Hun mente derfor at det er gunstig av helsepersonell å belyse og å informere om vanskeligheter knyttet til amming for å dempe dette presset (Haga, 2011). En annen studie viser at det kan virke beroligende å få informasjon om at det er normalt å ha ammeproblemer, og at det kvinnene går igjennom ikke er uvanlig (Graffy & Taylor, 2005). Til tross for at det er vanlig å oppleve problemer med ammingen, beskrev flere av våre informanter at det var vanskelig å tale åpent om disse utfordringene. Det er mulig dette kan relateres til at en så stor andel i Norge starter å amme sitt barn, og at det derfor kan føles enda mer som et nederlag hvis man ikke får til ammingen. Kvinnene i vår studie beskrev ikke et ammepress fra helsepersonell, men de fortalte at de bet tennene sammen og ammet tross smerter og ubehag. Det kan derfor tenkes at ammepresset de følte først og fremst kommer fra kvinnene selv og det samfunnet de lever i. For kvinnene i vår studie var det å amme uunnværlig, og mange sidestilte det å mestre ammingen med det å være en god mor. Dette bekreftes av en norsk studie som viser at amming var elementært for norske kvinner, og at det

å lykkes med ammingen sammenlignes med det å være en suksessfull mor (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

Forskning viser at kvinnene kan føle seg mislykket hvis ammingen blir avbrutt grunnet vanskeligheter eller hvis hun ikke ammer i det hele tatt. Slike følelser kan gi langvarige følelsesmessige effekter, og det er derfor viktig at helsepersonell hele tiden gir best mulig følelsesmessig støtte (Demirtas, 2015). Dette bekreftes i vår studie hvor en kvinne, åtte måneder etter fødsel, fortsatt hadde det følelsesmessig vanskelig etter det hun opplevde som en mislykket ammeperiode. I studien til Schmied, Beake, Sheehan, McCourt & Dykes (2011) så de at hvis helsepersonell er kritiske i sine kommentarer eller bruker negativt ladede ord i veiledningen, kan dette undergrave kvinnens selvtillit og trygghet istedenfor å bygge den opp. Selv om helsepersonell ikke er ute etter å fordele noe skyld, kan det føles sånn for en kvinne som er usikker, emosjonell og fysisk trett (Schmied et al., 2011).

At kvinner opplever trygghet i relasjonen er essensielt for å kunne motta tilstrekkelig ammeveiledning (Backström et al., 2010). Noen av våre informanter beskrev at et tillitsfullt forhold mellom dem og helsepersonell gjorde dem mer trygge og åpne for innspill. Dersom helsepersonell klarer å formidle oppmuntring og tillit, lytter kvinnene mer nøye (Tveit & Söderhamn, 2015). Ved at kvinner opplever et tilstedeværende helsepersonell gjør det lettere å lære, noe som resulterer i at de føler seg trygge og klarer å ta egne beslutninger (Schmied et al., 2011). Det at helsepersonell ga individuelle råd som var tilpasset kvinnenens hverdag, var avgjørende når de følte seg utrygge (Kronborg et al., 2015).

I en studie av Tveit & Söderhamn (2015) opplevde noen mødre usikkerhet og tvil når helsepersonell presenterte forskjellige hjelpemidler til amming. På en annen side ga det en mestringsfølelse til kvinnene når de kunne gi morsmelk på flaske (Tveit & Söderhamn, 2015). Dette stemmer godt overens med våre funn, der flere beskrev en god følelse og en mulighet å senke skuldrene når helsepersonell bekreftet bruk av flaskemating.

Det er avgjørende for kvinners følelse av trygghet at de mestrer å gi barnet sitt tilstrekkelig med næring i form av amming og eller fra flaskemating. Helsepersonell er verdifulle støttespillere under hele forløpet, men av størst betydning de første ukene.

### *5.1.3 Tid til helhetlig ammeveiledning*

Alle kvinnene i vår studie ønsket seg en helhetlig ammeveiledning, det vil si at helsepersonell skulle ha tid til å observere ammingen og deretter komme med innspill i form av tips, og praktisk hjelp og korrigere når nødvendig. Videre ønsket de at helsepersonell skulle komme tilbake for å se hvordan det gikk.

Det kvinnene i vår studie oppgir at de ønsker, stemmer overens med det som står nedfelt i ti trinn for vellykket amming: kvinner skal først få hjelp til god stilling og rett sugetak, og neste amming bør observeres slik at veiledning og praktisk hjelp kan gis ved behov. Hvis ammingen byr på problemer skal mor vises håndmelking eller pumping for å unngå å gi babyen morsmelkerstatning (Nasjonalt kompetansetjeneste for amming, 1993).

