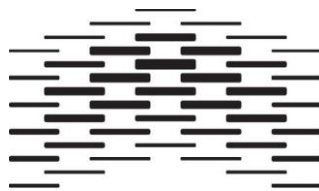


**MASTEROPPGAVE**  
**Studieprogram: Master i Jordmorfaget**  
**Oktober, 2017**

**TITTEL:** Evaluering av kvinners oppfatning av veiledning og støtte når det gjelder amming dem får fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen, fødeklinikk, barsel og helsestasjon

Kandidat nr: 111

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for sykepleie og helseforebyggende arbeid**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

**Antall Ord: 14278**

## **Abstrakt (Norsk)**

Bakgrunn: Norge har lenge hatt en sterk ammekultur, men det har vært endringer i ammefrekvensen de siste årene. Mye er gjort for å opprettholde en høy ammefrekvens men, til tross for flere tiltak fortsetter ammefrekvensen å gå ned.

Problemstillingen var «*Evaluering av kvinners oppfatning av veiledning og støtte når det gjelder amming dem får fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen, fødeklinikk, barsel og helsestasjon*»

Design: Studiedesignet var en mixed metode. Data ble samlet inn med et spørreskjema. Totalt 114 kvinner svarte på spørreskjemaet. Data ble analysert med kvalitativ - og statistisk analyse.

Resultat: Resultater viste at kvinner ikke er fornøyde med ammeveiledningen og støtte de får hverken i kommune-helse og omsorgstjenesten eller på sykehuset. Analysen av kvalitative datamateriale identifisert 3 kategorier: utfordringer under amming, ammeveiledning og støtte som settes pris på og ammehjelp og støtte som ønskes.

Konklusjon: Ammeveiledningen og støtte kvinner får fra helsepersonell generelt er mangelfull og bristende.

Nøkkelord: Amming, Ammestøtte, Veiledning, Helsepersonell

## **Abstract (English)**

Background: Norway has long had a strong breastfeeding culture. Despite of all the strategies in place to keep the breastfeeding frequency up, the numbers show that the frequency continues to go down.

The statement of the research problem was; «*Evaluation of breastfeedingsupport and counselling women receive from healthcare professionals in antenatal centers, the birth and maternity wards and the healthcare centers*»

Design: The study was a mixed methods cross-sectional study. Data was collected with a questionnaire with a total of 24 questions. 114 women participated in the study.

Results: Breastfeedingsupport and counselling in the community healthcare centers and the hospitals is perceived as insufficient. The analysis of qualitative datamaterial revealed 3 categories: challenges faced when breastfeeding, breastfeedingsupport and counselling that women appreciate and breastfeedingsupport and counselling women wish they could get.

Conclusion: Women are generally not satisfied with the breastfeedingsupport and counselling they receive from healthcare workers.

Keywords: Breastfeeding, Breastfeedingsupport, Counselling, Healthcare worker

## Innhold

Abstrakt (Norsk).....	ii
Abstract (English) .....	iii
1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn .....	3
1.2 Problemstilling .....	9
Hensikt .....	9
Problemformulering .....	9
2.0 Redegjørelse av begrepene.....	11
2.1 Definisjon av støtte og veiledning.....	11
2.2 Helsepersonellens pedagogisk funksjon.....	11
2.3 Faser i Veiledning .....	12
2.4 Støtte og veiledning som mestringfremmende tiltak .....	12
3.0 Metode.....	14
3.1 Design.....	14
3.2 Studie kontekst .....	15
3.3 Utvalg .....	15
3.4 Datasamling.....	15
3.5 Data Analyse .....	16
3.5.1 Analyse av kvantitativ data .....	16
3.5.2 Analyse av kvalitative data.....	17
3.5 Ethiske overveielser .....	24
3.6 Forforståelse .....	24
4.0 Resultat.....	25
4.2 Resultat fra kvalitativ analyse .....	37
4.2.1 utfordringer under ammingen.....	37

4.2.2 Ammeveiledning og støtte som settes pris på .....	38
4.2.3 Ammehjelp og støtte som ønskes .....	40
5.0 Diskusjon .....	43
5.1 Diskusjon av metode .....	43
5.1.1 Design .....	43
5.1.2 Utvalg .....	43
5.1.4 Data analyse .....	45
5.1.5 Studiens validitet .....	45
5.1.6 Troverdighet .....	46
5.1.7 Studiens begrensninger .....	46
5.2 Diskusjon av resultater .....	47
6.0 Konklusjon .....	51
Litteraturliste .....	52
Vedlegg .....	55

## **1.0 Innledning**

Gjennom jordmor studiet har forfatteren vært på mange forskjellige praksis steder, og hatt praksis som tar sikte for å vise jordmor studenter de mange nyanser som finnes når man skal jobbe i jordmor yrket. Et av de praksis stedene forfatteren har vært i praksis er den som ga utsprang til inspirasjon om å skrive om en problemsstilling som omhandler amming.

Forfatteren opplevd at det er mange fortvilte mødre, særlig førstegangsfødende, som trenger veiledning og støtte når det gjelder amming. Disse mødrene får imidlertid ikke tilfredsstillende støtte fordi helsepersonell ikke hadde tid til rådighet for ordentlig støtte og veiledning. Som følge har forfatteren opplevd at mange mødre fikk såre brystknopper. Dette resultatet i at mødre orket ikke smertene som følge av såre bryster noen som igjen ført til en del frustrasjoner blant mødre i barnets første levedøgn. Selv om mødre var innlagt på en Mor-Barn-Vennlig sykehuset opplevde forfatteren at det var ikke alle trinnene som ble fulgt. Innimellom ble det en krasj mellom ti-trinn til vellykket amming og kvinners ønsker når det gjelder amming. Forfatteren har også opplevd forskjellige praksis når det gjelder ammeveiledning og støtte fra forskjellige helsepersonell, noe som utløst et spørsmål om hvorfor det var slik. Forfatteren ble derfor interessert i en amme-prosjektet som foregikk på høyskolen i det prosjektplanen skulle arbeids og mye av inspirasjon til studien ble hentet fra amme-prosjektet.

## **1.1 Bakgrunn**

United Nations Children's Fund (UNICEF) og Verdens Helseorganisasjon (WHO) har tidligere vært og er fortsatt forkjempere for amming over hele verden (WHO, 2017). Gjennom disse organisasjoner kom den «Baby Friendly Hospital Initiativ» (BFHI) til mange land verden rundt. Dette initiativet ble lansert i 1991 for å forfremme et globalt program med fokus på at sykehusene over store deler av verden skulle følge de ti trinnene for vellykket amming, samt den internasjonale koden for markedsføring av morsmelk erstatning (UNICEF & WHO, 2009). Norske oppfølgeren som kalles for Mor-Barn-Vennlig Sykehus Initiativet (MBVSI) ble lansert i Norge samme år. UNICEF og WHO sin ti trinn for vellykket amming er basert på land med mindre ressurser og skulle være lett for land med bedre ressurser å følge (Hansen, 2010b). De ti trinnene til vellykket amming skulle sørge for at så mange mødre fikk til å amme sine/sitt barn gjennom tilrettelegging, veiledning og støtte fra helsepersonell både i svangerskapsomsorgen og etter fødsel (UNICEF & WHO, 2009). UNICEF og WHO besluttet seg til å fremme brystmelk som den beste for spedbarn som følge av den Innocenti

erklæringen for å beskytte, forfremme og støtte amming. Innocenti erklæringen ble etablert i 1990 (WHO, 1990).

Erklæringen ble besluttet etter å ha studert og vurdert fordelene et spedbarn får fra morsmelk de første 4 til 6 måneder av sitt liv (UNICEF & WHO, 2009). Fordeler som er funnet i morsmelk er blant annet beskyttelse fra gastro-intestinale infeksjoner og allergier (Kramer, Chalmers, Hodnett, & et al., 2001; van den Bogaard, van den Hoogen, Huygen, & van Weel, 1993; Walker, 2010) og beskyttelse fra infeksjoner i øvre og nedre luftveiene (Duijts, Jaddoe, Hofman, & Moll, 2010; Kramer et al., 2001). Walker, 2010 har i sin studie funnet at brystmelk-ernært barn både i industrialisert land (I-land) og utviklingsland land (U-land) var mere beskyttet fra infeksjoner enn barn som ikke hadde blitt brysternært. Victora og medarbeidere, (2016) sin studie også konkludert med samme resultater som forskere referert til over. Deres studien har også funnet resultater som viser at morsmelk reduserer forekomsten av, eller alvorligheten av mange smittsomme og ikke smittsomme sykdommer, blant annet bakteriell meningitt, diaré, luftveisinfeksjon, enterokolitt, mellomørebetennelse, urinveisinfeksjoner og sepsis hos premature barn (Victora et al., 2016). Walker, (2010) beskriver faktorer som bidra til den beskyttende effekten, blant annet at brystmelken tilpasser seg spedbarnet behov. Videre påpeker Walker (2010) at komponentene i melken bidrar til å stimulere utvikling av spedbarnets infeksjonsforsvarmekanismen gjennom oppbygging av slimhinnene i mage-tarm systemet og gjennom demping av den overdreven inflammatorisk respons i spedbarn (Walker, 2010).

Ifølge WHO, (2009) praksis av optimale spedbarn og småbarn ernæring rangeres som en av de meste effektive intervensjoner innen spedbarn og småbarns helse (WHO, 2009). Med dette i bakgrunn har UNICEF og WHO utarbeidet 10-trinn for vellykket amming. Hensikten med dem er at sykehusene og helsepersonale utenfor sykehusene skal følge dem i tilrettelegging, støtte og veiledning av mødre på vei til en vellykket ammeperiode (UNICEF & WHO, 2009). I figuren under presenteres et utdrag av de 10-trinnene oversatt til norsk av forfatteren. Ifølge WHO (2009) alle føde-og barsel avdelinger bør ha opparbeidet det følgende;

1. Ammeprosedyrer som alle helsepersonell bør rutinemessig oppdatere seg på og bli kjent med.
2. Foreta opplæring av helsepersonell i ferdigheter som er nødvendig for å mestre praktisering av prosedyrer
3. Informere alle gravide og fødende om fordelene ved amming.
4. Hjelp mødre etablerer amming innen en time etter fødsel.
5. Vise mødre hvordan amme sitt barn og hvordan opprettholder brystmelk produksjon selv om de blir adskilt fra barnet.
6. Gir ingen annen mat eller drikke til spedbarn bortsett fra tilfeller hvor det er medisinsk grunn til det.
7. Har barnet inntil mor og mor og barn bør ha anledning til å være sammen hele døgnet.
8. Oppmuntret til selvregulering noe som betyr at barnet bør få komme til brystet så ofte det vil.
9. Gi ingen smokk eller flaske til barnet som ammes inkludert narresmokk.
10. Fremme etablering av barselgruppe/støttegrupper og henvis mødre til støttegrupper ved utskrivelse fra sykehuset.

**Figur 1: WHO-10 trinn til vellykket amming. Et utdrag fra WHO, 2009** Kilde: (UNICEF & WHO, 2009).

Norges nasjonalfaglige retningslinjer for spedbarnsernæring anbefaler også at så lenge barnet trives og vokser fint og så lenge mor trives med amming, er det ingen grunn til å gi barnet noe annen mat og drikke enn morsmelk de første seks månedene av livet (Helsedirektoratet, 2017b). Denne anbefaling er i tråd med dagens anbefalinger fra WHO (WHO, 2009).

I litteraturen finnes det forskjellige definisjoner av amming (Noel-Weiss, Boersma, & Kujawa-Myles, 2012). I figuren som presenteres ned presenterer viser forfatteren til forskjellige definisjoner av amming. Figuren ble publisert av WHO, (2008). Innhold i figuren er oversatt til norsk av forfatteren.



Metode	Hva barnet få	Kan inkluder	Kan ikke inkludere
Fullamming	Brystmelk (inkluder melk fra brystmelk bank)	Glukose og Elektrolytt Mikstur (GEM), vitaminer, mineraler og medisiner	Noe annet.
Partielle amming	Hovedsakelig brystmelk (Inkluderer melk fra en brystmelk bank) som hoved kilde til næring	Drikker (vann og drikker blandet i vann, frukt juice), rituelle væske, GEM, vitaminer, mineraler, og medisiner	Noe annet særlig morsmelk erstatning.
Komplementær amming	Brystmelk (inkluder brystmelk fra en brystmelk) og fastføde og grøt	Alt annet er inkludert inklusiv morsmelk erstatning	NA
Amming	Bryst melk (inkluder melk fra en brystmelk bank), fastfødes eller grøt	Alt annet er inkludert inklusiv morsmelk erstatning	NA
Flaske og smokk	Alle drikker (inkludert brystmelk) eller tynn grøt som gis med flaske og smokk	Alt annet er inkludert inklusiv morsmelk erstatning og grøt	NA

**Figur 2: WHO definisjoner av spedbarn og småbarns ernæring** Kilde: (WHO, 2008)

Amming kan ta mange forskjellige former, og mønstrene av amming kan variere gjennom en ammeperiode (Noel-Weiss et al., 2012). Noel-Weiss og medarbeidere påpeker at, hva barnet får i seg i en ammeperiode, hvor lenge og hvordan barnet får det er vesentlig for å definere forskjellene mellom fullamming, partielle amming og flaske mating (Noel-Weiss et al., 2012). Ifølge Noel-Weiss et al er dette viktig fordi det har blitt vanlig for mødre å pumpe brystmelk og gir den til barnet med kopp eller flaske og smokk (Noel-Weiss et al., 2012). Noel-Weiss et al, 2012 videre skriver at dersom man skal jobbe med tiltak rettet mot amming skal man vite hva forskjellene i spedbarnsernæring i populasjonen som jobbes med er (Noel-Weiss et al., 2012). Noel-Weiss et al, 2012 videre påpeker at bruk av definisjonen fullamming i undersøkelser kan være villedende for mødre dersom spørsmålene dreier seg om hvordan

barnet er ernært på en bestemt tidsaspekt istedet for hvordan barnet ble ernært fra fødselen og videre i spedbarns og småbarnsalderen (Aarts et al., 2000; Noel-Weiss et al., 2012).

