



Masteroppgave

Masterstudium i Jordmorfag

Oktober 2020

KVINNERS OPPLEVELSE AV AMMEUTFORDRINGER

Kandidatnummer: 920 og 902

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 14167

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

SAMMENDRAG

Hensikt: Hensikten med studien var å utforske hvordan ammeutfordringer oppleves for kvinner.

Metode: Gjennom systematiske litteratursøk etter kvalitative studier identifiserte vi relevante studier som så på kvinners opplevelse av ammeutfordringer. Vi utførte deretter en metasyntese der vi benyttet Noblit og Hare's metodologiske tilnærming til metaetnografi, for å identifisere, oversette og syntetisere resultatene.

Resultat: Fem kvalitative studier som møtte inklusjonskriteriene ble identifisert og inkludert. Disse dannet grunnlaget for metasyntesen. Følgende hovedfunn ble identifisert: «Forventninger om amming som naturlig», «Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen» og «Kampen for amming». Forventningen om amming som naturlig og noe som ville komme av seg selv, ga kvinnene sjokk noe som igjen utløste stressreaksjoner. Amming var nært knyttet til bildet av morsrollen og når ammingen ble en utfordring satt kvinnene igjen med følelsen av å være mislykket. Kvinnene kjempet en kamp for å opprettholde ammingen. Støtte ble ansett som en viktig faktor for å lykkes med amming.

Konklusjon: Resultatet fra denne metasyntesen indikerer at kvinner har en opplevelse av å være dårlig forberedt på amming. Når ammingen ikke går som den skal, opplever kvinner følelser av skyld og skam, noe som igjen svekker deres tillit til det å være en god mor. Støtte fra jordmor er betydningsfullt for å mestre ammeutfordringene.

Implikasjoner for praksis: Ammeforberedelser burde også omhandle hvilke utfordringer kvinnene kan møte ved oppstart av amming. Jordmødre bør gi individtilpasset støtte og veiledning til kvinner med ammeutfordringer.

Nøkkelord: Metaetnografi, ammeutfordringer, mødre, jordmødre, kvalitativ forskning, mestring, stress

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to identify how women experience challenges with breastfeeding.

Methods: We conducted a systematic search of literature on qualitative studies concerning women's experiences with challenges to breastfeeding. We then conducted a metasynthesis of the identified literature using Noblit and Hare's methodological approach to metaethnography to identify, translate and summarize the findings across the literature.

Results: Five qualitative studies which met the inclusion criteria were identified and included in the metasynthesis. «Expectations of breastfeeding as natural», «Breastfeeding problems – A threat to maternal identity» and «The struggle to breastfeed» emerged as the main themes. The unfulfilled expectations of breastfeeding as natural and something that everybody could do right away, gave the women shock and triggered stress reactions. Breastfeeding was closely linked to the maternal identity and when breastfeeding was challenged, the women faced feelings of failure. The women struggled against discontinuation of breastfeeding. Support was found to be a significant part when it came to the success of breastfeeding.

Conclusion: The results from this metasynthesis found that women experience being poorly prepared for breastfeeding. When the mothers experience difficulties with breastfeeding, feelings of guilt and shame appear, and it weakens their confidence in being a good mother. Support from a midwife is of great value to overcome breastfeeding challenges.

Implications for practice: Breastfeeding preparations should also address the challenges women may face when they start breastfeeding. Midwives should provide personalized support and guidance to women with breastfeeding challenges.

Keywords: Metaethnography, Breastfeeding challenges, Mothers, midwives, qualitative research, coping, stress

INNHOOLD

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning..... | 6 |
| 1.1 Bakgrunn | 6 |
| 1.2 Hensikt | 8 |
| 1.3 Avgrensning | 9 |
| 1.4 Problemstilling | 9 |
| 2.0 Teoretisk forankring | 10 |
| 2.1 Hermeneutisk fenomenologi | 10 |
| 2.1.1 Forforståelse | 11 |
| 2.2 Følelser, stress og mestring | 12 |
| 2.2.1 Stress | 12 |
| 2.2.2 Vurderingsprosessen | 12 |
| 2.2.3 Mestring | 13 |
| 3.0 Metode..... | 15 |
| 3.1 Metaetnografi | 15 |
| 3.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier | 18 |
| 3.3 Søkestrategi | 21 |
| 3.3.1 Søkeprosess | 25 |
| 3.3.2 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler | 26 |
| 3.4 Forskningsetiske overveielser | 27 |
| 3.5 Dataanalyse | 28 |
| 3.6 Troverdighet, gyldighet og overførbarhet | 29 |
| 4.0 RESULTATER | 30 |
| 4.1 Forventninger om amming som naturlig..... | 30 |
| 4.2 Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen | 33 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Kampen for å amme | 35 |
| 5.0 Drøfting av resultatene | 44 |
| 5.1 Forventninger om amming som naturlig..... | 45 |
| 5.1.1 Å være uforberedt – en kilde til stress..... | 45 |
| 5.1.2 Ammepress på godt og vondt..... | 46 |
| 5.2 Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen | 47 |
| 5.3 Støtte som negativ eller positiv | 49 |
| 5.3.1 Standardiserte råd undergraver kvinnens integritet..... | 49 |
| 5.3.2 Ammevarighet – ikke et mål på mestring | 50 |
| 5.3.3 Relasjon til jordmor og egne resurser | 51 |
| 5.4 Metodediskusjon | 53 |
| 5.4.1 Troverdighet..... | 53 |
| 5.4.2 Gyldighet..... | 56 |
| 5.4.3 Overførbarhet | 58 |
| 5.4.4 Etske overveielser | 59 |
| 5.5 Implikasjoner for praksis..... | 60 |
| 5.6 Indikasjoner for videre forskning | 61 |
| 6.0 Konklusjon | 62 |
| 7.0 Kilder..... | 63 |
| 8.0 Vedlegg | 66 |
| Vedlegg 1 - Sjekkliste eksempel | 66 |
| Vedlegg 2 søkehistorikk..... | 68 |
| Vedlegg 3 - Ekskluderte artikler lest i fulltekst..... | 72 |
| Vedlegg 4 – Kandidatenes bidrag inn i oppgaven..... | 74 |