Videre uttrykte våre informanter at de ønsket helsepersonell som holdt avtaler. Flere opplevde at de måtte ringe på hjelp for å få tid sammen med helsepersonell. Backström et al. (2010) foreslår at helsepersonell som ikke har mulighet til å være på rommet under hele ammingen, bør bli til barnet har fått ordentlig tak på brystet og lenge nok til å sørge for at den nyfødte suger rytmisk. Videre oppfordrer de til at helsepersonell kan komme tilbake å sjekke moren 15-20 minutter senere, for da å hjelpe henne med å repositionere det nyfødte på det andre brystet (Backström et al., 2010). Enkelte mødre i vår studie opplevde usikkerhet på egen ammekompetanse og evne til å vite om barnet lå rett posisjonert. I vår studie fremkommer det at kvinnene mener aktiv hjelp i form av at helsepersonell fysisk tar i brystet og barnet er i orden, så lenge helsepersonell spør først og er varsomme. I studien til Schmied et al. (2011) forteller kvinnene det samme: Praktisk hjelp, som hjelp til å få babyen til å få rett sugetak, blir verdsatt om det ble utført med sensitivitet og empati. I kontrast, om praktisk hjelp gis ved å håndtere morens bryst uforsiktig og tvinger barnet til brystet, vil trolig kvinnen få en negativ ammeveiledning (Schmied et al., 2011). Barn som blir tvunget til brystet, kan også nekte å amme (Backström et al., 2010). Forsøk på å hjelpe til på denne måten kan ofte oppleve som påtrengende og røffe (Schmied et al., 2011). En såkalt passiv hjelp, hvor helsepersonell kun observerer og ikke fysisk tar på brystet eller barnet, kan være med på å styrke selvtilliten til mor. Dette fordi kvinnen selv vil legge barnet til brystet, og på denne måten kunne lære og mestre ammingen på egenhånd (Weimers et al., 2006).

I studien til Schmied et al. (2011) fremkommer det at de kvinner som er klar over tidspresset på helsepersonell, har en tendens til å streve med ammingen i stillhet i stedet for å be om

støtte og veiledning. Dette gjaldt spesielt mindre selvsikre kvinner (Schmied et al., 2011). Flere av våre informanter uttrykte det samme, at de lot være å ringe på da de visste at helsepersonell hadde mye å gjøre. Det ble ikke sett på som en feil hos helsepersonell, men mer en begrensning satt av arbeidsmiljøet. Hvis det er vanlig at kvinnene unngår å ringe på hjelp under oppholdet på barselavdelingen, kan dette muligens føre til dårlig ammestart og flere problemer i ammeperioden.

Det er en realitet at helsepersonell tidvis har det travelt, og derfor bør helsepersonell være oppmerksomme på hvilke signaler de sender ut når de har dårlig tid og stresser. Det var meningsfullt for kvinnene i vår studie at helsepersonell ikke stresset med veiledningen. Våre informanter mente at det ikke var lengden på ammeveiledningen som var viktig, men kvaliteten. Resultatene til Schmied et al. (2011) bekrefter at selv korte møter ble verdsatt. De få kvinnene i studien vår som var fornøyde med tiden de hadde fått sammen med helsepersonell, hadde få ammeproblemer og en god ammeopplevelse. Det var essensielt for våre informanter at helsepersonell formidlet at de var tilgjengelig for kvinnen når det var nødvendig, både i sykehus og hjemme. Derfor ser vi på det som essensielt at helsepersonell utstråler god tid, opptrer rolige og ikke stresser, til tross for at de har mye å gjøre. I følge Schmied et al. (2011) kan helsepersonell fortsatt formidle dette selv når de har mye å gjøre.

Kvinner kan oppleve ammeveiledningen som fragmentert. De ønsker at helsepersonell har tid til å være til stede under hele rekkefølgen av hjelpetiltak i ammeveiledningen, samt at de prøver å legge til rette for en rolig atmosfære. At helsepersonell forklarte og ga en passiv eller aktiv ammeveiledning etter behov, førte til bedre læring og at kvinnene følte seg inkludert.

#### *5.1.4 Informasjon*

Det å få tilstrekkelig, helhetlig informasjon om hva man kunne forvente seg i hele forløpet var essensielt for mødrene. *Hvordan* informasjonen blir formidlet, ble også trukket frem som viktig. Muntlig informasjon var ikke alltid like lett å huske, mens for mye skriftlig informasjon var overveldende. Noen mente en kombinasjon der skriftlig og muntlig informasjon kompletterte hverandre var best. God informasjon og veiledning var verdifullt blant kvinnene og ga positive resultater for de som opplevde det.



Ifølge ti trinn for vellykket amming og kvalitetsstandarden for ammekyndig helsestasjon skal det under graviditeten informeres grundig om amming, samt om fordelene med amming og hva de kan gjøre for å få til ammingen (Nasjonal kompetansetjeneste for amming, 1993; Nasjonal kompetansetjeneste for amming & Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2017). På denne måten kan kvinnen ta et informert valg om hun ønsker å amme eller ikke (Inch, 2014). Våre funn peker på at informasjon om amming i svangerskapet slik den presenteres i dag kan være av liten betydning. Dette fordi det opplevdes som en standardinformasjon og ikke tar opp spesifikke problemer. En kan spekulere i om det kan være vanskelig for en kvinne å ta til seg informasjon rundt amming mens hun er gravid, da hun muligens heller fokuserer på den forestående fødsel på dette tidspunktet. I en svensk studie påpekes nettopp dette: Svangerskapskursene hadde et stort fokus på fødselen, og kvinnene hadde ofte problemer med å tenke på noe annet (Waldenstrom, Rudman & Hildingsson, 2006). På en annen side viser en studie fra USA at hvis kvinnene får ammeveiledning av helsepersonell under svangerskapet kan dette bidra til at de lærer seg ulike strategier, som igjen gjør at de enklere kan takle utfordringer de møter i tidlig ammeperiode (Rosen, Krueger, Carney & Graham, 2008). Det var få av våre informanter som mente at de hadde nytte av informasjon om amming i svangerskapet, da dette var glemt når man skulle ta det i bruk.