Norge har en sterk ammekultur og en lang tradisjon for amming (Hansen, 2010b). Det tilrettelegges for kvinner i arbeid for å få til amming av sitt barn og det jobbes hardt i helsedepartementet med at kvinner skal oppfylle sine rett til å amme (Helsedirektoratet, 2017a). Likevel viser en undersøkelse utført av Statistisk Sentralbyrå (SSB) på veien av helsedirektoratet at andel ammede i Norge går ned (Britt & Arnfinn, 2014). Rapporten utført i 2013 viser en nedgang fra 95% ammede ved 2 ukers alder til 65% ved 6 måneders alder (Britt & Arnfinn, 2014). Rapporten viser også at andel fullammede barn gikk ned fra 84% ved 2 ukers alder til 44% ved 4 måneders alder (Britt & Arnfinn, 2014). Etter 6 måneders alder viser rapporten at 67% av barna fortsatt ble ammet ved 7 måneder, 55% ved 9 måneder og 39% ved 11 måneders alder (Britt & Arnfinn, 2014). Når rapporten sammenlignet med resultater fra lignende undersøkelser utført i 1998-1999 og 2006-2007, vises det en nedgang etter at barnet har fylt 6 måneder mens det var fortsatt uendret resultater som i 1998-1999 og 2006-2007 undersøkelser (Britt & Arnfinn, 2014).

Kvinner i Norge har flere anledninger til å få informasjon, veiledning og støtte når det gjelder amming (Helsedirektoratet, 2005, 2014). I retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefales det at gravide får tilbud om samtale om amming enten i grupper med andre gravide eller individuelt (Helsedirektoratet, 2005). I samtale anbefales det at den som har kvinnen til konsultasjon gir kvinnen praktisk og teoretisk informasjon samt undervisning om amming og fordelene som finnes i morsmelk. Det nevnes også at om det er ønskelig kan gravide som ønsker det får støtte og veiledning fra kvinner med ammeerfaring fra frivilling organisasjoner, for eksempel ammehjelpen (Helsedirektoratet, 2005). Det er også nedfelt i retningslinjer for barselomsorgen at Ti trinn for vellykket amming er minstestandard for svangerskaps-, fødsel og barselomsorgen. (Helsedirektoratet, 2005). De er skrevet i retningslinjene at barsel omsorgen i Norge er under utvikling. Det blir stadig rom for tilpasninger slik at mer oppfølging av barsel kvinner kan gjøres i hjemmekommune fordi sykehusoppholdet etter fødselen blir gradvis kortere (Helsedirektoratet, 2005). I retningslinjene er det anbefalt individuell veiledning og støtte det første tiden til alle fødende enten de er på sykehuset eller hjemme. Anbefaling av individuell støtte gjelder minst inntil kvinnen mestrer ammingen (Helsedirektoratet, 2014). Ifølge retningslinjene, individuell støtte skjer gjennom et besøk av helsesøster i hjemmet det første 7-10 dager etter fødsel. Jordmor må også vurdere og tilrettelegge for hjemmebesøk innen det første 2-3 dager etter hjemreise (Helsedirektoratet,

2014). Videre foreslår retningslinjene at kvinner som ønsker å amme får være på barselavdelingen så langt det la seg gjør inntil ammingen fungerer tilfredsstillende eller at føde-barsel avdelingen forsikrer seg at kvinnen vil få god hjelp ved hjemmebesøk av helsesøster og jordmor og hjelp fra konsultasjoner på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2014)

Det er en del av jordmors ansvarsområde er å gi råd og omsorg til kvinner gjennom svangerskapet, fødsel og i barseltid, samt å gi omsorg til det nyfødte barnet (Kringeland, 2010). Omsorgen til ammende kvinner omfatter blant annet veiledning og støtte når det gjelder amming og å sørge for at kvinnens behov for trygghet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barseltid ivaretas (Kringeland, 2010). Ifølge Krammer og medforfattere, (2001), mødre vanligvis bestemmer seg for å amme lenge før nedkomst og kanskje til og med før de blir gravide (Kramer et al., 2001). Det er derfor viktig at informasjon om amming, støtte og veiledning også gis i svangerskapsomsorgen. En av grunnene som ført UNICEF og WHO til å starte opp med BFHI i 1991 var bevis på at veiledning og støtte når det gjelder amming økt antall mødre som vil amme i starten av barsel perioden og økt varigheten av amming (Gagnon, Leduc, Waghorn, Yang, & Platt, 2005).

I faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen, (2005) anbefales det at mødre forberedes på amming i uke 32. Jordmor eller lege som har ansvaret for svangerskapskontroller gir informasjon til kvinnen med mulighet for diskusjon og spørsmål dersom kvinnen har behov for det (Helsedirektoratet, 2005). Krammer et al, 2001 i deres studie «Promotion of Breastfeeding Intervention Trial» (PROBIT) forsket på effekten av BFHI på fullamming og varighet av ammeperioden hos mødre i Belarus. PROBIT studien konkludert med at intervensjoner som er konsistent med BFHI økt antall mødre som ammet eksklusivt både ved 3 måneders og 6 måneders alder. Studien vist også at ammeperioden i barnets første året hos mødre som fikk støtte i intervensjon gruppen ble forlenget (Kramer et al., 2001). I en annen studie utført i Colorado USA sammenlignet forskerne sykepleieres oppfatning av ammeprosedyrer i store sykehus som fulgte UNICEF/WHO BFHI og mindre sykehus som ikke fulgte BFHI og fant at sykepleiere på begge sykehusene støttet BFHI sin ammeprosedyrer (Weddig Jennifer, Baker.S. Susan, & Garry, 2011). Forskjellen på dem var at sykepleiere på sykehusene med BFHI ammeprosedyrer praktisert, støttet og veiledet kvinner i tråd med 10 trinn til vellykket amming mens sykepleiere på sykehusene som ikke var mor-barn-vennlig gjorde ikke det (Weddig Jennifer et al., 2011). Samme studie vist at bare sykepleiere ved mor-barn-vennlig sykehusene oppfattet det som deres primære ansvar å støtte og veilede kvinner med spørsmål relatert til amming (Weddig Jennifer et al., 2011). En

systematiskoversikt utført i 2013 konkluderte også med at veiledning og støtte til barsel kvinner økt ikke bare eksklusiv amming, men reduserte også antall kvinner som ikke ammet i det hele tatt (Haroon, Das, Salam, Imdad, & Bhutta, 2013)

Som vist tidligere har implementering av BFHI i sykehusene ført til ikke bare økt eksklusiv ammefrekvens blant nyfødte frem til 3 måneders alder, men også til høyere forekomst av amming og varighet generelt (Gagnon et al., 2005; Haroon et al., 2013; Kramer et al., 2001). Det finnes fortsatt usikkerhet om hvordan ammende kvinner kunne få støtte i kommune etter at de er utskrevet fra sykehuset (Bærug Anne et al., 2016). Det at kvinner skrives ut fra sykehuset tidligere enn før, gjør det nødvendig å flytte fokus for ammeveiledning og støtte til å gjelde også for kommunehelsetjeneste (Bærug Anne et al., 2016). En systematiskoversikt utført i USA med fokus på utfall av intervensjoner rettet mot amming i kommunehelsetjenesten fant at intervensjoner kunne vært enda mere effektiv mot økning av antall kvinner som fullammer, eller som ammer inntil barnet er et år dersom det ble kontinuitet i støtte etter at kvinnen er utskrevet fra sykehuset (Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, & IP S, 2008). I Norge skrives førstegangs fødende kvinner ut fra sykehuset etter 3 døgn på barsel avdelingen og fleregangs fødende skrives ut etter 2 døgn og eventuelt tidligere etter eget ønske (Helsedirektoratet, 2014).

## **1.2 Problemstilling**

### **Hensikt**

Forfatterens problemstilling søker å belyse og øke kunnskapen om hvordan kvinner oppfatter veiledning og støtte når det gjelder amming de får fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen, på føden, barselavdelinger og på helsestasjonen etter at de er utskrevet fra sykehuset.

### **Problemformulering**

*«Evaluering av kvinners oppfatning av veiledning og støtte når det gjelder amming de får fra helsepersonell i svangerskapsomsorgen, fødeklinikk, barsel og helsestasjon»*

Med helsepersonell inkluderes leger som utfører svangerskapsomsorg og etterkontroller etter fødsel, jordmødre enten i svangerskapsomsorg eller på føde/barsel avdelinger, sykepleiere og barnepleiere på føde/barselavdelinger og helsesøster enten på sykehuset eller på helsestasjon.

Eventuelt alle andre helsepersonell som er involvert i omsorgen av gravide, fødende, barsel kvinner og deres barn inkluderes i vurderingen.

## **2.0 Redegjørelse av begrepene**

For å sette problemstillingen i en jordmors og helsepersonalets perspektiv utdypes begrepene støtte og veiledning, samt dens betydning i å forsterke kvinnens mestring og mestringstro i den aktuelle situasjonen.

### **2.1 Definisjon av støtte og veiledning**

Veiledning defineres som en måte å gi hjelp til et annet menneske gjennom å lede dem til å utforske sine egne tanker, følelser og handlinger. Dette gjøres med tanke på at den som mottar veiledningen til slutt vil oppdage og komme fram til løsninger for sine utfordringer og gjøre bruk av sine ressurser (Kristoffersen, Skaug, & Nortvedt, 2011). Veiledning i helsepersonalets sammenheng defineres også som en pedagogisk oppgave som har som mål å formidle hovedsakelig nye kunnskaper og ferdigheter til personer som befinner seg i en ny og ukjent situasjon (Kristoffersen et al., 2011).

### **2.2 Helsepersonellens pedagogisk funksjon**

Tveiten, (2008) beskriver hensikten med veiledning som det å bemyndige (*empower*) mottager av veiledningen (Tveiten, 2008). Å bemyndige en person innebærer å styrke vedkommendes kompetanse, selvtillit og evne til aktivt å medvirke beslutninger knyttet til sin situasjon. Fordelen med denne funksjonen som alle helsepersonell er ansvarlig å sette seg i er at det setter i gang en utviklingsprosess som er knyttet til bevisstgjøring av personens egne verdier og til bearbeiding av nye kunnskaper og ferdigheter som senere kan brukes til å mestre, til og med andre livssituasjoner.

Å legge til rette for oppdagelse, mestring og utvikling er en forutsetning for god veiledning (Tveiten, 2008). Dette innebærer at helsepersonell foretar vurderinger og valg som må settes i sammenheng med hverandre for at den som får veiledning får best mulig utbytte. Prosessen helsepersonell gjennomgår og de vurderingene og valgene som tas kalles for undervisningsprosess (Tveiten, 2008). Prosessen baserer seg på hvem målpersonen eller målgruppen er, hvilken situasjon det er snakk om, og konkret hensikt med veiledningen (Tveiten, 2008). Et vellykket veiledningssamarbeid mellom mennesker er ifølge Kristoffersen et al., (2011) avhengig av helsepersonellens sammensatte kompetanse og nærhet til den som mottar veiledning. Tveiten, (2008) påpeker at forskjellige personer har sine egne verdier, normer, holdninger, tro på egne muligheter, rollemodeller, opplevde behov, kunnskapsbase og

forventninger også videre. Når helsepersonell påtar seg veiledningsoppgaven overfor personer som har behov for veiledning må de derfor ta utgangspunkt i vedkommendes situasjon, verdier og opplevde behov (Tveiten, 2008). Tveiten videre påpeker at vurdering av situasjonen er viktig før veiledningen begynner fordi dette kan ha betydning for videre valg av metoder som brukes senere i veiledningen. Vurderingen bør alltid gjøres i samarbeid med personen som skal motta veiledning (Tveiten, 2008).

### **2.3 Faser i Veiledning**

Det er viktig for helsepersonell å være bevisst de ulike fasene i veiledningen for at hensikten med veiledning skal oppnås (Tveiten, 2008). Alle typer veiledning foregår gjennom fem faser, med planlegging som den begynnende fase og bearbeiding som slutfasen. Planleggingsfasen er den fasen før veiledningen finner sted. Det er i den fasen at helsepersonell som skal gi veiledning gjør vurderinger og valg ut i fra hvem mottakeren er, hvor veiledningen skal finne sted og når veiledningen skal finne sted.

Planleggingsfasen etterfølges av blir kjent/bli trygg-fasen. Denne fasen starter når veileder og den som skal motta veiledning møtes. Å bli kjent kan innebære at veilederen snakker med mottakeren om hvordan vedkommende opplever sin situasjon, hva vedkommende er opptatt av og hvilke behov vedkommende har. Det er i denne fasen at forventningene fra begge parter og hensikten med veiledningen klargjøres. I denne fasen kan grunnlaget for tillit dannes. Etter at man har blitt kjent og trygg på hverandre begynner arbeidsfasen. I denne fasen arbeides det med det som er innhold i veiledningen. Denne fasen varer oftest lengst. Så følger avslutningsfasen der det trekkes eventuelle konklusjoner etter oppsummering av veiledning og læringsresultater. Muligheter for videre veiledning og veien videre tegnes etter evaluering og vurdering av hensikten og forventninger som ble notert tidligere i blir kjent-fasen (Tveiten, 2008). Til slutt kommer bearbeidingsfasen. Bearbeiding av informasjon og kunnskap fortsetter selv om veiledningen er avsluttet. Det er i denne fasen at veisøkeren reflekterer over veiledningen for å sjekke om det er noe behov som krever oppmerksomhet og handling (Tveiten, 2008).

### **2.4 Støtte og veiledning som mestringsfremmende tiltak**

Ved fødsel av et barn befinner det fleste kvinner seg i en ny livssituasjon (Reinar & venheim, 2010). Fødselen av et nyt barn kan oppleves som en overgangsritual som fører til store

personlige endringer og ny sosial identitet med nye roller (Reinar & venheim, 2010). Det å bli foreldre fordrer at kvinnen alene eller sammen med sin partner må gjøre store endringer i sin livsstil og i sitt forhold for å tilpasse livet med et nytt barn. Derfor trenger kvinnene veiledning for at de skal være i stand til å mestre den nye livssituasjonen. Ifølge Alquist, (2006) beskriver mødre at det å få kunnskap, veiledning og støtte av helsepersonell øker mestring av amming og motiverer dem til å fortsette å amme (Alquist, 2006). En av de viktigste faktorene som kan påvirke amming i en negativ retning er når helsevesenets praksis og rutiner ikke legger til rette for støtte og veiledning når det gjelder amming (Hansen, 2010a). Dette alene dog ikke kan holdes ansvarlig for lavere ammeforekomst (Hansen, 2010a). En systematisk oversikt utført i 2007 viste at profesjonell støtte var effektiv når det gjelder å øke varighet av den totale ammeperioden (McCormick, Renfrew et, al 2007).