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Morsmelk anses som den optimale ernæringen for spedbarn, og World Health Organization (WHO) sin anbefaling, er at barnet kun skal ha morsmelk de 6 første levemåneder (World Health Organization, 2018). På 1990-tallet lanserte WHO og UNICEF *The baby-friendly hospital initiative (BFHI)*, som skulle fremme amming og nærkontakt mellom mor og barn i føde- og barselavdelinger. Ti trinn for vellykket amming ble utarbeidet som en veileder (Hansen, 2017). Førti av de førtiseks sykehusene med fødeenheter i Norge er per i dag godkjente som mor- barn vennlige sykehus (Knutsdatter S., Mossleth & Toppe, 2018-2019). Blant norske kvinner starter 98-99% å amme etter fødsel, men få barn ammes i seks måneder som anbefalt. Norge har en sterk ammekultur, men noen kvinner opplever utfordringer og problemer knyttet til ammingen (Hansen, 2017). Vi antar at kvinnene som opplever utfordringer som gjør at de kanskje ikke får til ammingen, eller som gjør at de må slutte før de hadde planlagt, blir påvirket emosjonelt. Vi antar at dette kan utløse en stressreaksjon.

Jordmor har et ansvar for ammeveiledning i svangerskaps- og barselomsorgen. Alle gravide skal få tilbud om samtaler om amming som skal gjøre henne i stand til å kunne ta et informert valg om hvorvidt hun ønsker å amme eller ikke. Informasjonen skal også gi kvinnen kunnskap som skal gjøre henne forberedt på ammingen (Helsedirektoratet, 2018). Etter fødsel har jordmor ansvaret for å hjelpe kvinnen med veiledning og oppfølging av ammingen. Jordmor skal hjelpe kvinnen med å etablere ammingen og kartlegge grunner til at hun eventuelt opplever ammeproblemer. Dersom kvinnen utvikler ammeproblemer, skal hun få hjelp som kan bidra til å løse disse. Denne hjelpen skal gis på barselavdelingen, via jordmor på helsestasjonen og via barselpoliklinikker (Helsedirektoratet, 2014). Per i dag, har vi ingen årlig ammestatistikk i Norge som viser ammeforekomsten. Vi vet at tilnærmet alle kvinner ammer ved utreise fra sykehuset. Registrering av ammeforekomst i Danmark viste at omkring 10% av kvinnene stoppet å amme allerede fem til seks uker etter fødsel. Ved fire måneders alder ammet 59,8% og ved seks måneders alder ammet 12,1% (Nilsson, Busck-Rasmussen & Danmark, 2018). Helsedirektoratet (2014) skriver i sine retningslinjer at kvinner bør tilbys støtte til hun mestrer ammingen. Ofte slutter kvinnene å amme på grunn av problemer med amming i kombinasjon med mangelfull oppfølging eller mangel på fagkompetanse fra helsepersonell. I en systematisk kartlegging av norske kvinners ammeproblemer ble såre brystknopper, melkespreng, tilstoppede melkeganger/brystbetennelse og usikker

melkemengde beskrevet som årsaken til problemene. I undersøkelsen rapporterte kun 12% av kvinnene at de ikke hadde hatt ammeproblemer (Tuft, 2005). Dette sier noe om at risikoen for å oppleve en utfordrende ammestart er stor. I en gjennomgang i Cochrane viste oppsummert forskning at støtte hadde effekt på varighet av amming. Studien viste at der ammestøtte ble tilbudt kvinnene, økte sjansene for at kvinnene ammet til seks måneders alder (McFadden et al., 2017). En metasyntese publisert i 2008 undersøkte hvorfor kvinnene ga opp ammingen til tross for at dette var svært betydningsfullt for dem (Larsen, Hall & Aagaard, 2008). Denne studien konkluderte med at kvinnene følte seg ansvarlig for ammingen og at ulike antagelser knyttet til forventninger om amming, påvirket deres selvsikkerhet i negativ retning, da realiteten ikke svarte til forventningene.

Mens Larsen et al. (2008) sin metasyntese så på kvinners selvsikkerhet tilknyttet amming, ønsker vi med vår metaetnografi å se på hvilke erfaringer kvinnene gjør seg når ammingen ikke går som planlagt og hvordan dette henger sammen med stress og mestring.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne studien er å utforske hvordan kvinner opplever ammeutfordringer. Vi ønsker å få en innsikt i hvilke følelser og reaksjoner som oppstår hos kvinnene, hvordan dette påvirker deres syn på seg selv i morsrollen og vi ønsker å få en forståelse for hva som hjelper de eller hindrer de i prosessen med å få til ammingen.

Vi har valgt å gjøre en metasyntese, ved bruk av metoden metaetnografi. Vi ønsker å se på kvinners opplevelse av ammeproblemer gjennom å få en oversikt over kvalitativ forskning som finnes på området. Ved å gjøre en syntese på tvers av flere studier vil vi kunne tilegne oss en dypere forståelse for hvordan kvinner reagerer på utfordringene, hva de føler og hvordan disse utfordringene preger den første tiden av barselperioden. En slik innsikt kan bidra til økt forståelse for hva kvinner trenger av støtte og veiledning både i tiden før og etter fødsel.

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker vi å se på kvinners opplevde erfaring med ammeutfordringer. Vi ønsker å inkludere studier som ser på erfaringene både til kvinner som har overkommet utfordringene, og til de kvinnene som har måtte gi opp amming. I den forbindelse ønsker vi, som en sekundær hensikt, å se på hva som bidrar til at kvinnene mestrer eller ikke mestrer utfordringene som ammingen byr på.

Vi ønsker primært å se på studier som ser på utfordringer som oppstår fra fødsel og til og med seks uker postpartum. Vi antar at det er lettere å finne studier som ligner på hverandre og som er overførbare til norsk praksis når vi i mindre grad blir berørt av ulike permisjonsregler og kulturelle betingelser. Dette vil igjen kunne påvirke kvinners muligheter for å amme, deres kunnskap om amming og deres ønske om å amme. Vi vil tilstrebe et homogent utvalg som har en overførbarhetsverdi til norske kvinner.

1.4 Problemstilling

«Hvordan opplever kvinner ammeutfordringer?»