Tiden etter fødsel er den tiden hvor mødrene tilpasser seg sin nye situasjon, og det kan være utfordrende for helsepersonell å gi god nok informasjon og veiledning under den korte tiden på barselavdelingen (Demirtas, 2015). I vår studie kom det frem at det var i denne tiden etter hjemkomst flesteparten av kvinnene savnet informasjon. Schmied et al. (2011) hevder at kvinner ønsker å høre om de praktiske aspektene ved amming på en positiv, men realistisk måte. Samtidig mener de at kvinner ønsker informasjon om potensielle utfordringer og vanskeligheter de kan møte på. Når informasjonen ikke var realistisk, ble den ikke sett på som støttende, spesielt av de kvinnene som opplevde vanskeligheter. Videre ville kvinnene i deres studie også ha nøyaktig og tilstrekkelig detaljert informasjon. Detaljert informasjon og praktiske tips om amming var verdsatt og ble opplevd som oppmuntrende (Schmied et al., 2011).

Noen kvinner i vår studie var ikke forberedt på realiteten av amming. De hadde ønsket mer informasjon om hva de kunne forvente seg etter at barnet var født, spesielt når det gjelder ubehag, hvor lang tid man bruker på å amme og hvordan man kan håndtere ulike

ammeproblemer. En studie av Graffy & Taylor (2005) støtter opp om våre funn på dette området. De påpeker at kvinnene synes de mest nyttige rådene var knyttet til hvordan de skulle håndtere melkespreng og såre brystvorter, hvor ofte de burde amme, og hvordan de skulle håndmelke. Videre verdsatte enkelte kvinner oppmuntring fra helsepersonell til å hvile, slappe av, samt å sitte komfortabelt under ammesituasjoner. Kvinnene ønsket å få disse rådene i forkant av at problemer oppsto (Graffy & Taylor, 2005).

Enkelte kvinner i vår studie savnet informasjon om flaskemating. Hvatum et al. (2014) hevder at det å informere mødre om alternativer til amming, slik som flaskemating eller morsmelkerstatning, kan bedre samspillet med barnet ved en problemfylt amming. I ti trinn for vellykket amming står det spesifisert at det skal unngås bruk av flaskesmokk til ammingen er etablert, og ikke gi noen annen næring enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det (Nasjonalt kompetansetjeneste for amming, 1993). Vi mener det kan være vanskelig å møte kvinnens ønske om informasjon om flaskemating tidlig i ammeforløpet, og samtidig hedre de ti trinn for vellykket amming.

Det at enkelte kvinner mener at de ikke kan ta til seg praktiske ammeråd under svangerskapet, at de tilbringer kortere tid på barselavdelingen og at de ønsker å vite om ammeproblemer før de oppstår, gjør det informasjonsgivende arbeidet utfordrende for helsepersonell. Det er vanskelig å finne en balanse for hvordan helsepersonell skal klare å gi god, helhetlig og individualisert informasjon og veiledning til gravide og ammende kvinner uten å overvelde dem. I tillegg er det også en utfordring når i forløpet den skal gis og hvordan man skal presentere den.

#### *5.1.5 Den vanskelige tiden*

Det var som nevnt tiden etter hjemreise fra sykehuset som nesten alle av kvinnene i vår studie opplevde som mest utfordrende og vanskelig. Dette fordi de følte seg alene med følelser og problemer rundt ammingen. Det var vanskelig for noen mødre å ta kontakt med helsestasjonen og de fleste som gjorde det opplevde at de ikke fikk god nok hjelp.

Et fåtall av våre informanter hadde gode erfaringer i de første ukene av ammeperioden, men langt flere opplevde en tid med hard jobbing med mye uro og smerter for å få til å amme babyen sin. Teori og forskning viser at mødre ofte skrives ut før de har mestret ammingen,

barnet dier tilfredsstillende og ammingen er etablert (Bærug et al., 2016; Halvorsen et al., 2015; Hansen, 2017; Helsedirektoratet, 2014). Hjälmhult & Økland (2012) mener de at i overgangen mellom utskrivelse fra barselavdelingen og hjemmebesøk fra helsestasjonen, kan mange kvinner havne i et “tomrom”. Flere av kvinnene i deres studie ville reise hjem tidlig, men var samtidig redde for å ikke klare omsorgen av barnet, hvor ammingen var det største temaet. Spesielt førstegangsfødende kan være lite forberedt på stresset og utryggheten denne nye situasjonen kan medføre (Hjälmhult & Økland, 2012). Funnene i vår studie viser det samme. En kan spekulere i om denne tiden har blitt vanskeligere på grunn av at liggetiden på barselavdelingen har blitt redusert og at vi nå erfarer at flere av kvinnene drar hjem første til tredje dagen etter fødsel. Det er mulig at de fleste da er alene hjemme når melken kommer, og har reist fra barselavdelingen uten å føle seg trygge på ammingen. I vår studie reiste flesteparten hjem etter to til tre dager og mange syntes det ble utfordrende allerede etter få dager. Dette stemmer overens med et av funnene til Kronborg et al. (2007), som sier at ammeproblemer oppstår hyppigst de første ukene etter fødsel. En studie fra Australia viser at det er av betydning at mødre får støtte og hjelp tidlig i forløpet. Har ammingen kommet godt i gang en uke etter fødselen er dette en sterk indikator på at det kommer gå bra videre (Baghurst et al., 2007).