### 3.0 Metode

Metoden defineres i litteraturen som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap eller en måte for å etterprøve kunnskap som allerede finnes (Dalland, 2012). I dette kapittel presenteres forfatterens fremgangsmåte som førte fram til anskaffelse av kunnskap som belyser og svarer på studiens problemstilling.

### 3.1 Design

Denne studien er en tverrsnittstudie med en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. En tverrsnittdesign har ifølge Polit og Beck, (2017) hensikten av å observere, beskrive og dokumentere sider ved et fenomen som skjer naturlig uten påvirkning fra den som undersøker den (Polit & Beck, 2017). Tverrsnittstudier utføres i nåtid noe som tilsier at undersøkeren av et fenomen søker å finne svar om et fenomen på et bestemt tidsperiode (Polit & Beck, 2017).

Studien ble designet for å ta i bruk både kvantitative og kvalitative data for å belyse problemstillingen, herved kategoriserer forfatteren studiedesignet som en «mixed methods» studiedesign. «Mixed methods» studiedesign defineres av Tashakkori og Teddlie, (2010) som en studiedesign der undersøkeren samler, analyserer og integrerer data med bruk av både kvalitative og kvantitative metoder og tilnærminger i samme studie (Tashakkori & Teddlie, 2010). I metode litteratur nevnes komplementaritet i det at undersøkeren unngår begrensninger som kan oppstå ved bruk av en type design blant fordeler ved «mixed methods» studiedesign. Videre er det nevnt praktikalitet som en fordel på grunn av at fenomener er kompleks slik at trinnvis undersøkelse av et fenomen ofte er påkrevd (Polit & Beck, 2017).

Det ble brukt en konvergent design innad i «mixed» metoden. Dette tilsier at undersøkelsesinstrumentet som ble brukt, hadde både kvantitative og kvalitative spørsmål i samme skjema, og data materiellet ble samlet på samme tidspunkt fra samme deltagere. Polit og Beck, (2017) påpeker at konvergent design i «mixed» metode har hensikten å samle forskjellige, men utfyllende data om sentrale fenomener som utforskes. En deskriptiv tilnærming ble brukt i samling og analyse av data derved er studien av deskriptiv art.

### **3.2 Studie kontekst**

Mellom årene 2006 og 2016 har det blitt født i gjennomsnitt 58000 barn i Norge hvert år. På kommune basis i østlandsområdet har det blitt født hittil 4816 barn i Oslo og 3410 i de 24 kommunene som danner Akershus. I følge den landsomfattende undersøkelse om amming og spedbarns kosthold utført i 2013, ble det påpekt at 98% av spedbarn får morsmelk enten via amming eller utpumpet/håndmelket innen den tiden de reiser fra sykehuset (Britt & Arnfinn, 2014). Dette tilsier at konteksten med amming som sentralt tema omfatter mange kvinner. Studien begrenset ikke hvor i landet informantene befant seg, konteksten gjaldt kvinner med ammeerfaring over hele landet.

### **3.3 Utvalg**

Studiens inklusjonskriterier var at kvinner skulle ha ammeerfaring, erfaring med ammeveiledning og støtte fra helsepersonell i Norge enten i kommunehelsetjenesten, eller på sykehuset. Videre at de kunne forstå norsk og hadde gode norsk skriftlig ferdigheter. I rekruttering av deltagere brukte forfatteren en bekvemmelighets rekrutteringsteknikk ved bruk av sosiale medier og eget nettverk til å invitere til studie deltagelse. Et bekvemmelighetsutvalg ble brukt på grunn av at det var en utfordring å rekruttere deltagere ved ulike helse og omsorgsenheter. Alle som hadde mulighet til å svare på spørreskjemaet ble inkludert i studien.

I et bekvemmelighetsutvalg bruker man mulighetene til rådighet for eksempel eget nettverk og nettverket til allerede rekrutterte deltagere for å nå nye deltagere med samme kriterier som samsvarer med studiens inklusjonskriterier (Malterud, 2011).

### **3.4 Datasamling**

Til data innsamlingen ble det brukt 13 spørsmål fra et spørreskjema utviklet og validert av Ekström m fl. (2005) (Ekstrom, Widstrom, & Nissen, 2005). Disse 13 spørsmålene (vedlegg 2) hadde blitt oversatt til norsk i forkant av studien. Den norske oversettelsen hadde blitt testet av 27 norske kvinner med ammeerfaring og medisinsk kunnskap, med hensikt av å gi tilbakemelding om oversettelsen og om spørsmålene var tilpasset til norsk kontekst. Etter mottak av tilbakemeldingene var det gjennomført mindre språk justeringer på spørsmålene. De originale spørsmålene er presentert i spørreskjemaet som spørsmål nummer; 2, 4, 7, 8, 9, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23 og 24. Forfatteren av denne oppgaven la til ytterligere 11 spørsmål

som hadde hensikten av å belyse problemstillingen videre. Disse spørsmålene har følgende nummer i spørreskjemaet; 1, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, og oppfordring til deltagere å skrive fritt. For å kunne gjøre spørreskjemaet tilgjengelig til potensielle deltagere ble det skapt et elektronisk dokument. Linken til det elektroniske spørreskjemaet ble gjort tilgjengelig via en lukket facebook side laget av forfatteren med formål til rekruttering av deltagere til studien. For å teste om linkene fungerte som de skulle var forfatteren den første som besvarte på spørreskjemaet før invitasjonen til deltagelse ble rullet i gang. Etter bekreftelse at linkene fungerte ble forfatterens svar slettet. Med linkene til spørreskjemaet var det skrevet en kort beskrivelse av studiens hensikt, samtykke til deltagelse og om hvor mye tid deltagere kunne forvente å bruke på spørreskjemaet. Forfatterens eget nettverk ble også brukt til å øke antall deltagere i begynnelsen av datainnsamlingen. Deltagere fra eget nettverk svarte også på spørreskjemaet gjennom den elektroniske link.

Linken var tilgjengelig for totalt 6 dager. Etter 3 dager ble det skrevet en påminnelse på facebook på grunn av at det var bare 22 svar som hadde kommet inn. Dag 6 hadde det kommet inn 114 svar (11 svar kom fra eget nettverk og resterende 103 kom via facebook siden) Linken ble derfor stengt på grunn av at 114 deltagere ble ansett som nok grunnlag til datamateriale som kunne brukes for å gjøre både en god kvalitativ og kvantitativ analyse. Innkommet og anonymiserte svar fra kvantitative data ble eksporterte via en Excel fil til Statistical Package for the Sosial Sciences (SPSS) og kvalitative data til HyperResearch.

### **3.5 Data Analyse**

#### **3.5.1 Analyse av kvantitativ data**

Kvantitative datamateriale ble behandlet og analysert ved bruk av IBM SPSS utgave 24. Kvantitativ data ble kodet ved å endre besvarelsene som var i ordform til tall slik at analysen kunne lettere foretas i SPSS.

Dikotomiske variabler med kun to kategorier ble kodet med tallene 1 og 0 for å representere hver kategori. Bakgrunnsvariabler som hadde mer enn 2 kategorier ble kodet fra 0 til for eksempel 2, for variabler som hadde 3 kategorier, og 0 til 3 for variabler som hadde 4 kategorier. Disse variablene ble etter analyse av deskriptiv statistikk med frekvens senere omkodet til variabler med bare 2 kategorier slik at mere avanserte analyser kunne gjennomføres. Som eksempel ble utdanning, som opprinnelig hadde tre kategorier, omkodet til en variabel med to kategorier ved å sette kvinner som hadde grunnutdanning med de som

hadde videregående skole i en kategori, og de med høyskole/universitet til den andre kategorien. Antall barn deltakere hadde ble også omkodet til en dikotomisk variabel, hvorav gruppe 1 var kvinner som hadde bare ett barn og gruppe 2, kvinner som hadde flere enn ett barn. Undersøksvariablene som vurderte ammeveiledning og støtte var opprinnelig på en skala fra 1 til 7. Disse ble omdannet til kategoriske variabler med 3 kategorier. Kategoriene ble gitt benevnelse; *bristende støtte*, *hverken eller* og *god støtte*. Omkoding av undersøksvariablene foregikk gjennom å kombinere skårene. Skåre 1 til 3 representert *bristende støtte*, skår 4 representert *hverken eller* og skår 5 til 7 representert *god støtte*. De nye variablene som ble laget ble brukt til å kategorisere kvinnenens vurdering av ammeveiledning og støtte på de forskjellige omsorgsstedene. De ble også brukt til å kjøre en meningsfylt deskriptiv statistikk and analyse av sammenheng med bakgrunnsvariablene.

Det ble analysert deskriptiv statistikk i form av frekvens og prosent for å representere tendenser i datamateriale. Videre ble det utført Pearsons kji-kvadrat for å beskrive sammenheng mellom bakgrunnsvariabler (utdanning, antall barn og alder på yngst barnet) og de avhengige variabler (vurdering av ammeveiledning og støtte i svangerskapet, føden, barselavdeling og helsestasjon) i studien. For å kontrollere for gruppe forskjeller ble det utført Mann Whitney u-test på variablene behov for mer ammeveiledning ved utskrivelse, eksklusiv amming, antall barn og alder på yngst barnet som grupperingsvariabler og vurdering av ammeveiledning og støtte som en avhengig variabel på en skala av 1 til 7

### **3.5.2 Analyse av kvalitative data**

Kvalitativ data ble generert automatisk fra det deltakere skrev som svar til de tre åpne spørsmålene på spørreskjemaet. Ei tekst dokument på 14 sider var det som bestod av kvalitativ data materielle for studien. Dette dokumentet ble etterbehandlet ved å rette på stavefeil og anonymisere navn som hadde kommet opp i deltagerens beskrivelser. Tekst dokumentet ble importert inn til HyperResearch. HyperResearch er en kvalitativ dataanalyse verktøy som ble brukt for å organisere og koder meningsbærende enheter i datamaterialet.

Dokumentet ble gjennomlest flere ganger med hensikten av å få innsikt i hva dataene handlet om. Etter et par omganger med gjennomlesning begynte forfatteren å identifisere meningsbærende enheter ved bruk av Graneheim og Lundmans kvalitativ analyse metode (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbærende enheter i hvert åpent spørsmål ble identifisert hver for seg. Dette ble gjort på grunn av at hvert spørsmål skapt et eget tema i materialet. Meningsbærende enheter ble kodet, og etter hvert ble enhetene kondensert. Det ble

identifisert subkategorier som ble tilknyttet til kodene. Analyse prosessen fram til subkategorier er resultat av manifest innholdsanalyse og den er tekst nær. Ved hjelp fra 2 med-analysatorer ble subkategorier gruppert for å danne kategorier. Begge med-analysatorer hadde høy grad av samstemthet og ble enig om følgende: «*Utfordringer under ammingen*», «*Ammeveiledning og støtte som settes pris på*» og «*Ammehjelp og støtte som ønskes*», som kategorier som kom til uttrykk i latent innholdsanalyse av kvalitative datamaterialet (Tabell 4-6). Tabeller 1 til 3 er eksempler av analysen gjort med fremvisning av meningsbærende enheter, kondensert meningsbærende enheter og koder fra beskrivelser fra spørsmål 22, 23 og 24.

**Tabell 1: Oversikt av meningsbærende enheter, kondensert meningsbærende enheter og koder relatert til utfordringer under amming**

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enheter	Koder
Har fra dag 1 hatt problemer med amming, da barnet mitt ikke ville holde diegrepet lenger enn 2 sekunder når hun først fikk tak. Teknikken var riktig. Jeg hadde melk nok til å fullamme, men vi fikk det ikke til. Noen ganger klarte vi det, og hun klarte å spise seg nesten mett. Pleier på barsel skjønnte ikke hvorfor barnet mitt ikke ville spise, så da tilbydde hun å gi henne MME med kopp... Jeg syntes det var vanskelig å ikke få til fullamming selv om alt har ligget til rette for det	Problemer har oppstått siden dag 1. Barnet ville ikke holde diegrepet lenger enn 2 sekunder. Teknikken var riktig og jeg hadde nok melk til å fullamme men fikk det ikke til...Jeg synes det var vanskelig å ikke få til fullamming selv om alt har ligget til rette for det	Problemer med diegrepet
Det som har vært vanskelig skyldes feil ammestilling bla men måtte kjøpe tjenesten ammeveiledning privat for fikk ingen hjelp av det offentlige, hverken barsel eller helsestasjon. Uansett hvilke utfordringer jeg hadde/har for jeg bare høre "alt er normalt", uten noen konkret hjelp for å gjøre situasjonen bedre. Bare masse pjatt av helsesøster!»	Har hatt en del utfordringer uten at noen gir meg konkret hjelp av hva jeg kan gjøre for å gjør situasjonen bedre	Mangel på konkrete og praktiskråd
Første barn gikk knirkefritt. Andre barn gikk det ikke. Gikk fint på sykehuset. Men når jeg kom hjem fikk jeg blødende sår. Jeg ble dårlig med feber og hadde tette melkeganger. Ungen fikk ikke ut noe og både jeg og barnet gråt. Amming ble ikke denne gangen en hyggelig stund. Det var så vondt at jeg ble svimmel når ungen tok tak	Det gikk knirkefritt med første barnet men med andre barnet gikk det ikke. Jeg fikk jeg blødende sår...ungen fikk ikke ut noe og både jeg og barnet gråt. Amming ble ikke denne gangen en hyggelig stund. Det var så vondt at jeg ble svimmel når ungen tok tak.	Smerter og betennelser

**Tabell 2: Oversikt av meningsbærende enheter, kondensert meningsbærende enheter og koder relatert til tema fornøyd kvinner**

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enheter	Koder
<p>Ei jordmor som kom på nattevakt på barsel når jeg var kjempestressa og forvirret. syntes alt var vanskelig. Hun var rolig og klok og bestemte hvordan vi skulle løse den natta. Så jeg fikk både sove, hjelp hver gang jeg skulle amme, og hva pappa'n skulle bidra med. Akkurat det vi trengte</p>	<p>Rolig jordmor som var klokt og bestemt. Hun hjalp meg hver gang jeg skulle amme og fortalt hver farens oppgave skulle være</p>	<p>Tydighet og hjelpsomhet</p>
<p>Ammeveileder på ... har reddet oss! Ammestilling og hvordan hjelpe barnet å die riktig ved å løfte brystet under. Rett og slett hvordan holde barnet slik at han ikke sliter seg ut ved amming slik at han sovner gjennom måltidene men spiser mer effektivt</p>	<p>Praktisk løsninger i hvordan hjelpe barnet die riktig og effektivt</p>	<p>Praktisk veiledning om ammeteknikk</p>
<p>Hjelp fra jordmor på nærjordmorsenter etter at jeg kom heim. Ho hjalp meg å legge vekk alle de motstridende råda jeg hadde fått på barsel (som forvirra meg og gjorde meg usikker og påvirker amminga negativt)</p>	<p>Hjelp og støtte etter at kvinnen hadde kommet hjem hjalp henne å legge alt vekk og starta på nytt</p>	<p>Ammeveiledning etter hjemreise</p>