2.0 TEORETISK FORANKRING

Vi ønsker å benytte anbefalinger fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014, 2018) og World Health Organization (WHO) og UNISEF's Babyfriendly Initiativ (World Health Organization, 2018) for å skissere hvilke føringer og forventninger som formidles til kvinner i svangerskaps- og barselomsorgen.

Vi ønsker å få en innsikt i hvordan kvinner opplever utfordrende amming, for å kunne hjelpe og forberede kvinner som skal amme. Som jordmorstudenter ønsker vi å gi god omsorg til disse kvinnene, men som Kari Martinsen skriver kan man ikke handle omsorgsfullt dersom man ikke har en forståelse av den andres situasjon. Omsorgen forutsetter derfor at vi utvikler en forforståelse av den andres situasjon (Martinsen, 2003). For å utvikle denne forforståelsen ønsker vi å gjøre en metasyntese av kvalitative studier som ser på kvinners opplevelse av ammeutfordringer.

2.1 Hermeneutisk fenomenologi

Utgangspunktet for oppgaven er det fortolkede paradigme som innebærer at verden oppfattes ulikt av ulike individer og at forskeren har en subjektiv rolle i forskningsprosessen. De kvalitative forskningsmetodene er basert på dette paradigmet og studien er en induktivprosess, noe som innebærer at vi vil benytte empiriske data fra kvalitative primærstudier som kan belyse problemstillingen vår, fortolke disse og legge de sammen for så å bruke funnene til å kunne si noe mer allment (Malterud, 2017b)

Filosofen Hans-Georg Gadamer argumenterte for at fortolkningen påvirkes av fortolkerens «forståelseshorisont». Med dette forstås at vi gjør oss erfaringer gjennom livet som utgjør hvordan vi forstår ord og begreper og hvordan vi «ser horisonten». Ved å gjøre en metaetnografi utvider vi denne «horisonten», både ved å slå sammen «horisontene i primærstudiene», samtidig som den preges av vår «horisont» som forskere.

En fortolkning kan ses gjennom den såkalte hermeneutiske sirkel, som innebærer en sirkelbevegelse mellom fortolkningen av deler av teksten og fortolkningen av hele teksten (Laake, Olsen & Benestad, 2008). Ved bruk av metaetnografi som metode bruker vi den hermeneutiske sirkelen ved at vi leser tekstene gjentatte ganger, som dermed stadig gir oss nye fortolknings grunnlag og ny innsikt. Metaetnografiens syv trinn innebærer også at vi tolker teksten i ulike nivåer, både via respondentene sin tolkning, forfatterne av

primærstudiene sin tolkning og til slutt vår egen tolkning. Vi tolker tekstene enkeltvis og sammen. Dette bidrar til økt forståelse for fenomenet.

2.1.1 Forforståelse

Vår forforståelse preges både av vår erfaring som ammende mødre, men også av vår profesjon som kommende jordmødre. Vi har til en viss grad opplevd ammeutfordringer selv, eller opplevd at kvinner som står oss nær har opplevd utfordringer ved amming. Samtidig arbeider vi på barsel og har stått i mange situasjoner der kvinner uttrykker hjelpeløshet og skuffelse, når de opplever ammeutfordringer.

Det at vi har personlige erfaringer bidrar til å forme vårt syn på fenomenet. Sannsynligvis påvirker dette hvordan vi samler, leser og tolker data. Denne forforståelsen kan ha vært bidragsgivende til vår motivasjon for å skrive en masteroppgave om ammeproblemer, samtidig som den kan ha utstyrt oss med et innsnevret syn på problemet (Malterud, 2017b).

Formålet med den hermeneutiske metoden er å komme fram til en forståelse av meningen som er gyldig og som kan forsvares og diskuteres (Laake et al., 2008). Med en metasyntese skal resultater fra mange studier til sammen gi et sikrere helhetsbilde. Vi søker etter en forståelse for helheten ut fra delene. Helheten i vår metaetnografi omhandler både de inkluderte studiene og forfatterne bak dem, samt våre egne tolkninger. Forfatterne av primærstudiene, blir en del av helheten fordi de har satt sitt preg på studiene med sine tolkninger. Når vi tekstfortolker studiene, bruker vi våre egne erfaringer og kunnskap til å gjenskape forfatterens mening i lys av vår egen tolkning. Vi bruker vår forforståelse til å gi teksten en ny mening. I så måte vil hver tolkning bære preg av at det er akkurat vi som har fortolket tekstene i denne studien.

2.2 Følelser, stress og mestring

Vi anvender Lazarus og Folkmanns mestringsteori i vår studie. Utfra egen erfaring på barsel og ved lesing av sporadiske studier ser vi antydning til en sammenheng mellom amming, stress og mestring og vi ønsker å utforske videre hvilke fenomener i studiene som kan knyttes til stress og mestring.

2.2.1 Stress

Psykisk stress er forhold mellom personen og omgivelsene, som oppfattes som krevende av personen eller som overgår hans eller hennes ressurser og som setter hans eller hennes opplevelse av velvære i fare (Lazarus & Folkman, 1984). I motsatt fall, kan personen oppleve å håndtere den økte belastningen som oppstår. Individet vil i et slikt tilfellet, kunne oppleve mestring og en positiv utvikling i stedet for stress.

2.2.2 Vurderingsprosessen

Vurderingsprosessen refererer til en vurderende eller evaluerende kognitiv prosess som påvirker «møtet med stressfaktorene» og reaksjonen. Gjennom vurderingsprosessen evaluerer personen betydningen faktorene har for individets opplevelse av velvære.

Vurderingsprosessen er en forutgående forutsetning for mestring (Lazarus & Folkman, 1984).

Vurderingsprosessen kan deles inn i to ulike kognitive handlinger, beskrevet som en primær- og en sekundærvurdering. Primærvurderingen innebærer å bedømme situasjonen eller møtet som irrelevant, godartet eller stressende. Bedømmer individet situasjonen som irrelevant eller godartet, minimeres opplevelsen av stress. Derimot, hvis hendelsen oppleves som stressende, kan hendelsen vurderes som en skade, tap, trussel eller utfordring. Ved skade og tap har skaden allerede skjedd, mens en trussel refererer til forutgående skade eller tap. Utfordring refererer til hendelser med mulighet for mestring og tilegning av kunnskap eller ferdigheter. Som Lazarus og Folkman (1984) påpeker, utelukker ikke det «ene» alltid «det andre». En situasjon kan for eksempel fremstå både som en trussel og en utfordring.