Ettersom mødre og barn blir skrevet ut raskere fra barselavdelingen, havner ansvaret for å fremme fullamming hos helsestasjonstjenesten, og det er viktig at det utvikles en plan for dette arbeidet (Bærug et al., 2016). Enkelte kvinner i vår studie trodde ikke helsestasjonen var et sted de kunne oppsøke for ammeveiledning, og mange opplevde at de ikke fikk den hjelpen de søkte når de henvendte seg til helsestasjonen. Hjälmhult & Øklands (2012) studie viser at helsesøstre kanskje har flere teoretiske råd enn praktiske ferdigheter. Noen kvinner i deres studie anbefalte også helsestasjonen å promotere seg selv bedre fordi de syntes helsestasjonstilbudene var uklare (Hjälmhult & Økland, 2012). Dette underbygger funnene i vår studie.

Resultater i en studie som så på forskjeller mellom helsestasjoner som var godkjente og ikke godkjente ammekyndige, viste at det var signifikant flere som var tilknyttet ammekyndig helsestasjon som fortsatt fullammet etter seks måneder. Det var ingen forskjell på antall ammende etter seks uker, noe forskerne trodde var på grunn av at så mange starter å amme i Norge (Halvorsen et al., 2015). Å få ammeveiledning fra ammekyndig helsepersonell ser også

ut til å forbedre ammestatestikken utover seks måneder postpartum (Rosen et al., 2008). Kvalitetsstandarden som retningslinjene for ammekyndig helsestasjon fører med seg skal sikre at all ammeveiledning er basert på oppdatert kunnskap og at alle spedbarnsfamilier skal få ensartet veiledning. Videre skal mødre få den hjelpen de trenger slik at de kan fortsette fullamming frem til seks måneder (Nasjonal kompetansetjeneste for amming & Landsgruppen av helsesøstre NSF, 2017). En kan derfor forstå hvorfor et par av våre informanter stilte seg undrende til det de opplevde som mas fra helsesøstre om å skulle starte med grøt ved fire måneders alder.

Dersom kommunene ikke har organisert en tett oppfølging av ammingen kan det være nødvendig å gi kvinner mulighet til å være lengre på barselavdelingen. Ordningen med hjemmebesøk mellom syv til ti dager var kanskje passende når kvinner oppholdt seg lenger på barselavdelingen og ammingen var etablert før hjemreise (Helsedirektoratet, 2014). En studie fra USA bygger også opp under denne antakelsen: Studien viser at det er høyest risiko for å gi opp ammingen hvis problemene oppstår mellom tredje til syvende dag (Nommsen-Rivers et al., 2013). Det er rimelig å anta at norske mødre ofte er hjemme, uten støtte fra helsepersonell i akkurat disse dagene. Det er kanskje derfor en del kvinner i vår studie synes jordmor hjem var et fint tilbud. Jordmor kom kun få dager etter hjemreisen fra sykehuset, i den perioden kvinnene trengte mest støtte og veiledning i ammingen. Mødrene syntes det var godt å se igjen noen man var kjent med fra før. Det stemmer godt overens med en annen studie der informantene forteller at de opplevde overgangen fra jordmor, som fulgte dem i svangerskapet, til helsesøster som vanskelig fordi de ikke var kjent med helsesøster og hennes rolle (Tveit & Söderhamn, 2015). Hjemmebesøk fra helsesøster opplevdes også som positivt, men flere av våre informanter synes ikke de fikk noen gode råd. Hjälmhult sine funn viser at jordmor fokuser mer på ammingen, og helsesøster på barnet, til tross for at amming bør være et viktig tema også ved helsesøsters hjemmebesøk (Hjälmhult, 2009). Kronborg et. al. (2012) fant i sin studie at hjemmebesøk hos mødre resulterte i lengre fullamming. Av de førstegangsfødende som ikke fikk hjemmebesøk, savnet omtrent halvparten informasjon om amming, og de hadde brukt andre personer for å veie opp for manglende hjemmebesøk (Kronborg, Væth & Kristensen, 2012). For å kunne gi målrettet veiledning må helsesøster ha kunnskap som fremmer amming og i hvilke faser det eventuelt kan oppstå problemer (Tuft, 2005). God ammeveiledning er basert på konkrete råd, støtte og oppmuntring samt det å bli fulgt opp inntil problemet er løst. Det er også viktig at helsesøstre får etterutdanning i

amming, fordi det er ofte mangelfull kunnskap om amming i denne gruppen (Tuft, 2013). Dette stemmer overens med erfaringene kvinnene i vår studie beskrev. I tillegg opplever Ammehjelpen henvendelser fra kvinner som har fått feil og sprikende råd av helsestasjonen og møtt med en negativ holdning. Dette understreker viktigheten av å følge nasjonale retningslinjer om ammekyndig helsestasjon og kurse staben i amming (Ammehjelpen, 2017). At helsestasjonene oppnår samme kompetansenivå som sykehusene er avgjørende i et folkehelseperspektiv (Bærug et al., 2016; Halvorsen et al., 2015).

Den vanskelige tiden i forhold til amming er beskrevet av kvinner som tiden etter sykehusoppholdet, da de skal oppsøke helsestasjonen ved behov for råd og hjelp. God ammeveiledning og støtte denne tiden har sammenheng med lengre fullamming, noe som igjen er positivt for folkehelsen. Det burde derfor være i hver helsestasjonenes interesse å bli godkjent og arbeide som ammekyndig helsestasjoner, for å øke og oppdatere sin kunnskap og kompetansen om amming.