**Tabell 3: Oversikt av meningsbærende enheter, kondensert meningsbærende enheter og koder relatert til tema ikke fornøyd kvinner.**

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enheter	Koder
<p>«Ammingen gikk ikke. På barsel mente noen at han skulle ha MME og andre ikke. Noen mente jeg skulle pumpe hver andre time og noen mente jeg skulle ville. Masse skrik fra lille og null søvn hjalp ikke på produksjonen. Lille skrek natt og dag under hele oppholdet på barsel og se masse om pumping. Kun det!. Hørte bare om hvor positivt det var å amme noe som gjorde at jeg følte meg som en ekstremt dårlig mor. Var på god vei inn i fødselsdepresjon pga press og mas fra helsepersonell i stedet for støtte. Traumatisk opphold på barsel. Det som er hårreisende er at mye ville vært løst om de så mye som kunne sett på rungende. Vi ble IKKE sett og hørt. Funnet ut av ALT selv. Ødelagt barsel og permisjonstiden pga plager hos lille og uendelige behandler besøk.</p>	<p>«Amming gikk ikke.....noen mente jeg skulle pumpe....og noen at jeg skulle hvile.....Lille skrek natt og dag under hele oppholdet og så mas om pumping... Hørte bare om hvor positivt det var å amme noe som gjorde at jeg følte meg som en ekstremt dårlig mor....»</p>	<p>Ammepress</p>
<p>«Kvar eneste nye person som var innom gav en ny type råd, og råda gjekk ofte mot hverandre. Til slutt hadde jeg så mange råd som surra oppe i hodet at amminga klussa seg helt til (første dag på barsel då jeg fulgte instinkta gjekk best med amming, og så blei det bare vanskeligere og vanskeligere etter som kvart nye skift hadde sine tanker om kva som var lurt.»</p>	<p>«...hver eneste nye person som var innom gav en ny type råd og råda gikk ofte mot hverandre. Til slutt hadde jeg så mange råd som surra oppe i hodet at amminga klussa seg helt....»</p>	<p>Motstridende råd og praksis</p>
<p>«Følte at de ble sure når jeg ba om råd på natten, og at de fortet seg med å legge til barnet før de hastet videre. Barnet hadde sluppet taket i det de hadde gått ut døren, og jeg synes det var vanskelig å ringe på hjelp igjen...»</p>	<p>Følelse av at personell blir sure når man ba om råd på natten, og at de fortet seg med å legge til barnet før de haster videre. Barnet slipper taket i det de går ut døren. Det blir vanskelig å ringe på hjelp igjen</p>	<p>Personell mangler tid til støtte og veiledning</p>
<p>«...Er overbevist om at flere hadde kunnet ammet om helsepersonell kunne mer om amming, det er trist at man i stor grad må basere seg på hjelp fra overarbeidede frivillige (ammehjelpere!) for å få til ammingen, fordi så mange helsepersonell er dårlig utdannet.»</p>	<p>flere hadde kunne ammet om helsepersonell kunne mer om amming, det er trist at man må basere seg på hjelp fra frivillige for å få til ammingen, helsepersonell er dårlig utdannet.»</p>	<p>Mangel på nødvendig kunnskap blant helsepersonell</p>

I tabellene 4-6 under gjengis eksempler på kodene, subkategorier og kategorier som dannet grunnlaget for kvalitativ resultater.

**Tabell 4: Eksempel på koder, subkategorier og kategori relatert til tema utfordringer under amming**

Koder	Subkategorier	kategori
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dårlig og lite oppfølging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dienekt og lav vekt oppgang</li> <li>-Vanskelig oppstart ved amming</li> <li>-Sugetak problematikk</li> </ul>	<p><b>Utfordringer under amming</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lite kunnskap om forholdet som kan påvirke amming</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manglende kunnskap om forskjellige forhold</li> <li>-Vanskelig oppstart ved amming</li> <li>-Manglende individuell vurdering</li> <li>-Urolig barn</li> <li>-Barn som får spisevegring</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ammepress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ammepress</li> <li>-At man skal amme for enhver pris</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mangel på konkret og praktisk råd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manglende praktisk løsninger</li> <li>-Dårlig oppfølging ift sugetaket</li> <li>-Ammestillings problematikk</li> <li>-Lite melk og hva man skulle gjøre</li> <li>-Usikkerhet om barnets opptak.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Smerter og betennelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Smertefull amming</li> <li>-Dårlig oppfølging med tanke på årsaket</li> <li>-Manglende kunnskap om forhold rundt sår knopper og barnets sugerevne</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Motstridende råd fra helsepersonell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Motstridende råd og praksis blant helsepersonell</li> <li>-Manglende kunnskap å støtte rådene som gis</li> <li>-Forskjellige praksis når det gjelder mating av barnet</li> </ul>	



**Tabell 5: Eksempel på koder, subkategorier og kategori relatert til tema fornøyd kvinner**

Koder	subkategorier	Kategori
➤ Internett og sosiale medier	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nettsider som kilde for informasjon</li> <li>-sosiale medier</li> <li>-Eget ressurser, familien og venner</li> </ul>	<p><b>Ammeveiledning og støtte som settes pris på</b></p>
➤ Ammeveiledning etter hjemreise	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ammepoliklinikk i regi av det offentlige etter at man har kommet hjem</li> <li>-Privat ammepoliklinikk</li> <li>-Ammeveiledningstime på helsestasjon</li> </ul>	
➤ Praktisk løsninger og støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Veiledning i ammestillinger</li> <li>-Korrigerer av sugetak</li> <li>-Hvordan øke melk produksjon</li> <li>-Hvordan barnet kan die effektivt</li> <li>-Om å gjøre det som føltes riktig for mor og barn</li> </ul>	
➤ Tydelighet og hjelpsomhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oppgaver til faren når mor ammer</li> <li>-Avlastning de første nettene når barnet er urolig og mor er veldig sliten.</li> <li>-Bruk av hjelpemidler for å sikre sugetaket</li> <li>-tilrettelegging for amming selv med vanskelig start</li> </ul>	
➤ Henvisning til spesialister	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Følelse av å bli trudd og hørt</li> <li>-Følelse av at noe blir gjort for å løse problemer</li> </ul>	

**Tabell 6: Eksempel på koder, subkategorier og kategori relatert til tema ikke fornøyd**

Koder	Subkategorier	Kategori
➤ Manglende individuell vurdering	-Nedlatende syn på de som sliter -Mangel på løsninger -Mangelfull veiledning	<b>Amnehjelp og støtte som ønskes</b>
➤ Motstridende råd og praksis	-Mange meninger og råd som går mot hverandre -Dårlig kommunikasjon mellom personell og ammende	
➤ Mangel på tid til støtte og veiledning	-Å måtte fine ut av ting selv -Stresset personell i ammeveiledningen -Når personell forter seg gjennom veiledningen og går videre	
➤ Lite hjelp å få og mangelfull kunnskap	-Dårlig måte å finne løsninger på -Forslag til erstatning uten grundig vurdering av hva problemet er - Følelse av å ikke bli trodd	
➤ Ammepress	-Alt for mye fokus på amming, kan virke urimelig i starten -Den ovenfra og ned syn på kvinner som sliter er unødvendig	

### **3.5 Etiske overveielser**

Til denne studien har det blitt søkt godkjenning fra NSD med Prosjekt nummer; 54412. Studien ble godkjent under samme prosjekt nummer (Vedlegg 1). Samling av data påbegynt etter at forfatteren hadde fått godkjenning fra NSD. På grunn av at data samling foregikk via internett innebåret innsending av besvarelse på spørreskjemaet samtykke til studiedeltakelse. Dette ble informert om til deltagere sammen med en presentasjon av studiens formål og opplysning om anonymitet i besvarelsene. Alle svare ble automatisk avidentifisert slik at informantene ikke kunne gjenkjennes. Anonymiserte svar var samlet på et kryptert sted som bare forfatteren og 2 veiledere hadde tilgang til.

I informasjonen til deltagere framgikk det tillitt til at resultater skulle presenteres på gruppe nivå og at ingen individ som har deltatt skulle kunne gjenkjennes i presentasjon av resultater. Deltagere ble informert om at alle datamaterialer skulle slettes etter analyseprosessen.

### **3.6 Forforståelse**

Ifølge Dalland, (2012) er redegjørelse av forforståelsen viktig i enhver undersøkelse fordi den kan påvirke resultater, dersom den som undersøker et fenomen ikke har klart for seg hvilket står sted han eller hun har (Dalland, 2012). Forfatteren er selv en mor som har opplevd hvordan ammeveiledningen og støtte foregår både i svangerskapsomsorgen og på sykehuset, etter fødsel. I tillegg til å ha opplevd fenomenet selv har forfatteren vært i praksis både i svangerskapsomsorgen, og i fødsel og barselomsorgen, og erfart hvordan kvinner veiledes og støttes av forskjellige helsepersonell med tanke på å mestre amming og utfordringer den kan bære med seg. Ut i fra egen forforståelse er forfatterens hypotese det at kvinner ikke er fornøyd med ammeveiledningen og støtten og de får, hverken i svangerskapsomsorgen når de er gravid eller etter fødsel og at mange reiser hjem fra barselavdelinger med ubesvarte spørsmål om amming.

#### 4.0 Resultat

Totalt 114 kvinner har deltatt i studien. 67,8 % av kvinnene var mellom 26-35 aldersgruppen, den minste representert gruppe var 18-25 år. 86,9% av deltagere hadde høyskole eller universitets utdanning, 45,6% hadde ett barn mot 39,5% med to barn. Fleste deltagere hadde barn som var over 6 måneder gammel ved undersøkelsestidspunkt. Bare 6,1% av kvinnene svarte nei på spørsmål om de hadde ammet barnet eller barna. 64,1% av deltagere svarte at de hadde ammet eksklusivt de første 6 måneder (Tabell 7).

På spørsmål som omhandlet bruk av morsmelkerstatning på barselavdelinger svarte 46,5% av deltagere at barnet hadde fått morsmelkerstatning mens de var på barselavdelingen. Helsepersonell (73,4%) var den vanligste initiativ taker til giving av morsmelkerstatning. På spørsmål om hvorfor barnet fikk morsmelkerstatning på barsel svarte 39,6% av kvinnene at det var på grunn av barnets vekt. En kopp var den meste brukt metoden for mating av barnet med erstatning mens skje var minste brukt. På spørsmål om kvinnene synes giving av morsmelkerstatning påvirket amming negativt svarte det fleste deltagere nei (79,3%). Det kom fram at fleste deltagere reiste hjem fra sykehuset når barnet var 3 dager eller over 3 dager gammel (Tabell 8).

Det var en sammenheng mellom antall barn, utdanning og alder på barnet ved undersøkelsestidspunkt, med hvordan kvinner vurderte ammeveiledning og støtte men ingen av sammenhengene var statistisk signifikant (Tabell 13).

I analysen av gruppe forskjeller viste det seg å ikke eksistere noen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene basert på antall barn kvinner hadde, alder på barnet ved undersøkelsestidspunkt og om kvinnene hadde ammet eksklusivt første 6 måneder eller ikke (Tabell 15). Det var imidlertid en statistisk signifikant forskjell på vurdering av ammeveiledning og støtte mellom kvinner som følte at det var behov for mer ammeveiledning etter utskrivelse fra sykehuset og de som følte at det ikke var behov for det (Tabell 14). Signifikans var på alle nivåer av omsorgen.

**Tabell 7: Oversikt av bakgrunnsvariabler og svar, n= 114**

<b>Mors alder</b>	<b>Antall (%)</b>
18-25	6 (5,2)
26-35	78 (67,8)
>35	31 (27,0)

---

<b>Utdanning</b>	
Grunnskole	2 (1,8)
Gymnasium	13 (11,4)
Høyskole/universitet	99 (86,9)

---

<b>Antall barn</b>	
1 barn	52 (45,6)
2 barn	45 (39,5)
3 barn	11 (9,6)
>3 barn	6 (5,3)

---

<b>Barnet alder</b>	
<6 måneder	34 (29,8)
>6 måneder	80 (70,2)

---

<b>Ammet alle barna</b>	
Ja	99 (86,8)
Nei	7 (6,1)
Ikke alle	8 (7,0)

---

<b>Ammet eksklusivt i 6 måneder</b>	
Ja	64 (56,1)
Nei	50 (43,9)

**Tabell 8: Bakgrunnsvariabler med fokus på morsmelkerstatning, n=114**

<b>Barnet gitt morsmelkerstatning på barsel</b>	<b>Antall (%)</b>
Ja	53 (46,5)
Nei	61 (53,5)

---

<b>Initiativ å gi morsmelkerstatning</b>	
Jeg selv	6 (9,4)
Helsepersonell	47 (73,4)
Min partner	0
Annet	11 (17,2)

---

<b>Grunn til å gi morsmelkerstatning</b>	
Barnet vil ikke amme	18 (34)
Urolig barn	14 (26,4)
Barnet vekt	21 (39,6)

---

<b>Morsmelkerstatning gitt med</b>	
Kopp	35 (62,5)
Flaske og smokk	18 (32,1)
Skje	3 (5,4)

---

<b>Negativ påvirkning på amming etter å ha gitt morsmelkerstatning</b>	
Ja	12 (20,7)
Nei	46 (79,3)

---

<b>Barnet alder ved utskrivning fra barsel</b>	
1 dag	5 (4,4)
2 dager	19 (16,8)
3 dager	49 (43,4)
>3 dager	40 (35,4)

---

<b>Behov for mer ammeveiledning etter utskrivelse</b>	
Ja	72 (63,2)
Nei	42(36,8)

---

**Tabell 9: Oversikt over svar med fokus på støtte, n = 114**

Variabel	Bristende støtte	Verken eller	God støtte
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
<b>Støtte under graviditet</b>	53 (46,5)	20 (17,5)	39 (34,2)
<b>Støtte på fødeavdelingen</b>	47 (41,2)	12 (10,5)	54 (47,4)
<b>Støtte på barsel</b>	45 (39,5)	15 (13,2)	54 (47,4)
<b>Støtte på helsestasjon</b>	51 (44,7)	23 (20,2)	40 (35,1)

På sykehuset ble ammeveiledning og støtte vurdert som god av de fleste deltagere, henholdsvis 47,4 % på føden og 47,4% på barsel. Kvinnene i studien synes veiledningen og støtten var mest bristende på helsestasjon og i svangerskapsomsorgen hvor 44,7% og 46,5 % av deltagere mente den var bristende.