Sekundærvurderingen setter søkelyset på hvordan håndtere eller mestre situasjonen. Denne inkluderer en vurdering av hvilke mestringsstrategier som er egnet til å håndtere situasjonen, og hvilke konsekvenser disse strategiene har for andre ytre og indre behov og begrensninger.

Her er personens tilgang til ressurser av betydning. Dette er altså en evaluering av mestringsmulighetene. Primær og sekundærvurdering har ofte glidende overganger.

Vurderingsprosessen vil påvirkes av variabler knyttet til person og miljø. Sårbarhet er en personvariabel som er nært relatert til kognitiv vurdering. En sårbar person er en med mangelfulle ressurser til mestring. Andre eksempler på personvariabler er forpliktelse og tro. Jo større forpliktelse, jo mer sårbar er personen for stress. Tro påvirker vurdering der det er et plutselig tap av tro eller en omveltning til en dramatisk endret tro. Når tro er tapt, kan håp fortrenses av håpløshet. Personvariablene er knyttet til personens målsettinger og motivasjon, oppfattelsen av oss selv og vår plass i samfunnet. Dette er faktorer som former våre forventninger til hvordan vi reagerer på omgivelsene (Biggs, Brough & Drummond, 2017)

Biggs et al. (2017) beskriver også faktorer i miljøet som har betydning for vurderingsprosessen. Eksempler på slike miljøfaktorer er krav fra det sosiale miljøet, som innebærer både innskrenkninger og muligheter og vår kultur. Sammen utgjør disse miljø- og personvariablene stor betydning for vår individuelle evne til vurdering og mestring.

2.2.3 Mestring

Mestring defineres som kognitive og atferdsmessige anstrengelser som skal bidra til å håndtere spesifikke indre eller ytre krav som utfordrer en persons ressurser (Biggs et al., 2017).

Mestring vil i stor grad dreie seg om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og å oppleve en følelse av å ha kontroll. Stresserfaringer kan dermed gi to utfall: Enten en stressreaksjon som fører til fysiologiske eller psykologiske belastningsopplevelser eller en opplevelse av mestring som følge av at en erfarer å håndtere stressituasjonen (Lazarus & Folkman, 1984).

Mestring har ifølge Lazarus og Folkman (1984) to overordnede funksjoner: Håndtering eller endring av problemet i miljøet som skaper stress, noe som ses på som problemfokustert mestring, og regulering av den emosjonelle responsen, som betegnes som følelsesfokustert mestring. Disse vil påvirke hverandre (Lazarus & Folkman, 1984). Når betingelsene for stress vurderes som foranderlige, noe som personen kan kontrollere – vil den problemfokusterte mestringen være den fremtredende. Når betingelsene for stress ligger utenfor personens kontroll, er den følelsesfokuserende mestringen fremtredende. Begge formene for mestring er ofte tilstedeværende i en stressende situasjon (Lazarus, Folkman & Visby, 2006).

Måten en person mestrer på har sammenheng med personens ressurser. Dette inkluderer helse, energi, eksistensiell tro, generell tro om kontroll og forpliktelse som virker motiverende. Ressurser som problemløsende ferdigheter, sosiale ferdigheter, sosial støtte og materielle ressurser er andre ressurser. Mestring avgjøres også av begrensende faktorer som minsker bruken av ressursene. Personlige begrensninger inkluderer innlærte kulturelle verdier og tro som forutsetter en viss oppførsel. En innsats i å utøve kontroll er synonymt med det å mestre (Lazarus & Folkman, 1984).

Hvordan personen karakteriserer situasjonen, for eksempel knyttet til forutsigbarhet, usikkerhet og hvor raskt hendelsen inntreffer, har også betydning for mestring. Dette innebærer blant annet om hendelsen utspiller seg som en akutt eller en kronisk stressituasjon. Igjen vil dette by på ulike opplevelser knyttet til stress, følelser og mestring (Lazarus & Folkman, 1984).

3.0 METODE

I dette kapitlet ønsker vi å gjøre rede for metodevalg. Ut fra forskningsspørsmålet er kvalitativ forskning det studiedesignet som egner seg til å besvare vår problemstilling, da vi ønsker spesifikt å se på kvinners opplevelse av ammeutfordringer. Begrepet opplevelse knyttes til kvalitative forskningsmetoder, da vi er interessert i menneskers erfaringer og tanker (Aveyard, 2019). I den kvalitative forskningen anses forskeren som en aktiv deltager i kunnskapsutviklingen, da forskerens forforståelse vil påvirke tolkningen av innsamlet data. Grunnet dette vil aldri forskningen bli fullstendig objektiv med et entydig svar. På tross av dette skal forskningsprosessen være transparent og man tar sikte på en overførbarhet utover den spesifikke konteksten der studien er gjennomført (Malterud, 2017b). Metoden som vi benytter er forankret i det fortolkende paradigmet og hensikten med studien er å fortolke empiriske tekstdata, her i form av kvalitative primærstudier, for deretter å knytte dette opp mot teoretiske perspektiver om stress og mestring. Hensikten er å utforske hvordan fenomenet ammeproblemer oppleves for kvinnene (Malterud, 2017b).

3.1 Metaetnografi

I denne oppgaven skal vi gjøre en metasyntese, der vi anvender metoden metaetnografi og benytter analyseprosessen til Noblit og Hare i syv trinn (Noblit & Hare, 1988). I vår studie har vi involvert disse syv trinnene i arbeidsprosessen, noe vi presenterer i tabell 1.

Metaetnografi er en induktiv metode som hører hjemme i det fortolkende paradigmet. Syntesen innebærer tolkning fremfor beskrivelse og konteksten er en avgjørende betingelse for forståelse (Malterud, 2017a). Noblit og Hare beskriver metaetnografi som en form for syntese av etnografiske eller andre fortolkende studier. Tilnærmingen de har til metaetnografi fokuserer på å konstruere tolkninger eller fenomener, ikke analyser (Noblit & Hare, 1988).