## **5.2 Diskusjon av studiens kvalitet**

Vi vil i det følgende vurdere studiens kvalitet ved hjelp av begrepene *troverdighet*, *pålitelighet*, *bekreftbarhet* og *overførbarhet* som Lincoln & Guba (1985) presenterer for å vurdere kvalitativ forskning. Selv om de er fire frittstående punkter, bør de bli sett på som sammenflettet (Lincoln & Guba, 1985). Videre skal vi se på vår refleksivitet i studien. Refleksivitet vil si de “brillene” vi har på under prosessen, og at vi gjennom hele prosessen er bevisste og overveier betydningen av hva disse “brillene” ser (Malterud, 2017). Med “briller” mener vi i denne sammenhengen den kunnskap som vi har med oss fra før.

For å styrke troverdigheten har vi hele tiden gjennom arbeidet med oppgaven prøvd å velge de veiene som passer vårt fokus best. Gjennom å lese artikler og litteratur har vi underveis opparbeidet oss kunnskap om emnet. Grunnet tidsrammen på masterprosjektet hadde vi ikke mulighet til å møte informanter ved flere tilfeller for å bygge opp tillit, og vi ønsket derfor å rekruttere barselgrupper for å få en så trygg ramme rundt intervjuene som mulig. Vi spurte alle som tok kontakt om de hadde en barselgruppe som kunne delta, da barselgrupper som oftest er kjent med hverandre. Det kan være ulike opplevelser av ammeerfaring representert i barselgruppen på grunn av varierende erfaringer og utfordringer blant kvinnene. På den andre

siden, hvis medlemmene i barselgruppen ikke var trygge på hverandre, kunne det bidratt til at de ikke ville utlevere sine beskrivelser til de andre i gruppen. Dette opplevde vi ikke som tema i våre grupper.

I rekrutteringsprosessen var vi bevisste på at informantene som tok kontakt gjennom Facebook kunne være kvinner som hadde negativ erfaring av eller en brennende interesse for amming. Dette medfører en fare for at vi gikk glipp av informanter som har andre erfaringer. En klar majoritet av våre informanter hadde også høyere utdanning, og det kan tenkes at disse kvinnene er mer interessert til å være med å påvirke og belyse hvordan kvinner opplever ammeveiledningen fra helsepersonell. Ingen av kvinnene i studien var enslige så derfor mangler vi dette perspektivet i studien. Ettersom det i vårt utvalg er variasjon i alder, antall barn og ammeerfaring kan dette styrke troverdigheten i studien, fordi denne variasjonen øker sannsynligheten for å få mer nyanserte og varierte svar på problemstillingen.

Vi erfarte at fokusgruppeintervju passet vårt utvalg, da kvinnene under intervjuene delte fortellinger om erfaringer rundt amming uten at vi trengte å blande oss inn i særlig stor grad. Det var flere spørsmål vi ikke trengte å stille, fordi de allerede var blitt besvart i samtalen. Samspillet i gruppene kan ha ført til at en kvinnes opplevelse kan ha trigget de andre til å fortelle om lignende erfaringer og i sin tur gitt oss rikere beskrivelser. I noen av gruppene måtte vi styre samtalen mer enn i andre, slik at alle informantene skulle få plass til sin fortelling. Under alle intervjuer var vi oppmerksomme på at ordbruken ikke skulle bli for medisinsk, hvilket kan ha bidratt til at kvinnene følte seg trygge og dermed turte å dele sine erfaringer i gruppen. Vi synes at vi hadde best resultat i barselgruppene. Det kan muligens være fordi disse intervjuene ble foretatt i et trygt og kjent miljø for kvinnene. I det første intervjuet kan det også tenkes å ha sammenheng med at vi var mer bevisste på å støtte oss på de oppsatte oppfølgingsspørsmålene i intervjuguiden. Vi er glade for at vi valgte å ha små grupper på under fem personer, da flertallet hadde med babyen til intervjuet, da dette medførte ekstra støy og flere avbrytelser. Samtidig innså vi at det å inkludere tre barselgrupper med tre informanter i hver gjorde oss sårbare, fordi det kunne lede til at intervjuet ble avlyst hvis én ikke møtte opp. Det kunne også gå ut over samtalen i gruppen, at ikke deltakerne inspirerte hverandre til fortelling på samme måte.

Ettersom vi ordrett transkriberte intervjuene, kunne vi forsikre oss om at kvinnenes utsagn hele tiden var korrekt gjengitt. Vi passet godt på at vi tok ut meningsbærende enheter med det rikeste beskrivelsene av erfaringene til kvinnene, og iblant delte vi opp et utsagn i flere enheter for å få frem alle nyanser. Under hele arbeidet har vi vært bevisste på at kategorier og tema skal være dekkende for innholdet i materialet. Vi har nøye beskrevet hele forskningsprosessen for å etterstrebe transparens. En annen person skal kunne følge og forstå prosessen steg for steg fra begynnelsen til slutten.

Vi ville at kvinnene skulle kjenne seg igjen i materialet og kunne bekrefte det. Vi valgte derfor å sende utkastet av våre resultater til en kontaktperson i hver fokusgruppe, også kalt “deltaker sjekk” for å styrke studiens pålitelighet. På denne måten kunne vi rette opp uklarheter, samt sjekke om deltakerne kjente seg igjen i det tolkede materialet, noe informantene bekreftet at de gjorde. Det styrker bekreftbarheten at våre resultater kan bekreftes i annen forskning eller litteratur. Vi utarbeidet også intervjuguiden og gjennomførte innholdsanalysen i samarbeid med veileder, noe som styrker påliteligheten i studien. Dette styrker påliteligheten i studien fordi veileder har gjort flere kvalitative studier, er kjent med Graneheim og Lundmans innholdsanalyse, samt at vi var tre i analyseprosessen.