Nedenfor presenteres krysstabeller som viser forholdet mellom minste barnets alder ved undersøkelsestidspunkt og hvordan kvinnene vurdert ammeveiledning og støtte.

**Tabell 10a: Krysstabell av kvinners vurdering av støtte og veiledning i svangerskapet med minste barnets alder, n=112**

Vurdering i svangerskapet		Barnets alder		
		<6mnd	>6mnd	Total
Bristende støtte	Antall	18	35	53
	%	52,9%	44,9%	47,3%
Hverken eller	Antall	5	15	20
	%	14,7%	19,2%	17,9%
God støtte	Antall	11	28	39
	%	32,4%	35,9%	34,8%
Total	Antall	34	78	112
	%	30,4%	69,6%	100,0%

Flest kvinner som hadde minste barn under 6 måneder ved undersøkelsestidspunkt vurderte ammeveiledning og støtte som bristende enn de som hadde barn over 6 måneder. Denne relasjonen var dog ikke signifikant ( $\chi^2=0,683$ ,  $df=2$ ,  $p=0,711 > \alpha 0,05$ ).

**Tabell 10b: Krysstabell av kvinners vurdering av støtte og veiledning på føden med minste barnets alder, n=113**

Vurdering på føden		Barnets alder		
		<6mnd	>6mnd	Total
Bristende støtte	Antall	16	31	47
	%	47,1%	39,2%	41,6%
Hverken eller	Antall	5	7	12
	%	14,7%	8,9%	10,6%
God støtte	Antall	13	41	54
	%	38,2%	51,9%	47,8%
Total	Antall	34	79	113
	%	30,1%	69,9%	100,0%

Kvinner med barn under 6 måneder vurderte ammeveiledning og støtte på fødeavdelingen som bristende eller hverken dårlig eller god (47,1% og 14,7%) sammenliknet med de som hadde barn over 6 måneder. Antall kvinner med barn over 6 måneder som vurdert støtten og veiledning på fødeavdelingen som god var betydelig høyere enn de med barn under 6 måneder. Denne relasjonen var dog ikke signifikant ( $\chi^2=2,043$ ,  $df=2$ ,  $p=0,360 > \alpha 0,05$ ).

**Tabell 10c: Krysstabell av kvinners vurdering av støtte og veiledning på barsel med minste barnets alder, n=114**

Vurdering på barsel		Barnets alder		
		<6mnd	>6mnd	Total
Bristende støtte	Antall	13	32	45
	%	38,2%	40,0%	39,5%
Hverken eller	Antall	8	7	15
	%	23,5%	8,8%	13,2%
God støtte	Antall	13	41	54
	%	38,2%	51,3%	47,4%
Total	Antall	34	80	114
	%	29,8%	70,2%	100,0%



Når det gjelder ammeveiledning og støtte på barsel var det mest kvinner med barn over 6 måneder som vurdert støtte og veiledningen som god. Denne gruppen var dog også den som var over representert i vurdering av veiledning og støtte på barsel som bristende. Dette resultat var ikke signifikant ( $\chi^2=4,833$ ,  $df=2$ ,  $p=0,089 > \alpha 0,05$ ).

**Tabell 10d: Krysstabell av kvinners vurdering av støtte og veiledning på helsestasjonen med minste barnets alder, n=114**

Vurdering på helsestasjon		Barnets alder		
		<6mnd	>6mnd	Total
Bristende støtte	Antall	16	35	51
	%	47,1%	43,8%	44,7%
Hverken eller	Antall	8	15	23
	%	23,5%	18,8%	20,2%
God støtte	Antall	10	30	40
	%	29,4%	37,5%	35,1%
Total	Antall	34	80	114
	%	29,8%	70,2%	100,0%

I vurdering av ammeveiledning og støtte kvinner får på helsestasjoner var det mest kvinner med barn under 6 måneder som synes at ammeveiledningen og støtte var bristende eller midt på skalaen. Dette resultat var ikke signifikant ( $\chi^2=0,773$ ,  $df=2$ ,  $p=0,679 > \alpha 0,05$ ).

Krysstabellene 11a-d viser forholdet mellom kvinners utdanning og vurdering av ammeveiledning og støtte på hvert omsorgsnivå.

**Tabell 11a: Vurdering av støtte og veiledning i svangerskapet \* utdanning, n=112**

Vurdering i svangerskapet		Utdanning		
		Gymnasium+ videregående	Universitet/høgskolen	Total
Bristende støtte	Antall	11	42	53
	%	73,3%	43,3%	47,3%
Hverken eller	Antall	1	19	20
	%	6,7%	19,6%	17,9%
God støtte	Antall	3	36	39
	%	20,0%	37,1%	34,8%
Total	Antall	15	97	112
	%	13,4%	86,6%	100,0%

**Tabell 11b: Vurdering av støtte og veiledning på føden \* Utdanning, n=113**

Vurdering på føden		Utdanning		
		Gymnasium+ videregående	Universitet/høgskolen	Total
Bristende støtte	Antall	9	38	47
	%	60,0%	38,8%	41,6%
Hverken eller	Antall	0	12	12
	%	0,0%	12,2%	10,6%
God støtte	Antall	6	48	54
	%	40,0%	49,0%	47,8%
Total	Antall	15	98	113
	%	13,3%	86,7%	100,0%

**Tabell 11c: Vurdering av støtte og veiledning på barsel \* Utdanning, n=114**

<b>Vurdering på barsel</b>		<b>Utdanning</b>		
		Gymnasium+ videregående	Universitet/høgskolen	Total
Bristende støtte	Antall	7	38	45
	%	46,7%	38,4%	39,5%
Hverken eller	Antall	2	13	15
	%	13,3%	13,1%	13,2%
God støtte	Antall	6	48	54
	%	40,0%	48,5%	47,4%
Total	Antall	15	99	114
	%	13,2%	86,8%	100,0%

**Tabell 11d: Vurdering av støtte og veiledning på helsestasjon \* Utdanning, n=114**

<b>Vurdering på helsestasjon</b>		<b>Utdanning</b>		
		Gymnasium+ videregående	Universitet/høgskolen	Total
Bristende støtte	Antall	10	41	51
	%	66,7%	41,4%	44,7%
Hverken eller	Antall	2	21	23
	%	13,3%	21,2%	20,2%
God støtte	Antall	3	37	40
	%	20,0%	37,4%	35,1%
Total	Antall	15	99	114
	%	13,2%	86,8%	100,0%

Det var en tendens hos kvinner med gymnasium eller videregående skole til å vurdere ammeveiledning og støtte i svangerskapsomsorgen, på fødeavdelingen, på barsel og på helsestasjon som bristende sammenlignet med kvinner med høyskole/universitets utdanning (Tabell 11a-d). Disse resultater var ikke statistisk signifikant (se Tabell 13).

Krysstabulasjoner i tabellene 12a-d viser forholdet mellom antall barn og hvordan ammeveiledning og støtte på hvert omsorgsnivå ble vurdert.

**Tabell 12a: Vurdering i svangerskapet \* Antall barn, n=112**

Vurdering i svangerskapet		Antall barn		
		1 barn	Mer enn 1 barn	Total
Bristende støtte	Antall	22	31	53
	%	43,1%	50,8%	47,3%
Hverken eller	Antall	13	7	20
	%	25,5%	11,5%	17,9%
God støtte	Antall	16	23	39
	%	31,4%	37,7%	34,8%
Total	Antall	51	61	112
	%	45,5%	54,5%	100,0%

Når kvinner ble kategorisert i de med bare ett barn, og de med mer enn ett barn viste resultatene at, flest kvinner med mer enn ett barn vurderte ammeveiledningen og støtte som bristende (Tabell 12a-d). Kji-kvadrat test viste ikke noe statistisk signifikant sammenheng (Se Tabell 13).

**Tabell 12b: Vurdering på føden \* Antall barn, n=113**

Vurdering på føden		Antall barn		
		1 barn	Mer enn 1 barn	Total
Bristende støtte	Antall	18	29	47
	%	35,3%	46,8%	41,6%
Hverken eller	Antall	6	6	12
	%	11,8%	9,7%	10,6%
God støtte	Antall	27	27	54
	%	52,9%	43,5%	47,8%
Total	Antall	51	62	113
	%	45,1%	54,9%	100,0%

**Tabell 12c: Vurdering på barsel \* Antall barn, n=114**

Vurdering på barsel		Antall barn		
		1 barn	Mer enn 1 barn	Total
Bristende støtte	Antall	15	30	45
	%	28,8%	48,4%	39,5%
Hverken eller	Antall	10	5	15
	%	19,2%	8,1%	13,2%
God støtte	Antall	27	27	54
	%	51,9%	43,5%	47,4%
Total	Antall	52	62	114
	%	45,6%	54,4%	100,0%

I krysstabulasjon av kvinner etter antall barn og vurdering av ammeveiledning og støtte på barselavdelingen var det nærmest dobbelt så mange kvinner med mer enn ett barn som vurderte veiledningen og støtten som bristende enn de med bare ett barn. ( $\chi^2=5,834$ ,  $df=2$ ,  $p=0,054 > \alpha 0,05$ )

**Tabell 12d: Vurdering på helsestasjon \* Antall barn, n=114**

Vurdering på helsestasjon		Antall barn		
		1 barn	Mer enn 1 barn	Total
Bristende støtte	Antall	23	28	51
	%	44,2%	45,2%	44,7%
Hverken eller	Antall	12	11	23
	%	23,1%	17,7%	20,2%
God støtte	Antall	17	23	40
	%	32,7%	37,1%	35,1%
Total	Antall	52	62	114
	%	45,6%	54,4%	100,0%

I vurderingen av ammeveiledning og støtte på helsestasjon krysstabulert med antall barn kvinner hadde, var det bare en liten forskjell i antall kvinner med mer enn ett barn og de med bare ett barn som vurderte ammeveiledning og støtte som bristende. Bristende veiledning og støtte var den meste fremtredende vurderingen på helsestasjoner ( $\chi^2=0,561$ ,  $df=2$ ,  $p=0,755 > \alpha 0,05$ ).

**Tabell 13: kji-kvadrat tester for sammenheng mellom alder på minste barnet, utdanning og antall barn krysstabulert med vurdering av ammeveiledning og støtte**

<b>Vurdering på omsorgsnivå</b>	<b>Svangerskaps omsorgen</b>	<b>Føden</b>	<b>Barsel</b>	<b>Helsestasjon</b>
<b>Variabler krysstabulert</b>				
<b>Alder på minste barnet</b>	$\chi^2=0,683$ df=2 p=0,711	$\chi^2=2,043$ df=2 p=0,360	$\chi^2=4,833$ df=2 p=0,089	$\chi^2=0,773$ df=2 p=0,679
<b>Utdanning</b>	$\chi^2=4,784$ df=2 p=0,091	$\chi^2=3,465$ df=2 p=0,177	$\chi^2=0,425$ df=2 p=0,809	$\chi^2=3,378$ df=2 p=0,185
<b>Antall barn</b>	$\chi^2=3,722$ df=2 p=0,156	$\chi^2=1,518$ df=2 p=0,468	$\chi^2=5,834$ df=2 p=0,054	$\chi^2=0,561$ df=2 p=0,755

Tabellen viser at det eksistert en sammenheng men ingen av sammenhengene var statistisk signifikant.

Tabellene 14 og 15 under viser gruppe forskjeller på Mann-Whitney U-test utført etter gruppering av kvinner etter behov for mer ammeveiledning og støtte etter utskrivelse fra sykehus, alder på barnet, antall barn og eksklusivt amming det første 6 måneder.

**Tabell 14: Mann-Whitney u-test for gruppe forskjeller**

<b>Gruppe variabel: Behov for mer ammeveiledning etter utskrivelse</b>				
	Støtte og veiledning i svangerskapet	Støtte og veiledning på barsel	Støtte og veiledning på føden	Støtte og veiledning på helsestasjon
Mann-Whitney U	1044,500	778,000	740,000	767,500
Z	-2,492	-4,284	-4,438	-4,353
Sig. (2-tailed)	,013	,000	,000	,000

Det var en signifikant forskjell på vurdering av ammeveiledning og støtte etter hvordan kvinner hadde svart på spørsmål om behov for mer ammeveiledning etter utskrivelse fra sykehuset. Statistikk signifikans ble funnet på alle nivåer av omsorgen.

**Tabell:15 Tester for gruppe forskjeller etter eksklusiv amming, antall barn og alder på barnet ved undersøkelsestidspunkt.**

Tester	Mann-Whitney U	Z-verdi	P-verdi (2-sidig)
<b>Grupper</b>			
<b>Eksklusiv amming</b>	1243,000	-1,887	0,059
<b>Alder på barnet</b>	1205,500	-0,959	0,338
<b>Antall barn</b>	1484,000	-0,730	0,466

Det var ingen statistisk signifikant forskjell på vurdering av ammeveiledning og støtte mellom kvinner som hadde bare ett barn, og de som hadde flere enn ett barn, og på kvinner som hadde ammet eksklusivt de første 6 måneder og de som svarte at de ikke hadde gjort det. Videre, ingen signifikant forskjell på vurdering av ammeveiledning og støtte ble funnet mellom kvinner som hadde barn under 6 måneder ved undersøkelsestidspunkt, og de som hadde barn over 6 måneder.

## 4.2 Resultat fra kvalitativ analyse

### 4.2.1 *Utfordringer under ammingen*

Opplevd utfordringer under amming beskrives i relasjon til en alminnelig følelse av egne forventninger og dem tilknyttet omgivelsene. Beskrivelsene som fokuserte på egne forventninger kunne tolkes som om at amming var en oppgave forventet av en god mor. Om ammingen ikke fungerte uttrykte flere informanter følelse av å ikke kunne møte forventninger fra omgivelsene, og at det gav den berørte en følelse av å være en dårlig mor. Når det beskrives forventninger fra omgivelsene handlet det om at noen gang tok amming så mye plass og tid, og at det virket som om det var det eneste helsepersonellet var opptatt av, at det til slutt vekket frustrasjon og negative følelser hos kvinner. En informant belyste denne problemstillingen gjennom å opplyse at hun synes det var urimelig av helsepersonell å forsøke å presse henne til amming mens hun lå på postoperativt avdelingen etter akutt keisersnitt og følte seg dårlig utrustet til å begynne med det da.