I sin bok om metaetnografi bruker Noblit og Hare (1988) metaforbegrepet om nøkkelord og sentrale betegnelser som forfatterne av primærstudiene selv har brukt i formidling av sine resultater. Syntese i metaetnografi består i å oversette kvalitative studier til hverandre via metaforene fra resultatene. Oversettelsen skal være idiomatisk, altså fokusere på meningsinnholdet (Malterud, 2017a). Disse oversettelsene preges av forskerens tolkningsrammer og forforståelse (Noblit & Hare, 1988). I det fortolkende paradigmet vil alle fortolkninger, metaforer og oversettelser bare være én av flere muligheter når det kommer til

hva en får ut av studien. Andre forskere med en annen forforståelse kan ha andre funn (Noblit & Hare, 1988).

Vi kommer til å ta utgangspunkt i en resiprok oversettelse der vi oversetter ulike uttrykk for beslektede fenomener til hverandre.

Sammenstilling av kvalitative studier er en metode i utvikling og den blir gradvis mer akseptert som en kilde til verdifull informasjon om sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer – slik de oppfattes og uttrykkes av individer (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Vi ønsker å bidra til å synliggjøre kvinners opplevelse av ammeutfordringer og vi tar sikte på å legge fram ny kunnskap og forståelse gjennom denne studien.

Tabell 1 – Metaetnografiens 7 trinn

| 7 trinn | Kort om prosessen vår | Når |
|--|---|------------------------|
| 1. Oppstart | Ønsket tema blir her funnet. Formulering av problemstilling og jobben med søkestrategi settes i gang. Det bestemmes hvilke databaser som det skal søkes i. (Vedlegg 2) | Mai/juni 2020 |
| 2. Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen. | Utvikling av inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 3). Gjennomgang av litteratursøk, ekskludering av duplikater og treff som ut fra tittel og abstrakt ikke fyller kriteriene våre. | Mai/juni 2020 |
| 3. Lese studiene | De fem artiklene leses i fulltekst flere ganger for å finne fram til resultatene. Artiklene gjennomgås kritisk gjennom sjekklister fra Kunnskapsbasertpraksis.no (se vedlegg 1) | Juni 2020 |
| 4. Ta stilling til hvordan studiene er beslektet | Materialet organiseres i matriser. Metaforer og sitater blir identifisert. Sammenlignbare temaer vokser fram. | August/september 2020 |
| 5. Oversette studiene til hverandre | Gjennomgang og organisering av resultattekst og funn av beslektede temaer og metaforer på tvers av studiene. Dette gjør at vi finner likheter og forskjeller. | August/september 2020 |
| 6. Syntetisere oversettelsene | Gjennomgang av radene i matrisen for utvikling av en oversettelse av fenomenene. | September 2020 |
| 7. Formidle teksten | Fremstilling av resultatene i en resultatdel hvor tolkningene presenteres. | September/oktober 2020 |

3.2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Forskningsspørsmålet bestemmer hva slags studier som er relevante for å besvare det vi ønsker å finne ut av. Klare kriterier og oversikt over søk hjelper leserne til å forstå hvorfor noen studier er inkludert og andre ekskludert. Dette gjør studien transparent (Gough, Oliver & Thomas, 2017). Klare kriterier er også en forutsetning for å holde fokus i oppgaven og for å besvare problemstillingen (Aveyard, 2019) . Vi har valgt et begrenset utvalg av databaser og vi har ikke søkt etter upublisert litteratur. Våre inklusjon- og eksklusjonskriterier blir presentert i tabell 2.

Tabell 2 – Inklusjon- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier | Begrunnelse |
|---|---|--|
| Kvalitative forskningsartikler, mixed method studier der vi kun benytter den kvalitative delen av studien | Kvantitative forskningsartikler | Vi ønsker svar på kvinnes levde erfaring, kvalitative studier er det designet som egner seg til å svare på denne problemstillingen |
| Skal handle om kvinnes erfaring eller opplevelse | Studier som omhandler jordmors, annet helsepersonell, fars eller ammehjelpens erfaringer | Vi ønsker å se spesifikt på kvinners opplevelse, på hva hun anser som utfordringer |
| Skal omhandle ammeproblemer/ammeutfordringer | Problemer knyttet til påvist mastitt, stramme tungebånd, tidligere brystkirurgi, prematuritet, syk mor/barn, problemer spesifikt knyttet til adipositas, medfødte misdannelser, syndromer, amming av tvilling/trilling, etablering av amming det studien går spesifikt på amming etter keisersnitt eller kvinner med postpartumdepresjon, | Vi ønsker å se på ammeutfordringer ved «normale» fødsler/svangerskap. Ved medisinske avvik vil etablering av amming, oppfølging og behovet for ernæring skille seg fra de naturlige forutsetningene for vellykket amming. |
| Artiklene skal være publisert fra og med 1. januar 2000 og senere | Eldre artikler | Etableringen av «The Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)» som ble lansert av WHO og UNICEF i 1991 (World Health, 2009) Vi valgte år 2000 som cutoff for å øke sannsynligheten for at de studiene vi har med i vår oppgave er tilknyttet et sykehus som følger retningslinjene i BFHI. |
| Primærstudier | Sekundærstudier i form av metasynteser eller sekundære funn i primærstudier der hensikten er noe annet | Vi ønsker å benytte primærdata, da metasynteser innebærer enda et ledd med tolkning der forfatterens forståelse vil påvirke resultatene. Vi vil også unngå |

| | | |
|--|--|--|
| | | sekundære funn i artikler der hensikten er å se på noe annet, da utvalget av informanter i disse studiene vil skille seg fra andre studier |
| Utført i Canada, UK, Irland, Norden, Australia, New Zealand, Europa. | Afrikan, Asia, Sør-Amerika og USA. | Store forskjeller i kultur, permisjonsregler, kvinnens status i samfunnet, fødselshjelp, oppfølging og muligheten for å tilegne seg informasjon. |
| Artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk eller Dansk. | Skriftspråk utenom engelsk, Norsk, svensk eller dansk. | Oppgavens begrensning i forhold til tid og ressurser. |

3.3 Søkestrategi

Utgangspunktet for et systematisk litteratursøk er forskningsspørsmålet (Gough et al., 2017). De underliggende konseptene og antagelsene som ligger i forskningsspørsmålet skal klargjøre hva slags studier vi vil ha for å besvare problemstillingen. Dette gjøres via inklusjonskriterier, som igjen vil danne utgangspunktet for utvalget av studier. Strategien for å komme fram til de studiene som møter disse inklusjonskriteriene er søkestrategien (Gough et al., 2017).