Vi har under hele prosessen vurdert vår egen innflytelse på materialet og minnet hverandre på å være åpne for uventede konklusjoner og gi rom for tvil og ettertanke. Vi var bevisste på at vår egen forforståelse satte sine spor i materialet, og det var viktig å reflektere over dette slik at det *materialet* fortalte oss ble gjeldende, ikke det vi på forhånd visste eller tok for gitt. Når vi i analyseprosessen plukket ut meningsbærende enheter følte vi at det var en fare for at vi plukket ut enheter vi selv mente var passende svar på det vår problemstilling spør etter. Vi opplevde her at det var en styrke å være to som stadig reflekterte gjennom hele prosessen og kunne korrigere hverandre. På bakgrunn av dette mener vi at vi har vedlikeholdt refleksiviteten igjennom oppgaven så godt det har latt seg gjøre.

Ettersom vår studie er liten og begrenser seg til ammende kvinner, kan ikke resultatene overføres til en annen kontekst. Imidlertid kan økt innsikt i kvinners erfaring av ammeveiledning de har fått fra helsepersonell gi et nytt perspektiv på temaet. Økt kunnskap om dette temaet gir jordmødre og andre helsearbeidere bedre mulighet til å gi gode råd og veiledning før og under ammeperioden.

## 6.0 KONKLUSJON

Mange mødre i vår studie var frustrerte og følte maktesløshet overfor ammesituasjonen. Flere opplevde utfordringer med ammingen, særlig den første tiden etter fødselen, og noen over lengre tid. Enkelte avbrøt ammingen fordi de ikke orket mer. Kvinnene etterlyste helsepersonell som henvendte seg til dem på en måte som uttrykte nærhet og ga dem en følelse av å bli sett. At helsepersonell var tilgjengelig, hadde tid til å følge opp hele ammesituasjonen, var empatiske og varme i møtet med kvinnen ble verdsatt. Videre ønsket kvinnene en endring i hvordan helsepersonell ga ammeveiledning og hvordan informasjonen ble gitt. Kvaliteten bør bli mer detaljert og helhetlig, og det bør benyttes flere ulike typer informasjon og ammestøttende metoder for å tilgodese kvinnenes individuelle behov. Det var essensielt i vår studie at kvinnene ville ha realistisk informasjon om spesifikke problemer som kunne dukke opp i forbindelse med amming, samt en bekreftelse på at det var vanlig å oppleve problemer. På denne måten mente de å være bedre rustet til å takle den første tiden hjemme. Målet med ammeveiledningen bør være en trygg mor som drar hjem med tro på at hun kommer mestre ammingen. For å gjennomføre dette på best mulig måte må helsepersonell, både i helsestasjon og på føde- og barselavdelinger, ha nok kunnskap om amming og ammeveiledning.

Ønsket å få til amming gikk i noen tilfeller gå ut over mors velbefinnende og hindret en god relasjon med barnet. Kvinnene i studien imponerte oss ved at de trosset store smerter for å kunne amme. De hadde stort pågangsmot, til tross for at de opplevde store utfordringer med ammingen. Selv om helsepersonell har som mål å fremme amming, bør de likevel støtte kvinner som ikke klarer mer, begynner med flaskemating eller har valgt å ikke amme. I vår studie så mange kvinner på seg selv som mislykkede eller som dårlige mødre hvis de ikke mestret ammingen.

Ettersom amming er forbundet med mange positive konsekvenser for både mor, barn og samfunn, bør man etterstrebe at flest mulig får en god ammeopplevelse. For å oppnå dette må man før og etter fødsel legge til rette for en kunnskapsbasert helhetlig ammeveiledning, der det finnes tid for å ha fokus på kvinnenes individuelle behov.



## LITTERATURLISTE

- Aasen, I. L. (2015). *Jordmødres ammeveiledning - en observasjonsstudie [sammendrag]* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo.). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/49394>
- Alquist, R. (2006). *Mødre som strever med amming* (Masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg). Hentet fra <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:730987/FULLTEXT01.pdf>
- Ammehjelpen. (2017). Ekstern høring - Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon 0-5 år og fellesdel for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Hentet fra <https://ammehjelpen.no/nyhet/236/nasjonal-faglig-retningslinje-for-helsestasjon-0-5-ar>
- Anonymous. (1994). A warm chain for breastfeeding [Editorial]. *The Lancet*, 344(8932), 1239-1241.
- Backström, C. A., Wahn, E. I. H. & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5(20). doi:10.1186/1746-4358-5-20
- Bærug, A., Langsrud, Ø., Løland, B. F., Tuft, E., Tylleskär, T. & Fretheim, A. (2016). Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 428-439. doi:10.1111/mcn.12273
- Baghurst, P., Pincombe, J., Peat, B., Henderson, A., Reddin, E. & Antoniou, G. (2007). Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery*, 23(4), 382-391. doi:10.1016/j.midw.2006.05.004
- Bjørndal, C. (2011). Veiledning under nye vilkår : skapende prosesser i møtet mellom veileder og veisøker. I T. J. Karlsen (Red.), *Hva er kvalitet i veiledning?* (s. 33-49). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christensen, M. L. (1994). Hermeneutik - fortolkning og forståelse. *Biblioteksarbejde*, 15(41), 25-40, 75.
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Demirtas, B. (2015). Multiparous mothers: Breastfeeding support provided by nurses. *International journal of nursing practice*, 21(5), 493-504. doi:10.1111/ijn.12353
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fenwick, J., Barclay, L. & Schmied, V. (2001). 'Chatting': an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 583-593. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01694.x