Flere løftet opp problemstillingen som omhandlet tilrettelegging av praktisk hjelp. Mange kvinner følte at de ikke hadde fått dette fra helsepersonell i starten av ammeperioden, noe som førte til en vanskelig start for mange. Kvinner synes det var vanskelig å finne ammestillinger som var bra nok for å kunne føle seg komfortabel med amming, de manglet teknikk om hvordan å koble barnet riktig på brystet slik at man slapp å bli sår og hvordan å håndtere brystene slik at man slapp brystbetennelser. Det var en god del informanter som søkte om å få praktisk råd og veiledning fra det private fordi de følte at det var lite konkret råd å få fra den offentlige sektor.

En informant uttrykte det på den måten;

*” Med første barnet fikk jeg ikke den hjelpen jeg ønsket....fikk alltid beskjed at alt var bra.....ingen sjekket teknikken ordentlig.....jeg måtte gi opp ammingen.....»*

Når det gjelder utfordringer med praktisk råd uttrykte flere informanter fortvilelse over at man er usikker om når melken kommer særlig når man ligger på barsel og at man vet ingenting om hvor mye barnet får i seg.

Flere informanter uttrykte også fortvilelse over sprikende råd og praksis blant helsepersonell når det gjelder amming. Mange synes dette var utfordrende og førte ofte frem til forvirring og



unngåelse av å søke råd fra helsepersonell. Sitat under fra en informant illustrere dette poenget;

*«Veldig varierende hvordan personalet på barsel hjalp meg i forhold til amming, melka mi kom seint i gang pga barn med alt for kort tungebånd. Dette ble kuttet på barsel når endelig ei jordmor så på det sammen med meg..... Hun gikk mye ned i vekt og måtte få tillegg. Noen av de som jobbet på barsel gav henne fra kopp, noen fra flaske og noen introduserte meg for hjelpebryst. I en tøff og sårbar tid var dette veldig vanskelig og forvirrende for meg.....»*

Flere informanter nevnte også det faktum at de syntes en del helsepersonell manglet kunnskap bak rådene de kom med selv om det ofte var oppfattet som velmenende. Manglende kunnskap om andre forhold som kan påvirke amming blant helsepersonell ble nevnt av mange deltagere som en av utfordringer som oppleves. Mange kvinner følte at de måtte selv oppsøke boka, internett, sosial medier og eget sosiale nettverk for å finne informasjon om forhold ved amming som er utenom det vanlig. Mange deltagere nevnte for eksempel utfordringer med barnets tungebånd og utrykte misnøye over at nærmeste ingen helsepersonell hadde nok kunnskap om det.

#### **4.2.2 Ammeveiledning og støtte som settes pris på**

Aktiv tilstedeværelse av helsepersonell de første dagene etter fødsel ble beskrevet som noe av det mest verdifulle i ammeveiledning og støtte. Flere deltagere beskrev at veiledning og støtte i dialog, konkret råd for å gjøre hver ammesituasjon bedre særlig i starten og interaktiv dialog med helsepersonell ga beste resultat. Følgende sitat fra en deltager belyser dette.

*«En jordmor som kom på nattevakt på barsel når jeg var kjempestresset og forvirret, syntes alt var vanskelig. Hun var rolig og klok og bestemte hvordan vi skulle løse den natta. Så jeg fikk både sove, hjulpet meg hver gang jeg skulle amme, og hva pappa'n skulle bidra med. Akkurat det vi trengte ....»*

I beskrivning av aktiv tilstedeværelse verdsatte kvinner at helsepersonell var til stede når barnet skulle hektes på brystet, og ikke at hun/han kom inn midt i ammesekvensen når kvinnen hadde strevet over mange minutter med å koble barnet på brystet. Tilstedeværelse i starten ble beskrevet av mange kvinner som «ammestress» dempende både for mor og barn.

Ammeveiledning og støtte i dialog ble nevnt av flere deltagere som gull verdt i starten av amming. Flere deltagere beskrev en situasjon hvor man er sårbar på grunn av hormoner og

forventninger av det å være mor. De beskrev videre en situasjon hvor man er sliten etter en lang fødsel, og hvor man er fortvilet og samtidig overveldet av hele opplevelsen. Det var akkurat i denne situasjonen kvinner følte det var verdifullt at helsepersonell tok seg tid til å legge fram en mulig plan sammen med kvinnen og partneren, om hvordan ting kunne gjøres for at mor skulle lykkes med amming. En av informantene beskrev en situasjon som er nokså vanlig hos kvinner i starten av amming. Informanten synes mye var vanskelig når hun var på barselavdelingen, men ble veldig glad når noen jordmødre tok tak i utfordringene hennes og diskuterte med henne på en tydelig måte hvilke muligheter og løsninger som fantes. Kvinnen beskrev en følelse av lettelse. Hun brukte uttrykket «berget meg og babyen mye» som følge av den dialogen. I interaktiv dialog satte kvinner pris på at helsepersonell var tydelige og hjelpsomme i ammeveiledningen, og det å kunne svare på henvendelser fra ammende kvinner med praktisk råd og/ eller løsninger som gjelder for den enkelte var viktigere enn å få generell informasjon om amming.

Videre beskrev informantene at bekreftelse fra helsepersonell om at amningen er som den skal være ble verdsatt. Om kvinner var bekymret for noe angående ammeteknikken eller barnets velvære, ble det verdsatt når helsepersonell tok seg tid til å se og lytte til hva kvinnen hadde å si istedet, for å avfeie og bagatellisere som det fleste kvinner opplyste at de har opplevd. Kvinnene følte at deres evne til å mestre amming ble styrket dersom det ble bekreftet av helsepersonell etter en ordentlig observasjon at det de gjorde var riktig. På den andre siden følte de seg nedverdiget dersom helsepersonell ikke tok seg tid til en grundig undersøkelse av årsaken til kvinnens bekymringer. En av informantene uttrykte dette slik;

*«.....insisterte på henvisning til ØNH selv om lege mente det var unødvendig på 6 ukers kontroll. Klippet tungebånd og alle ammerelaterte problemer forsvant sakte men sikkert.»*

Det kom videre frem at flere kvinner satt pris på å få poliklinisk ammeveiledning og støtte etter at de hadde kommet hjem med barnet. Det at de hadde kommet hjem og utenfor sykehuset, førte til at kvinnene fikk en følelse av at, å få til amming er noe de ønsket og ikke noe som var påkrevd av andre. Flere deltagere beskrev en situasjon på sykehuset hvor mye informasjon gis over korttid, og hvor man er forvirret, overveldet, og lite mottagelig for informasjon. Kvinnene beskrev henvisning til ammepoliklinikken som en fin måte å tilbake stille seg, og begynne hele ammeprosessen på nytt. Ammepoliklinikkene var enten privat, noe som kvinner hadde ordnet selv eller en ordning de hadde fått i regi av det offentlige på sykehuset. Informantene som omtalte ammepoliklinikker beskrev en forskjell i kompetanse på helsepersonell som jobbet på ammepoliklinikker, og de som jobbet andre

steder hvor ammeveiledning og støtte foregikk. Flere ga uttrykk for at ammepoliklinikker var bestående av kompetente ammeveileder som var oppriktig engasjert i temaet amming. Noen kvinner beskrev veiledningen og støtten de fikk fra ammepoliklinikk som en redning i deres ammeprosess.

#### **4.2.3 Ammehjelp og støtte som ønskes**

Det som ble uttrykt som det største ønske av de fleste kvinner i studien var balanse mellom generell informasjon om amming og praktisk veiledning. Med praktisk veiledning ønsket kvinner å bli vist hvordan man legger barnet til brystet på riktig måte. Kvinner ønsket at helsepersonell var mere til stede og pedagogisk i deres ammeveiledning snarere enn å være «hands-on». Med «hands-on» begrepet beskrev informantene situasjoner hvor de henvendte seg til helsepersonell for å få hjelp til å legge barnet på brystet, og istedenfor at helsepersonell viste kvinnen hvordan hun kunne gjør det selv, tok enkelte bare tak i kvinnens bryst og forsøkt å føre den inn i munnen til barnet. Flere kvinner uttrykt misnøye over helsepersonellens bruk av «hands-on» veiledning fordi de mente at de lærte ingenting ut i fra det. Mange av deltagerne beskrev også at det var nødt til å finne ut av ting selv på grunn av manglende praktisk og konkrete ammeveiledning overalt i den offentlige virksomheten.

Ordentlig observasjon av sugeteknikk er også høyst ønsket av kvinner. Mange kvinner beskrev situasjoner hvor de henvendte seg til helsepersonell angående sugeteknikk og fikk beskjed at alt så greit ut etter et blick på barnet. Mange var fortvilet over at de likevel ble sår når de hadde fått beskjed om at alt var fint.

Videre framkom det et ønske om ammeveiledning og støtte fra kompetente personell slik at kvalitet på veiledningen skulle oppnås. Mange kvinner beskrev opplevelser hvor de hadde fått mange ulike råd fra helsepersonell. Flere følte at rådene ofte gikk mot hverandre noen som ført til forvirring og frustrasjon med amming. En informant uttrykt dette slik;

*«.....Kvar eneste nye person som var innom gav en ny type råd, og råda gjekk ofte mot hverandre. Til slutt hadde jeg så mange råd som surra oppe i hodet at amminga klussa seg heilt til (første dag på barsel då jeg fulgte instinkta gjekk best med amming, og så blei det bare vanskeligere og vanskeligere etter som kvart nye skift hadde sine tanker om kva som var lurt.»*

Noen deltagerne løftet fram viktigheten av at helsepersonell tilregner seg oppdaterte kunnskap i ammeveiledning. Deltagere uttrykte sin frustrasjon over at de måtte gå over til frivillige

ammehjelpere og private ammeveiledere, hvor enkelte måtte betale penger for ammeveiledningen, fordi helsepersonell i det offentlig mangler kunnskap og kompetanse i ammeveiledningen. Noen deltagere følte at de ble opplevd som masete når de prøvd å hinte på at noe var galt og at den veiledningen og støtte de får ikke var adekvat. En informant uttrykte et ønske om at;

*«...helsepersonell tar seg litt sammen og blir kursa på nytt!»*

At helsepersonell har tid og virker trygg i ammeveiledningen og støtte var et annet tema som kom opp i kvinnenens beskrivelser av det som ønskes i ammeveiledning og støtte. Mange deltagere uttrykte deres misnøye over at helsepersonell virket stresset og hadde ikke tid til å gi verdifull ammeveiledning og støtte. Det var mange kvinner som uttrykte at de ble stresset når de fikk en følelse av at personell var stresset og utrygg. De oppga at dette smittet ofte videre til barnet og hele situasjonen ble bare vanskeligere. En av informantene beskrev et uønsket scenario sånn her;

*”...følte at de ble sure når jeg ba om råd på natten, og de fortet seg med å legge til barnet før de hastet videre. Barnet hadde sluppet taket i det de hadde gått ut døren og jeg synes det var vanskelig å ringe på hjelp igjen...»*

En annen beskrev opplevelse av helsepersonellens utrygghet på den måten;

*«Ikke fornøyd med veiledning på barsel da de tok seg liten tid til å hjelpe. Jeg opplevde også enkelte barnepleiere som stresset over at barnet ikke tok tak, og fikk riktig sugetak. Dette følte jeg resulterte til at jeg ble stresset og smittet videre over til barnet som ble mer urolig.»*

Videre er det ønskelig med individuell vurdering av hver ammende kvinne fremfor et generelt syn på alle. Det er ønskelig med råd og praktisk løsninger som gjelder utfordringer enkelte har, ikke bare standardisert ammeveiledning, og det noen kvinner kalte for «mas om amming». Mange kvinner beskrev situasjoner på barselavdelinger hvor de var fortvilet over at barnet var svært urolig og gråt dag og natt, og at de ikke hadde fått melk enda for å tilfredsstill barnet, men likevel insisterte helsepersonell at barnet måtte legges ved brystet uansett situasjon. En av kvinnene beskrev en situasjon på barsel hvor hun var sliten på grunn av manglende søvn som følge av at barnet var urolig og skrekk mye. Kvinnen sier at alt hun hørte fra helsepersonell var hvor bra amming var for barnet og mye mas om pumping, noen som førte til at hun følte seg som en dårlig mor fordi hun mestret ikke det. Kvinnen beskriver

at det er ingen helsepersonell som så og hørt på henne og at hun ble nærmeste deprimert på grunn av presset fra helsepersonell.

## **5.0 Diskusjon**

I dette kapittelet begrunnes valgene som er tatt i fremgangs måte for anskaffelse av rådata. Tema om validitet og troverdighet av studien diskuteres også her. Videre i kapittelet diskuteres resultater fra studien opp mot tidligere forskning gjort på området og det som er kjent om fenomenet.

### **5.1 Diskusjon av metode**

#### **5.1.1 Design**

Valg av studiedesign ble gjort på bakgrunn av formålet med studien, og undersøkelsesverktøyet som skulle brukes i studien. undersøkelsesverktøyet som var et spørreskjema, var laget med både spørsmål med svar alternativ og spørsmål som var åpne, slik at deltagere kunne bruke en beskrivende tone i besvarelse. Med dette verktøyet ble det hensiktsmessig å velge en design som tar i bruk både kvantitative og kvalitative metoder. Videre var det behov for rikelig datamateriale slik at statistisk analyse kunne utføres på materialet, for å belyse hvordan kvinner ser på fenomenet samtidige som konklusjoner om kvalitative innhold kunne oppnås. Det ble valgt å utføre en tverrsnittstudie fordi problemstillingen ble formulert for å belyse fenomenet ved undersøkelses tidspunkt.

#### **5.1.2 Utvalg**

Studiens utvalg består av 114 deltagere som er kvinner, som har født barn i Norge, og med erfaring med amming og ammeveiledning og støtte fra Norge. Det ble ikke lagt vekt på hvor mye ammeerfaring deltagere hadde, så lenge de hadde erfart fenomenet og samhandlet med helsepersonell om temaet amming. Grunnen til at dette utvalget ble aktuelt for studien, var fordi studiens hensikt og spørsmålene som skulle besvares av deltagere krevde at deltagere oppfylte disse kriterier for å ha noe å belyse om fenomenet. Man må ha erfart fenomen amming og ammeveiledning selv, for å ha noen å si om utfordringer ved det, og for å være i stand til å vurdere hvorvidt veiledning og støtte som gjelder amming var vellykket eller ikke. Videre ble utvalget et bekvemmelighetsutvalg fordi det var en utfordring å rekruttere deltagere på andre måter. Alle som kunne tenkt seg å delta i studien og fylte kriteria for deltagelse ble derfor sett på som potensielle deltagere. Et bekvemmelighetsutvalg sørget for at forfatteren kunne rekruttere mange deltagere på korttid.