Det foreligger en rekke guider som er utarbeidet for systematiske søk. Disse guidene inneholder metoder for utvikling og dokumentasjon av litteratursøk. Hvor mye arbeid en skal legge i litteratursøket avhenger av ressursene man har til rådighet og rekkevidden av studien (Gough et al., 2017). Når man gjør et litteratursøk, er det viktig å tenke på hvor man best kan lokalisere de studiene man er på jakt etter. Det er viktig at søkestrategien, som resten av studien, følger prinsippene for systematiske oversikter, som innebærer at metoden er transparent og i teorien reproducerbar. Med en god søkestrategi skal man redusere risikoen for å miste relevante artikler, samtidig som man skal unngå for mye støy, i form av ikke-relevante studier (Gough et al., 2017). Ved å gå systematisk til verks unngår man «kirsebærplukking» som innebærer at man tilfeldig eller med hensikt plukker artikler som gir svar på problemstillingen, men som i verstefall avviker fra resten av studiene som besvarer den samme problemstillingen. Dette kan føre til villedende konklusjoner og svekke validiteten i studien (Aveyard, 2019).

I arbeidet med å identifisere relevant forskning, er det viktig å benytte et system der vi som forskere kan vise det antallet studier som har blitt screenet for relevans, og deretter vise antallet studier som har blitt inkludert eller ekskludert i hvert stadie av screeningprosessen. Standardene som vi til dels har valgt å benytte bygger på «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses» (PRISMA). Gjennom vårt PRISMA flow diagram, figur 1, viser vi en oversikt over screening prosessen (Gough et al., 2017).

Vi skal utføre systematiske litteratursøk i følgende databaser: **Cinahl**, **Maternity and Infant Care**, **Medline** og **Embase**. Disse dekker internasjonal forskning og inneholder en viss andel kvalitative studier, pasienterfaringer, relevante artikler for jordmorfag, sykepleieforskning og medisin (Oslo MET & universitetsbiblioteket). Utarbeidelsen av søkestrategien er gjort i samråd med bibliotekar, både fra sykehuset i Østfold og bibliotekar fra Oslo MET. Vi har søkt i flere omganger og tilpasset søket underveis for å dekke mest mulig av forskningen som

eksisterer på området, men også for å justere ned treffmengden, da vi fikk mye støy, med irrelevant litteratur i det første søket.

Ut fra forskningsspørsmålet: «Hvordan opplever kvinner ammeutfordringer?», utarbeidet vi et SPIDER skjema, som vi presenterer i tabell 3, hvor vi laget søkeord for utvalg/populasjon (S), fenomenet «ammeutfordringer» (PI), designet som skulle svare på forskningsspørsmålet (D), evalueringen/opplevelsen vi ville utforske (E) og hvilken type forskning (R) som kunne gi de resultatene vi er ute etter. Søkeordene brukte vi i de ulike databasene, med enkle tilpasninger til hver database. Søkehistorikken er vedlagt i vedlegg 2. I databasen Maternity and Infant Care valgte vi å søke på tekstord med synonymer, da databasen har begrenset system for emneord. Søkeordene brukte vi i en kombinasjon av tekstord og emneord ved bruk av OR. Dette for å ikke miste artikler som ikke var tagget med emneord. Videre brukte vi AND for å innsnevre søkene slik at de ble mest mulig relevante for vår problemstilling. Videre begrenset vi søket på språk og metode som beskrevet over. Dette er vist i tabell 4.

Utover systematiske søk i databaser, har vi gjort manuelle søk i referanselistene på de inkluderte artiklene og vi har gjort siteringssøk i google scholar på inkluderte artikler.

Tabell 3- Spider

| S (utvalg) | PI (fenomen som skal undersøkes) | D (Design) | E (Evaluering) | R (Type forskning) |
|---|--|---|---|---|
| <p>Mødre, kvinner</p> <p>Søkeord: Mother, mothers, woman, women, maternal</p> | <p>Ammeproblemer/ ammeutfordringer</p> <p>Søkeord: Breastfeeding, breast feeding, breastfed, infant feeding, lactation</p> <p>Kombinert med (and): Barrier, challenge, problem, concern, difficulty, issue, wellbeing, coping, stress, successful, unsuccessfull, struggle, pain</p> | <p>Dybdeintervjuer, dagbok</p> <p>Søkeord: Interview, diary, audio-diaries, narratives, descriptive, group interview, in depth interview, focus group</p> | <p>Opplevelse, erfaringer</p> <p>Søkeord: Experience, perception, perspektive</p> | <p>Kvalitative studier</p> <p>Mixed «method»</p> <p>Søkeord: Qualitative Studies</p> <p>Phenomenology, lived experience</p> |

Tabell 4 – Kombinasjon av søkeord

| Mødre/kvinner (Utvalg) | | Amme/ammeproblemer (fenomen) | | Intervjuer/ dagbok/ beskrivende studier (Design) | | Opplevelse/erfari nger (Evaluering) | | Kvalitative studier (Type forskning) | Begrensninger |
|---|------------|--|------------|---|------------|--|------------|---|---|
| mother OR mother* OR women OR woman OR Maternal OR maternity OR Mothers (som mesh ord) | AND | breast feed* OR breastfeed* OR breast-feed* OR breast- fed OR breastfed OR infant feed* OR infant fed OR infant-feed* OR lactation OR Breast Feeding (som mesh ord) OR Lactation (som Mesh ord) Kombinert med (AND): Barrier* OR challenge* OR problem* OR concern* OR difficult* OR issue* OR wellbeing OR cope OR coping OR stress OR success* OR unsuccess* OR fail OR struggle* OR pain OR painful OR wellbeing OR distress | AND | interview* OR narrative* OR descriptive OR group interview OR in death interview OR focus group OR hermeneutic* OR phenomenolog* OR lived experience OR grounded theor* | AND | experience* OR perception* OR perspective* | AND | Phenomenology OR Qualitative Reseach (som Mesh) | <ul style="list-style-type: none"> • 2000 – nå • Språk: Dansk, engelsk, svensk og norsk |

3.3.1 Søkeprosess

Søkene vi har gjort i de ulike databasene er utgangspunktet for Prisma flytskjema, vist i figur 1, som viser antallet studier vi har vært gjennom i søkeprosessen. I første fase jobbet vi med bibliotekar fra Sykehuset i Østfold med å tilpasse søkene i de ulike databasene, finne synonymer og kombinere søkeord med OR og AND. Kombinasjon av søkeord er vist i tabell 4. Denne søkestrategien ble testet ut og brukt som førsteutkast for å se om vi ville finne artikler som besvarte vår problemstilling. Denne søkestrategien ble bearbeidet videre ved bruk av skolens bibliotekar og vi benyttet oss av tips fra veileder.