- Graffy, J. & Taylor, J. (2005). What Information, Advice, and Support Do Women Want With Breastfeeding? *Birth*, 32(3), 179-186. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00367.x
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haga, S. M. (2011). *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18162/dravhandling-haga.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Halvorsen, M.-K., Langeland, E., Almenning, G., Haugland, S., Irgens, L. M., Markestad, T. & Sollesnes, R. (2015). Amming kartlagt ved rutinedata. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(3), 236-241. doi:10.4045/tidsskr.14.0133
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M. T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1132-1143. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x
- Hansen, N. M. (2017). Ammeveiledning. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka* (s. 715-738). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hansen, N. M. & Huitfeldt, S. A. (2016). *Landsgjennomsnitt fra den elektroniske Mor-barn-vennlige reevalueringen utført i oktober og november 2016*. Nasjonal kompetansetjeneste for amming. Hentet fra [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/Rapport 2016.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings/Documents/Rapport%202016.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Morsmelkerstatninger og tilskuddsblandinger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2015/sep/morsmelkerstatninger-og-tilskuddsblandinger/id2466365/>
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge : Folkehelsepolitikken*. (nr.16 (2002-2003)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (IS-1877): Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* (Veileder IS-2057). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om spedbarnsernæring*: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spedbarnsern%C3%A6ring.pdf>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* . Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Henderson, J. & Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 744-753. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01177.x
- Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien forskning*, 4(1), 18-26.
- Hjälmhult, E. & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 654-662. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x
- Hjälmhult, E. & Økland, T. (2012). Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt. *Sykepleien forskning*, 7(3), 224-230.
- Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien forskning*, 9(1), 14-23. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0019
- Inch, S. (2014). Infant feeding. I J. E. Marshall, M. D. Raynor & M. F. Myles (Red.), *Myles textbook for midwives* (16th. utg., s. 703-736). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Ingram, J., Johnson, D. & Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*, 18(2), 87-101. doi:10.1054/midw.2002.0308
- Klintbom, M. (2007). *Mödrars upplevelse av tidig hemgång efter förlossning i Sverige* (Systematisk litteraturstudie, Uppsala University Library). Hentet fra <http://du.diva-portal.org/smash/get/diva2:518337/FULLTEXT01.pdf>
- Kronborg, H. (2006). *Tidligt ammeophør - kan det forebygges? : et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt* (Doktorgradsavhandling, ). Aarhus universitet, Aarhus
- Kronborg, H., Harder, I. & Hall, E. O. C. (2015). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 82-87. doi:10.1016/j.srhc.2014.08.004
- Kronborg, H., Væth, M. & Kristensen, I. (2012). The Effect of Early Postpartum Home Visits by Health Visitors: A Natural Experiment. *Public Health Nursing*, 29(4), 289-301. doi:10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laanterä, S., Pölkki, T. & Pietilä, A.-M. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *International journal of nursing practice*, 17(1), 72. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01909.x
- Lande, B. & Helleve, A. (2013). *Amming og spedbarns kosthold : landsomfattende undersøkelse 2013* (IS-2239). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/273/Amming-og-spedbarns-kosthold-landsomfattende-undersokelse-2013-IS-2239.pdf>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., . . . MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2. utg., Bind 16). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998a). *The focus group guidebook* (Bind 1). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Morgan, D. L. (1998b). *Planning focus groups* (Bind 2). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (1993). 10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus. Hentet fra [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/10 trinn for vellykket amming.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig/Documents/10%20trinn%20for%20vellykket%20ammig.pdf)
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2015). Om oss. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig-nka>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming. (2017). Mor-barn-vennlig initiativ Sykehus. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig-nka/mor-barn-vennlig-initiativ-mbvi/mor-barn-vennlig-initiativ-sykehus>
- Nasjonal kompetansetjeneste for amming & Landsgruppen av helsesøstre NSF. (2017). Ammekyndig helsestasjon. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammig-nka/mor-barn-vennlig-initiativ-mbvi/ammekyndig-helsestasjon>
- Nommsen-Rivers, L. A., Dewey, K. G., Chantry, C. J. & Wagner, E. A. (2013). Breastfeeding concerns at 3 and 7 days postpartum and feeding status at 2 months. *Pediatrics*, 132(4), 865-875. doi:10.1542/peds.2013-0724
- Rosen, M. I., Krueger, V. M., Carney, M. L. & Graham, A. J. (2008). Prenatal breastfeeding education and Breastfeeding Outcomes. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(5), 315-319. doi:10.1097/01.NMC.0000334900.22215.ec
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. & Dykes, F. (2011). Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth*, 38(1), 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H. & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen: Nasjonale resultater, PasOpp-rapport Nr 4* (9788281218437). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/bruker erfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (IS-1179). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