I studiens protokoll var det tenkt en utvalgsstørrelse på cirka 50 deltagere. 50 ble valgt med tanke på at studien kombinerte både kvalitative og kvantitative data noen som tilsier at størrelsen på utvalget ikke måtte være så stor på grunn av potensielt mye kvalitative råmaterialet, samtidig som det ikke måtte være for liten til å utføre statistisk analyse. Slutt utvalgsstørrelsen ble på 114 deltagere fordi forfatteren oppnådd 50 deltagere på bare 4 dager med datasamling. Det ble tenkt at å la spørreskjemaet være åpent et par dager til kunne føre til at variabilitet i utvalget ble bedre.

### **5.1.3 Datasamlingsmetoden**

Bruk av en spørreundersøkelse tilnærming til datainnsamling ble valgt på grunn av begrenset tid og ressurser til prosjektet. Videre var det hensikten av studien å samle beskrivende data, noe som en spørreundersøkelse er godt egnet til. Spørreskjema skulle selv-administreres av deltagere, derfor ble internett ansett som et godt formidlingspunkt for spørreskjemaet hvor flere potensielle deltakere kunne nås på korttid. Selv-administrerte spørreskjemaene har den fordel av at deltagere kan svare på spørsmålene i rekkefølgen som de selv ønsker, de er kostnadseffektive som følge av at mange deltagere kan nås over begrenset tid, deltagere sikres anonymitet og det er redusert bias som følge av at undersøkeren samhandler ikke med deltagere i svarprosessen (Polit & Beck, 2017).

Andre fordeler ved bruk av nettbasert datasamling er at administratoren av dataene ofte har mulighet å se hvor mange svar man har til enhver tid. Dette er hensiktsmessig med tanke på strategier for å øke svarprosenten. Ved et nettbasert skjema kan dette gjøres enkelt gjennom å sende en påminnelse til potensielle deltagere om å huske på å svare. Dette ble gjort 3 dager inne i datasamlingsprosessen på grunn av kjennskap til at nyheter på sosiale medier er ferske varer. En 3 dager gammel post på sosiale medier ble ansett som altfor gammel til at potensielle deltagere kunne husket det. En påminnelse kunne trolig har vært med for å øke svarprosenten fordi etter publisering av påminnelsen ble det god respons på spørreskjemaet.

Nettbasert spørreskjemaer er imidlertid ikke uten ulemper. Polit og Beck, (2017) påpeker bias som en av ulempene som følge av at det ofte ikke er tilfeldigheter som fører til at deltagere velger å ikke svare på et spørreskjema (Polit & Beck, 2017). Andre ulemper som nevnes er mulighet for økt antall manglende data på grunn av at noen spørsmål ikke blir besvart av deltagere dersom spørsmålene er uklare. (Polit & Beck, 2017). Ulempen av manglende data påvirket ikke resultat på grunn av at det var veldig lite data som manglet ved tilfeldighet. Deltagere svarte på det fleste spørsmålene som var gjeldende for deres situasjon.

Spørsmålene som manglet data var systematisk. Dette tydet på at det var uaktuelt å svar på spørsmålene for enkelte. Det var for eksempel spørsmål som omhandlet bruk av morsmelkerstatning som førte til flest manglende data. Dette ble ansett som en systematisk mangel på grunn av at det var uaktuelt for kvinner med barn som ikke fikk morsmelkerstatning på barselavdeling å svare på etterfølgende spørsmål.

#### **5.1.4 Data analyse**

I analyse av gruppe forskjeller ble Mann-Whitney U test valgt på grunn av at vurdering av ammeveiledning og støtte ble gjort etter en Likert skala av 1 til 7 noe som gjorde at en ikke-parametrisk test som Mann-Whitney U var den meste aktuelle for bruk (Eikemo & Clausen, 2012).

#### **5.1.5 Studiens validitet**

Validitet og troverdighet i en studie omhandler hvorvidt metodene som er brukt i en studie er gyldig for den type problemstillingen som er under søkelyset (Polit & Beck, 2017). I beskrivelsen av studieprosessen har det vært beskrevet i detalj hvordan undersøkeren valgte deltagere, hvordan data ble samlet inn og hvordan rådata ble behandlet og analysert. Denne prosessen har blitt gjennomgått med hensikten av å vise åpenhet i studien. Når det gjelder gyldighet av resultater har dette blitt oppnådd ved å bruke en modifisert versjon av et datasamlingsverktøy som er validert og testet. Deler av undersøkelsesverktøyet har også vært brukt tidligere til å belyse en liknende problemstilling. Datainnsamlingsverktøyet samlet 2 typer data som har vært brukt for å validere hverandre. Det var konsistens i datasamling i det at alle deltagere svarte på ett spørreskjema på samme måte. Dette var med for å eliminere trusler til data validitet som kan oppstå ved datainnsamling. Validitet av kontekst ble oppnådd gjennom å sette kriterier for deltagelse som deltagere måtte oppfylle for å være inkludert. Undersøker partiskhet som kan oppstå i samling av data, ble eliminert fra studien fordi det var ingen samhandling mellom undersøkeren og deltagere i svarprosessen. Deltagere selv-administrerte spørreskjemaet. Spørsmålene som krevde fri tekst ble besvart ved at deltagere selv skrev ned besvarelsene. Det at deltagere skrev ned besvarelsene selv sørget for at eventuelle misforståelser som kan oppstå ved transkribering ble unngått.

Bearbeiding av kvantitativ data foregikk sammen med veilederen, noen som sikret pålitelighet til de bearbeidede dataene. Når det gjelder generalisering av resultater har forfatteren



beskrevet variabilitet i utvalget. Dette er med for å hjelpe andre som ønsker å bruke resultater fra denne studien til å bedømme i hvilken grad de kan overføre resultater til andre kontekster.

### **5.1.6 Troverdighet**

Troverdighet er et begrep som ofte brukes med referanse til kvalitativ resultater (Malterud, 2011). Troverdighet av resultat i denne studien har blitt oppnådd gjennom å presentere resultater som er tekst nære, og ved bruk av sitater som illustrer deltagerens synspunkter.

Videre har forfatteren jobbet med rådata materialet i samarbeid med veiledere og kvalitativ dataanalyse ble gjort i samarbeide med veiledere. Dette var nyttig med tanke på å kontrollere for partiskhet som kunne ha oppstått som følge av subjektive og naive tolkninger.

### **5.1.7 Studiens begrensninger**

- Studiens utvalg var begrenset noe som kan påvirke hvorvidt resultater kan generaliseres.
- Rekruttering av deltagere skjedde via sosiale medier, og alle deltagere var frivillige som ønsket å delta i studien. Dette kan ha ført til en slags bias som følge av at utvalget består av kvinner som bruker sosiale medier. Dette anses imidlertid å være av liten betydning på grunn av at de fleste kvinner i Norge er kjent med sosiale medier og mange bruker det.
- Data innsamling skjedde over korttid. Dette var på grunn av at ønsket antall deltagere ble nådd etter korttid. Dette kan ha ført til begrensninger når det gjelder variabilitet i utvalget.
- Noe av begrepene på spørreskjemaet kan ha vært kilde til forvirring blant deltagere, for eksempel begrepet eksklusiv amming kan ha vært forstått annerledes fra en deltager til en annen. Det ble også ikke forklart at undersøkeren søkt å forstå, og belyse kvinners generelle oppfatning av ammeveiledning og støtte uavhengig av hvor mange barn de hadde. Dette kunne ha ført til at kvinner som hadde mer enn ett barn ble fortvilet om hvordan de skulle svar på spørsmålene.

## 5.2 Diskusjon av resultater

I resultater kom det frem at kvinner oppfatter ammeveiledning og støtte de får fra helsepersonell som bristende. Ammeveiledningen og støtte i svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen kom dårligst ut av de 4 steder som ble vurderte. Det var en statistisk signifikant forskjell på vurdering av veiledning og støtte på alle nivåer av omsorg, mellom kvinner som hadde svart at de følte behov for mer ammeveiledning etter at de ble utskrevet ut av sykehuset, og de som svart at det ikke var behov for det (p-verdier på alle nivåer er  $0,000 < p < 0,013 < \alpha = 0,05$ ). Dette resultatet samsvarer med at majoriteten av kvinnene (46,5%) vurderte veiledningen og støtten de fikk i svangerskapsomsorgen som bristende. Denne vurderingen kan henge sammen med at barselkvinner har et gjennomsnitt liggetid på sykehuset på 3 døgn for førstegangsfødende, og 2 døgn for fleregangsfødende kvinner ([www.oslouniversitetssykehus.no](http://www.oslouniversitetssykehus.no)). Det at det 63,2% av kvinnene følte behov for mer ammeveiledning etter utskrivelse, tyder på at fleste kvinner skrives ut fra barselavdelinger når amming ikke er på plass, derav behov for videre ammeveiledning og støtte etter at de har kommet hjem med barnet. Vurdering av ammeveiledningen og støtten kvinner får på helsestasjoner viste imidlertid at denne var også bristende. Denne ført til en generell evaluering av ammeveiledning og støtte som bristende. En studie utført på landsbasis i Norge om bruker erfaringer med svangerskaps-fødsel og barselomsorgen (Sjetne, Kjøllesdal, Iversen, & Holmboe, 2013), fant det samme resultat som denne studien når det gjelder det at kvinner ikke er fornøyd med ammeveiledningen og støtten de får.

Når det gjelder andre faktorer som kunne påvirke kvinnenes vurdering av ammeveiledning og støtte fant denne studien ingen signifikant sammenheng mellom antall barn kvinnene hadde, alder på barnet ved undersøkelse, og utdanningsnivå med hvordan kvinnene vurderte ammeveiledningen og støtten de fikk. Sjetne og colleger sin studie fant en statistisk signifikant sammenheng mellom utdanning og kvinners erfaringer (Sjetne et al., 2013) noen denne studie ikke fant. Grunnen til at denne studie ikke fant noen signifikant sammenheng kan skyldes størrelsen på utvalget. Det var en tendens til lavere skåre (1-3 på skalaen) av ammeveiledning og støtte i svangerskapsomsorgen (52,9 %), på fødeavdelingen (47,1%) og på helsestasjon (47,1%) av kvinner med barn under 6 måneder. På barselavdelingen var det høyere andel kvinner med barn over 6 måneder som scoret ammeveiledning og støtte som bristende (40,0%). Kvinner med lavere utdanning var mest representert i dem som vurdert veiledningen og støtten som bristende på alle nivåer. Andelen var størst i vurderingen av ammeveiledning og støtte i svangerskapsomsorgen med nærmest dobbelt så mange kvinner

som skåret ammeveiledningen og støtten i svangerskapsomsorgen som bristende. Blant kvinner med høyskole/ universitet utdanning, var det imidlertid også en tendens til å vurdere ammeveiledning og støtte på helsestasjon og i svangerskapsomsorgen som bristende. En større andel av kvinner som hadde flere enn ett barn vurderte ammeveiledning og støtte som bristende, sammenlignet med dem som hadde bare et barn. Dette kan tyde på at på grunn av lite tid helsepersonell har til rådighet, prioriterer det fleste førstegangsfødende fremfør fleregangsfødende, når ammeveiledning og støtte skal utføres. Det kan tyde også på en tendens blant helsepersonell til å anta at kvinner som har erfaring med amming fra før, ikke trenger like mye ammeveiledning og støtte som dem uten erfaring. Sjetne og colleger sin studie støtter dette argumentet. I deres studie uttrykte fleregangsfødende kvinner å ha opplevd at helsepersonell ikke brukte tid på å veilede dem, og flere hadde opplevd å få kommentarer fra helsepersonell som tydet på at det forventes at de kan mestere amming på grunn av at de har erfaring fra før (Sjetne et al., 2013). I svangerskapsomsorgen og på helsestasjonen var det imidlertid flest kvinner som hadde bare ett barn som vurderte ammeveiledning og støtte som bristende. Dette kan tyde på at førstegangsfødende kvinner har større forventninger når det gjelder ammeveiledning fra helsepersonell i kommunehelsetjenesten og blir skuffet når lite veiledning og støtte gis.

I kvalitativ dataanalyse kom det fram at kvinner hadde utfordringer med praktisk håndtering av amming, for eksempel hekking av barnet på brystet, sårhet og betennelser. Et stort antall kvinner nevnte smerter, betennelser og sårhet som et problem de har opplevd i ammeperioden. Dette henger sammen med hekking av barnet på brystet fordi feil hekking fører ofte til feil sugetak, noe som igjen fører til sårhet og smerter (Hansen, 2010a). Utfordringene som ble påpekte av kvinner i denne studien samsvarer med funnene i en studie som ble utført i Sverige i 2010 (Palmer, Carlsson, Mollberg, & Nystrom, 2010). I palmer m. fl; ble disse utfordringer beskrevet under fenomenet «å være hengiven og å holde ut i situasjonen» (Palmer et al., 2010). Whelan og Kearney, (2014) fant også lignende funn når de utforsket kvinners, og helsepersonellens erfaringer med ammeveiledning og støtte som utføres i Irland (Whelan & Kearney, 2014).