I neste fase gjorde hver enkelt av kandidatene, med felles søkestrategi, søk i hver enkelt database, se vedlegg 2. Begge gjorde søkene parallelt i tidsrommet 8.-9. juni 2020. Vi leste totalt 3745 titler. 3588 ble ekskludert da de var irrelevante. De fleste ble ekskludert på bakgrunn av tittel, men enkelte abstrakt ble lest ettersom innholdet ikke kom tydelig fram i tittel. Etter dette satt vi igjen med 120 aktuelle abstrakt og tittel fordelt på de fire databasene. Etter å ha fjernet duplikater, satt vi igjen med 50 artikler.

Neste skritt i prosessen innebar grundig gjennomlesning av abstraktene av hver enkelt kandidat. Artikler ble ekskludert ved bruk av inklusjon- og eksklusjonskriteriene. De fleste ble ekskludert grunnet fenomen, noe som innebar at hensikten med studien var noe annet enn hvordan kvinner opplevde ammeutfordringer. De artiklene vi satt igjen med ble igjen lest av begge. Kandidat én inkluderte 16 artikler og kandidat to inkluderte 17 artikler. Dersom en kandidat ønsket å inkludere artikkelen, ble denne inkludert til neste fase. Totalt sytten artikler ble inkludert for gjennomlesning i fulltekst.

I siste fase av søket, leste hver av kandidatene 17 artikler i fulltekst. De ble vurdert på bakgrunn av inklusjon-/eksklusjonskriteriene, se tabell 2, og vi utførte kvalitetskontroll. Et eksempel på kvalitetskontroll viser vi i vedlegg 1. 12 artikler ble ekskludert. Av disse ble én artikkel ekskludert grunnet kvalitet, der det manglet redegjørelse for etiske hensyn. Tre artikler ble ekskludert grunnet design eller dårlig redegjørelse for metode. De siste åtte artiklene ble ekskludert grunnet fenomen, noe som innebar at hensikten med studiene ikke svarte direkte på det vi ønsker å finne ut av gjennom vår problemstilling. Dette er vist i vedlegg 3 for ekskluderte artikler. Til slutt satt vi igjen med 5 artikler med høy kvalitet og relevans som vi inkluderte i vår metaetnografi, se tabell 5 – inkluderte studier.

3.3.2 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

I arbeidsprosessen ble 17 artikler gjennomgått og kvalitetsvurdert og vi benyttet oss av verktøy fra Kunnskapsbasertpraksis.no, se vedlegg 1, *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie*. Polit og Beck (2017) skriver at det finnes ulike kartleggingsverktøy til bruk av kvalitetsvurderingen av studier, og de anbefaler bruk av et verktøy som kan brukes globalt. Videre argumenterer de for at sterke studier burde tillegges mer vekt enn svakere studier. I vår prosess valgte vi å kvalitetssikre alle studiene og ut fra dette inkludere eller ekskludere dem. En samlet kvalitetsvurdering der alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten ble oppfylt, ga høy kvalitet. Dersom enkelte av kriteriene ikke ble oppfylt eller ikke var tilfredsstillende ga dette en middels/moderat kvalitet. Dersom få eller ingen kriterier i sjekklisten ble oppfylt ga dette en lav/mangelfull kvalitet. Vi valgte å inkludere studier som hadde høy eller middels kvalitet. Dette valget tok vi på bakgrunn av Noblit og Hare (1988) sin teori, der de antyder at lavere kvalitet ikke er ensbetydende med lav informasjonsverdi. Vi valgte derfor å inkludere studier av middels kvalitet, så lenge de kunne tilføye noe vesentlig til syntesen, uten å forringe den totale kvaliteten. Denne vurderingen ble utført og tatt stilling til via sjekklisten. Dersom det var punkter som var uklare ble disse diskutert mellom kandidatene. Vedlegg 3 viser ekskluderte studier og grunn til eksklusjon, Tabell 5 viser inkluderte studier og grad av kvalitet.

3.4 Forskningsetiske overveielser

Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold (Malterud, 2017a). Dette reguleres av lover og forskrifter som skal sørge for at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Når vi gjør en metasyntese, skal vi også følge forskningsetiske regler. Dette innebærer at vi går igjennom primærartikler og ser at de har ivaretatt etiske problemstillinger.

Kvalitative metoder bærer med seg menneskers livserfaringer og tanker. Metoden utforsker respondenters erfaringer og opplevelser, noe som innebærer at de har vært villige til å fremstille seg selv nakent og ærlig (Malterud, 2017b). Ved vår gjennomgang av primærstudiene har vi undersøkt om forfatterne har skrevet at de har skaffet etisk godkjenning og informert samtykke fra deltakerne. Vi har også sjekket at anonymiteten til deltakerne er ivaretatt. I en metasyntese er vi ikke i direkte kontakt med respondentene, derfor kreves det heller ikke at det søkes om klarering fra formelle instanser som Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019).

Når vi gjør en metasyntese er det viktig å vite at vi har et etisk ansvar i hvordan vi fortolker tekstene og at vi ikke vrir og vrenger på teksten, slik at den gir en annen mening. Det kan være viktig å forsøke å se for seg deltakerne underveis i analysen. Vi må huske på at vi gjør en sekundærstudie basert på andres forskning. Vi må derfor gjøre en intern validering der vi sjekker at vi har oppfattet budskapet slik det var ment. Slik sett er det viktig at vi bruker sitater med respekt og ikke ilegger dem en annen betydning enn det som var ment. Grunnet dette har vi valgt å bruke engelske sitater i resultatkapitlet, for å ikke forringe meningen i budskapet.