- Sunhedsstyrelsen i Danmark & Alquist, R. (2016). *Amming: en håndbok for helsepersonell* (H. Strømsnes, Overs., 4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tufte, E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer* (Masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg). Hentet fra <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:733533/FULLTEXT01.pdf>
- Tufte, E. (2013). Håndbok for helsestasjoner. I N. Misvær & P. Lagerløv (Red.), (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Tveit, G. N. I. & Söderhamn, U. (2015). Hva gjør førstegangsmødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 151-164.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., . . . Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Waldenstrom, U., Rudman, A. & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551-560. doi:10.1080/00016340500345378
- Weimers, L., Svensson, K., Dumas, L., Naver, L. & Wahlberg, V. (2006). Hands-on approach during breastfeeding support in a neonatal intensive care unit: a qualitative study of Swedish mothers' experiences. *International Breastfeeding Journal*, 1(20). doi:10.1186/1746-4358-1-20
- World Health Organization. (1981). International code of marketing of breast-milk substitutes. Hentet fra [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf)
- World Health Organization. (2002). The World Health Organization's infant feeding recommendation. Hentet fra [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/)
- World Health Organization. (2017). Exclusive breastfeeding. Hentet fra [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/)
- World Health Organization & UNICEF. (1989). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services: A joint WHO/UNICEF statement. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf?ua=1&ua=1>
- World Health Organization & UNICEF. (1993). *Breastfeeding counselling: A training course: Trainer's guide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization & UNICEF. (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care. Hentet fra [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/)
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>



## VEDLEGG 1

# Informasjonsskriv til deltagelse i studie

*Vil du - som har barn mellom 3 og 12 måneder - delta i en studie med fokus på amming?*



Vi er to jordmorstudenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med vår utdannelse skal vi skrive en mastergradsoppgave som vi ønsker at du skal delta på. Formålet med studien er å få beskrevet hvordan kvinner opplever ammeveiledning av alle typer helsepersonell. Problemstillingen for studien vil være:

***Hvordan beskriver kvinner sin erfaring av ammeveiledningen de fikk av helsepersonell?***

Vi ønsker deg som:

- Bor i området Oslo/Akershus og er over 18 år
- Ha barn som er født mellom juli 2016 og mars 2017 (3-12 måneder)
- Spiller ingen rolle om du ammer eller ikke ammer nå, vi ønsker din erfaring

Informasjon:

- Samle kvinner til et gruppeintervju på et sted dere ønsker
- Intervjuet tas opp på lydbånd
- Informasjonen vil bli behandlet konfidensielt
- Alle notater og lydbånd vil bli slettet etter endt studie
- Frivillig deltagelse. Du kan trekke deg når som helst uten å oppgi grunn
- Intervjuet vil vare mellom 30-90 minutter
- Ingen vil kunne bli gjenkjent i oppgaven, anonymiseres
- Vi har taushetsplikt og ingen andre enn oss og vår veileder har tilgang til materialet
- Planlagt avsluttet prosjekt 26.10.17. Om du ønsker kan du se den ferdigstilte oppgaven

Ta kontakt om du ønsker å delta:

- |                          |                  |  |
|--------------------------|------------------|--|
| ❖ Jenny Jonnson          | Mobil: 93031410. | E-mail: <a href="mailto:s307546@stud.hioa.no">s307546@stud.hioa.no</a> |
| ❖ Mari Sverdrup-Thygeson | Mobil: 90943940. | E-mail: <a href="mailto:s898162@stud.hioa.no">s898162@stud.hioa.no</a> |

### INTERVJUGUIDE



- Kan du fortelle hva du tenkte om amming mens du gikk gravid?
- Når du tenker på ordet ammeveiledning, beskriv hva du tenker du på da?
- Kan du beskrive hvor du fikk råd eller undervisning om amming?
- Har du fått støtte og ammeveiledning av noen andre enn helsepersonell?
- Hvordan har helsepersonellets støtte og ammeveiledning påvirket din amming?
- Beskriv hva som eventuelt har vært vanskelig for deg når det gjelder amming?
- Beskriv råd, støtte og veiledning som du spesielt er fornøyd med og hvem har du fått disse av?
- Beskriv råd, støtte og veiledning når det gjelder amming som du ikke er fornøyd med og hvem du har fått disse av?
- Hvordan opplevde du helsepersonellets støtte og veiledningen når det gjelder amming du fikk;
  - under svangerskapet på helsestasjonen?
  - på fødeavdeling (de første 2 timer etter fødsel)?
  - under ditt opphold på barselavdelingen?
  - etter barnet var født på helsestasjonen?
- Var veiledningen tilpasset dine individuelle behov?
- Hva er din erfaring av å få råd fra ulike helsepersonell?
- Var disse rådene like eller ulike? Kan du gi et eksempel?
- Kan du gi noen eksempler på noe du skulle ønske kunne vært annerledes med veiledningen?

#### Oppfølgingsspørsmål som vi ønsker stille der det er nødvendig for å utdype svar:

- Kan du forklare det mer detaljert?
- Hva betydde det for deg?
- Hvordan fikk det deg til å føle?
- Hvordan opplevde du det?
- Kan du si noe mer om det?
- Kan du gi et eksempel?

### VEDLEGG 3

## Samtykkeskjema for deltagelse



Jeg gir herved mitt samtykke til å delta på personintervju for studien:

*Hvordan beskriver kvinner sin erfaring av ammeveiledningen de fikk av helsepersonell?*

Jeg er innforstått med at deltagelsen er helt frivillig og at jeg når som helst kan avbryte min deltagelse uten å måtte oppgi noen årsak.

**Sted og dato**

**Signatur**

---

---

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

**Sted og dato**

**Signatur**

---

---



## VEDLEGG 4



Zada Pajalic  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 09.06.2017

Vår ref: 54356 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54356</i>	<i>Hvordan opplevde mødrene ammeveiledningen de fikk av helsepersonell</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Zada Pajalic</i>
<i>Student</i>	<i>Jenny Jonsson</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 26.10.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*