Videre ble ammepress utpekt av mange kvinner som ett av utfordringene kvinner står overfor, særlig på barselavdelinger. Flere kvinner nevnte at de opplevde ammepress fra helsepersonell snarere enn ammehjelp og støtte. Ammepress ofte utviklet seg fra et forsøk fra helsepersonell sin side, å gjennomføre og praktisere WHO-ti trinnene til vellykket amming særlig trinn 6, som sier «*Gir ingen annen mat eller drikke til spedbarn bortsett fra tilfeller hvor det er*

*medisinsk grunn til det»* (WHO, 1990). Kvinner følte at de var i en evig kamp med helsepersonell når det gjelder bruk av morsmelkerstatning på barselavdelinger. Mange kvinner følte at det var behov for supplering av barnet mens de var på barselavdelingen, enten på grunn av ekstrem utmattelse, urolig barn, og såre brystknopper. Helsepersonell på den annen side vurderte disse tilstandene som ikke valide grunn for supplering av barnet. Det resulterte i at kvinnene følte seg presset av helsepersonell til å legge barnet til brystet under disse omstendigheter hvor de selv ikke ønsket å gjøre det. Supplering av spedbarn med morsmelkerstatning har vært nevnt i flere studier som en rot til opplevelse av ammepress blant ammende kvinner. Sjetne og colleger sin studie også fant at kvinner påpekte opplevelse av ammepress i forbindelse med morsmelkerstatning (Sjetne et al., 2013). I denne studien ble det funnet at 46,5% av barna til deltagere hadde fått morsmelkerstatning på barsel. Kvinnene svarte at grunnen til at barnet hadde fått morsmelkerstatning var 39,6% barnets vekt, 34% barn som ikke ønsket å amme og 26,4% urolig barn. Disse tallene viser at en del kvinner opplever å slite med amming i starten og kan ha behov for praktisk løsninger og informasjon, om andre former for å ernære deres spedbarn mens de jobber videre med å etablere amming. I Sjetne og colleger, (2013) sin studie har kvinner uttrykt et ønske om mer toleranse fra helsepersonell om bruk av morsmelkerstatning (Sjetne et al., 2013). I denne studien oppga en stor andel kvinner (79,3%) at det at barnet fikk morsmelkerstatning på barsel påvirket ikke ammingen. Dette støtter beskrivelsene fra kvinnene om ammeveiledningen og støtte som settes pris på. I de beskrivelsene påpekte en stor andel kvinner at praktisk råd og løsninger til problemer som gjaldt den enkelte som noe av det kvinnene satt stor pris på. Som eksempel verdsatte flere kvinner å bli tilbudt avlastning på natten når de var utslitt etter fødsel, og mange satte pris på at noe helsepersonell var tolerant om kvinnens ønske om bruk av morsmelkerstatning.

Kommunikasjon i dialog med den som veiledes har alltid vært en forutsetning for god veiledning og støtte (Tveiten, 2008). Kvinnene i studien uttrykte et ønske om bedre kommunikasjon med helsepersonell, og bedre dialog hvor deres stemme blir hørt og deres behov blir sett. Dette kan føre til at kvinnene opplever at de blir forstått på veien til å finne plassen sin i morsrollen. At kvinnene ønsker at helsepersonell har tid til veiledning og støtte var ikke et overraskende funn i denne studien. Mange studier med liknende problemstilling har også funnet det samme (Palmer et al., 2010; Palmer, Carlsson, Mollberg, & Nystrom, 2012). Dette henger sammen med at god veiledning avhenger av at veilederen har kjennskap til den han/hun skal veilede i blir kjent fasen, bruker tid til å utforske hva som ønskes av den

som skal veiledes, og evaluerer veiledningen i prosessen (Tveiten, 2008). Alt dette kan være utfordrende å få til av helsepersonell som jobber på, for eksempel føden og barsel avdelinger, fordi disse har lite tid og mangt med oppgaver som skal utføres i den tid kvinnen, og det nyfødte barnet er på avdelingen. Slutt resultat blir at personell skynder seg gjennom ammeveiledningen og ikke bruker tid til å støtte kvinnene med den hjelpen som er ønsket. Whelan og Kearney, (2014) påpekte i deres studie at helsepersonell opplevde at mangel på tid kompromitterte deres engasjement i oppgaven i ammeveiledning (Whelan & Kearney, 2014).

Motstridende råd og praksis fra helsepersonell når det gjelder ammeveiledning er et funn som har vært påpekte i mange studier (Palmer et al., 2012; Whelan & Kearney, 2014). I denne studien ble dette også påpekte av kvinnene, og mange uttrykte et ønske om å få ammeveiledning og støtte fra kompetente personell. Videre var det et ønske om at flere helsepersonell tilregner seg mer og oppdatert kunnskap om amming. I Whelan og Kearney sin studie, uttrykte kvinnene at det å få støtte fra en som er sertifiserte som ammeveileder var mer verdsatt en støtte og veiledning fra hvemsomhelst helsepersonell (Whelan & Kearney, 2014). Dette kan være på grunn av at personell som ikke er kompetent i temaet ammeveiledning er mindre engasjerte, noe som merkes av kvinnene. Dessuten kan det være vanskelig for dem å begrunne råd som gis til kvinnene.

## 6.0 Konklusjon

Ammeveiledning og støtte ammendekvinner mottar fra helsepersonell oppleves som bristende. Helsestasjonen og svangerskapsomsorgen er de omsorgsnivåene i helsesystemet som kom dårligst ut i denne studien. Blant utfordringer med amming kvinnene opplever, ble det nevnte hekking av barnet på brystet som det meste utfordrende, særlig i starten av amming. Det ble derfor utpekt av mange kvinner at aktiv tilstedeværelse av helsepersonell i starten av amming var høyt ønskelig av kvinnene. Kvinnene uttrykte samtidig et ønske om at helsepersonell stresser ned, og setter av nok tid når de går inn for å foreta veiledning. Motstridende råd ble også nevnt som noe mange har opplevd, og til det ønsket kvinner at det blir utheving av kompetanse når det gjelder ammeveiledning og støtte. Videre ønsket kvinnene at bare helsepersonell som er kompetente og trygge i ammeveiledning påtar seg den oppgaven, slik at hensikten med veiledningen kan oppnås.

Videre forskning bør utføres for å undersøke hvordan ammeveiledning og støtte kan forbedres for barnets og kvinners beste i et tidsklemmt helsesystem i Norge. Videre bør det undersøkes om hvordan en god og sterk ammekultur kan opprettholdes uten at kvinner føler seg presset til å amme for enhver pris.

## Litteraturliste

- Aarts, C., Kylberg, E., Hornell, A., Hofvander, Y., Gebre-Medhin, M., & Greiner, T. (2000). How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *International Journal of Epidemiology*, 29(6), 1041-1046.
- Alquist, R. (2006). *Mødre som strever med amming*. (Master of Public Health), Gøtenberg.
- Britt, L., & Arnfinn, H. (2014). *Amming og spedbarns kosthold. Landsomfattende undersøkelse 2013*. Retrieved from Oslo: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Bærug Anne, Langsrud Øyvind, Løland. F. Beate, Tuft Elisabeth, Tylleskär Thorkild, & Fretheim Atle. (2016). Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Maternal & Child Nutrition*, 12, 428-439. doi:DOI: 10.1111/mcn.12273
- Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, & IP S. (2008). Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. . *Annals of Internal Medicine*, 149, 564-582.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Duijts, L., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., & Moll, H. t. A. (2010). Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. *Pediatrics*, 126(18). doi:DOI: 10.1542/peds.2008-3256
- Eikemo, T. A., & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS : en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utg. ed.). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Ekstrom, A., Widstrom, A. M., & Nissen, E. (2005). Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(6), 424-431.
- Gagnon, A. J., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H., & Platt, R. W. (2005). In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 397-405.
- 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.
- Hansen, M. N. (2010a). Ammeveiledning. In (pp. [640]-662.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- Hansen, M. N. (2010b). Mor-barn-vennlige sykehus. In (pp. [625]-631.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- Haroon, S., Das, J. K., Salam, R. A., Imdad, A., & Bhutta, Z. A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*, 13 Suppl 3, S20.

- Helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* Retrieved from Bergen: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinjer for barselomsorgen In. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017a). Retrieved from [www.helsedirektoratet.no/folkehelse](http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse)
- Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonalt faglig retningslinje for spedbarnsernæring*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spedbarnsern%C3%A6ring.pdf>
- Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., & et al. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (probit): A randomized trial in the republic of belarus. *JAMA*, 285(4), 413-420. doi:10.1001/jama.285.4.413
- Kringeland, T. (2010). Jordmorvirksomheten. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka: Ansvar, Funksjon og Arbeidsområde* (pp. 48-52). Oslo: Akribe As.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., & Nortvedt, F. (2011). *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg. ed. Vol. B. 3). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Noel-Weiss, J., Boersma, S., & Kujawa-Myles, S. (2012). Questioning current definitions for breastfeeding research. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 9.
- Palmer, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nystrom, M. (2010). Breastfeeding: An existential challenge-women's lived experiences of initiating breastfeeding within the context of early home discharge in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well being*, 5(3), 22.
- Palmer, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nystrom, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well being*, 7.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reinar, L. M., & venheim, M. A. (2010). Plager og komplikasjoner. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *JordmorBoka; Ansvar, Funksjon oh Arbeidsområdet* (pp. 547-566). Oslo: Akribe.
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J., Iversen, H. H., & Holmboe, O. (2013). *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater*. Retrieved from oslo: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/bruker erfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater>



- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: SAGE.
- Tveiten, S. (2008). *Veiledning : mer enn ord* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- UNICEF, & WHO. (2009). *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Intergrated Care. Section 1, Background and implementation*. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi>
- van den Bogaard, C., van den Hoogen, H. J., Huygen, F. J., & van Weel, C. (1993). Is the breast best for children with a family history of atopy? The relation between way of feeding and early childhood morbidity. *Family Medicine*, 25(7), 471-475.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., Franca, G. V., Horton, S., Krasevec, J., . . . Lancet Breastfeeding Series, G. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Walker, A. (2010). Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *Journal of Pediatrics*, 156(2 Suppl), S3-7.
- Weddig Jennifer, Baker.S. Susan, & Garry, A. (2011). Perspectives of Hospital-Based Nurses on Breastfeeding Initiation Best Practices. *JOGNN*, 40, 166-178. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01232.x
- Whelan, B., & Kearney, J. M. (2014). Breast-feedig support in Ireland: a qualitative study of health-care professionals and women's views. *Public Health Nutrition*, 18(12), 2274-2282.
- Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, (1990).
- WHO. (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C.* . Retrieved from Geneva, Switzerland: <http://www.emro.who.int/cah/pdf/IYCF-Indicators-2007.pdf>.
- WHO. (2009). Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. In W. H. Organization (Ed.), (pp. 99). Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO. (2017). *National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative 2017*. Retrieved from Geneva: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi>  
[www.oslouniversitetssykehus.no](http://www.oslouniversitetssykehus.no)

## Vedlegg

### Vedlegg:1 Godkjenning fra NSD



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

Vår dato: 16.06.2017

Vår ref: 54412 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54412                                      *Kvinnens oppfatning av støtten og veiledning som gjelder amming de  
får/fikk fra helsepersonell under svangerskapet og etter fødsel*  
*Behandlingsansvarlig      Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig.....*  
*Student.....*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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.

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

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: .....@stud.hioa.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 54412

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for forventet prosjektslutt (26.10.2017) må legges til, sammen med informasjon om at innen denne datoen skal datamaterialet anonymiseres.

#### DATABEHANDLERAVTALE

I følge meldeskjemaet skal personopplysninger samles inn ved bruk av nettbasert spørreskjema. Personvernombudet antar derfor at det skal brukes en databehandler (som for eksempel Questback eller SurveyXact). Vi forutsetter derfor at det inngås en databehandleravtale. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhetinternkontroll/Databehandleravtale/>.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

#### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 26.10.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi minner om at også databehandler må slette personopplysninger fra sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger av koblinger mellom IP-adresse/epost-adresser og besvarelser.

## Vedlegg: 2 Spørreskjema som ble brukt i studien

### Spørreskjema

Hvordan har du opplevd støtten og veiledningen du fikk av helsepersonell når det gjelder amming?

**1) Din alder**

- 18-25
- 26-35
- > 35

**2) Din utdanning**

- Grunnskolenivå
- Videregående nivå
- Universitets- og høyskolenivå
- Vil helst ikke svare/vet ikke

**3) Hvor mange barn har du?**

- 1
- 2
- 3
- > 3

**4) Hvor gammelt er barnet ditt nå?**

- < 6 måneder
- ≥ 6 måneder

**5) Har du ammet barnet/alle barn?**

- Ja
- Nei
- Ikke alle

**6) Har du ammet eksklusivt de første 6 måneder?**

- Ja

Nei

7) Kan du gi en vurdering av støtte og veiledningen når det gjelder amming du fikk under svangerskapet av helsepersonell som du møtte på helsestasjonen? (1 = ingen støtte; 7 = svært god støtte)

1

2

3

4

5

6

7

8) Kan du gi en vurdering av helsepersonelllets støtte og veiledning når det gjelder amming på fødeklubben? (1 = ingen støtte og veiledning; 7 = svært god støtte og veiledning)

1

2

3

4

5

6

7

9) Kan du gi en vurdering av helsepersonelllets støtte og veiledning når det gjelder amming under ditt opphold på barselavdelingen? (1 = ingen støtte og veiledning ;7 = svært god støtte og veiledning)

1

2

3

4

5

6

7

10) Har ditt barn fått morsmelkerstatning på barsel?

- Ja
- Nej

**11) Hvem tok initiativ til å gi morsmelkerstatning på barsel?**

- Jeg selv
- Helsepersonell
- Min partner
- Annet

**12) Hva var grunn å gi morsmelkerstatning?**

- Barnet vill ikke amme
- Urolig barn
- Barnets vekt

**13) Hvordan ble morsmelkerstatning gitt?**

- Med kopp
- Med flaska og smokk
- Med skje

**14) Har giving av morsmelkerstatning påvirket amningen negativt?**

- Ja
- Nej

**15) Hvor gammel var barnet da dere dro hjem fra barselavdelingen?**

- 1 dag
- 2 dager
- 3 dager
- > 3 dager

**16) Følte du at du behøvde mer ammeveiledningen etter utskrivning fra sykehuset?**

- Ja
- Nej

17) Fortsatte du med å gi morsmelkerstatning etter utskrivning fra sykehus?

- Ja
- Nei

18) Kan du gi en vurdering av helsepersonellets støtte og veiledning når det gjelder amming på helsestasjonen? (1 = ingen støtte og veiledning ;7 = svært god støtte og veiledning)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

19) Fikk du entydige råd, støtte og veiledning når det gjelder amming fra helsepersonellet du har møtt på svangerskapskontroller og på føde/barselavdeling? (1 = helt uenig; 7 = helt enig)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

720) Har helsepersonellets støtte og veiledning når det gjelder amming påvirket din amming på en positiv måte? (1 = helt uenig; 7 = helt enig)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

21) Har det vært positivt for deg å amme? (1 = helt uenig; 7 = helt enig)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

22) Beskriv hva som eventuelt har vært vanskelig for deg når det gjelder amming.

23) Beskriv den hjelpen du har fått med ammingen som du spesielt er fornøyd med og hvem du fikk den av.

24) Beskriv råd, støtte og veiledning når det gjelder amming som du ikke er fornøyd med og hvem du har fått disse av.

Skriv