3.5 Dataanalyse

I en metaetnografi innebærer analyseprosessen å ta stilling til hvordan hovedfunnene fra de inkluderte primærstudiene forholder seg til hverandre slik de har vært fortolket og presentert av sine forfattere (Noblit & Hare, 1988).

Noblit og Hare (1988), som først utviklet metoden for å syntetisere kvalitative studier, benyttet metaforer for å dekke heterogene uttrykk med samme betydningsområde. Vi tar sikte på å gjøre det samme. Malterud (2017a) viser også til lignende metode som innebærer å redusere teksten til metaforiske begreper. I prosessen med å finne beslektede heterogene uttrykk benytter vi fremgangsmåten til Metaetnografiens 7 trinn (Noblit & Hare, 1988) som vist i Tabell 1 – Metaetnografiens 7 trinn. Det å oversette studiene til hverandre representerer trinn fire til seks i tabellen.

I sin bok om metaetnografi bruker Noblit og Hare (1988) metaforbegrepet om nøkkelord og sentrale betegnelser som forfatterne av primærstudiene selv har brukt i formidling av sine resultater (Malterud, 2017a). Oversettelsen av primærstudiene til hverandre skal være idiomatisk, altså at den fokuserer på meningsinnholdet, fremfor en «bokstaveligtalt» oversettelse. I tabell 6, som viser synteseoversettelsen, benytter vi en indeksstudie, som ifølge Malterud (2017a) er en primærstudie som utmerker seg som innholdsrik. I vårt tilfelle var det studien til Williamson, Leeming, Lyttle og Johnson (2012) som skilte seg ut som svært innholdsrik og med varierte resultater. Denne indeksstudien ble plassert i kolonnen lengst til venstre i matrisen og ble et utgangspunkt for den videre synteseoversettelsen, da resultattekst fra denne utgjorde rader som igjen viste beslektede fenomener og temaer for de resterende studiene.

Oversettelsen krever en evne til å se nyansene i likheter og forskjeller som er presentert i resultatene fra primærstudiene. Dette krever fintlesning, gode språkkunnskaper og gjentatte vurderinger og diskusjoner mellom kandidatene. I denne delen av analysen er det fare for å miste det «egne» i primærstudiene og vår egen tolkning vil også preges av vår forforståelse og våre tolkningsrammer (Malterud, 2017a). Synteseoversettelsen kan ifølge Malterud (2017a) ses på som en tolkning på flere nivåer. Rådata, eller førsteordens begreper, viser til menneskers forståelse slik de kommer til uttrykk gjennom observasjon eller intervju. Denne rådataen har vi ikke tilgang til gjennom primærstudiene. For hver ny tolkning som blir gjort i prosessen, endrer graden av fortolkning seg til et nytt nivå. Resultatene i primærstudiene er tolket av forfatter av studien, noe som innebærer en andreordens tolking av resultater og

begreper. Disse er tilgjengelige for oss i primærstudiene, men avhenger av om forfatteren har tydeliggjort sin egen forforståelse i studien. Det siste trinnet i syntesen, som vist i Tabell 1 – Metaetnografiens 7 trinn, innebærer å formidle syntesen, altså resultatene, til leseren. Som Malterud (2017a) er inne på i sin metodelitteratur er resultatet endepunktet for metasyntesen, og et uttrykk for tredjeordens begreper som innebærer fortolkning gjennom tre ledd.

3.6 Troverdighet, gyldighet og overførbarhet

Kvaliteten på studier gjenspeiles gjennom validitetsbegrepet.

Polit og Beck (2017) argumenterer for at validitetsbegrepet i kvalitativ forskning skiller seg fra den positivistiske tankegangen, da den rigide tilnærmingen kan svekke tolkningsprosessen i kvalitativ forskning. Samtidig argumenterer de for viktigheten av validitetsbegrepet, da det er dypt forankret innenfor kvantitativ forskning, og at det er viktig å ha noen likheter å støtte seg til i arbeidet med å anerkjenne kvalitative studier.

Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015) mener at begrepet troverdighet er et mer passende og gjenkjennelig begrep innenfor kvalitativ forskning. Sammen med begrepene gyldighet og overførbarhet, utgjør disse den interne og eksterne validiteten, som ofte blir presentert i studier assosiert med positivismen. Gyldigheten på studien avhenger av formuleringen på forskningsspørsmålet, hva vi ønsker å finne, og om vi har benyttet en egnet metode for få svar på det vi lurte på (Kvale et al., 2015). Overførbarhet knyttes til ekstern validitet og generaliserbarhet. Ekstern validitet handler om hvorvidt undersøkelsen er overførbar til andre sammenhenger og utvalg (Leseth & Tellmann, 2018). Vi vil gjøre rede for troverdigheten, gyldigheten og overførbarheten av vår studie i metodediskusjonen, der vil vi diskutere studiens styrker og svakheter.

4.0 RESULTATER

Resultatene i metaetnografien gir en beskrivelse av hvordan kvinner opplever ammeutfordringer. Studiene som er inkludert i metaetnografien er resultatet av en grundig søkeprosess, der Prisma flytskjemaet som blir presentert i figur 1, viser hvordan vi kom fram til de inkluderte studiene. Studiene som er utgangspunktet for matrisen presenterer vi i slutten av kapittelet i tabell 5. Matrisen for synteseoversettelsen, og resultatene av vår tolkning, gjengir vi i tabell 6. Sammen danner disse grunnlaget for resultatavsnittet.

Vi har valgt å presentere hovedfunnene i tre underkapitler. Det første underkapittelet, *Forventninger om amming som naturlig*, viser kvinnenes forventninger til amming og deres antagelser om hvordan de så for seg at ammingen skulle bli. Underkapittel to, *Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen* belyser hvordan det å få ammeproblemer utvikler seg til å true morsrollen. Underkapittel tre, *Kampen for amming*, gir oss innsikt i kvinnenes kamp for å få ammingen til å fungere. Det belyser også hvilken støtte kvinnene verdsetter og anser som avgjørende for å overvinne ammeutfordringene.

Primærartiklene svarer på vår problemstilling, «Hvordan opplever kvinner ammeutfordringer», gjennom disse tre kategoriene. Kategoriene viser tydelig at både det emosjonelle og det kognitive aspektet blir berørt. Vi vil nå beskrive og utdype våre tre kategorier ved hjelp av konkrete eksempler og sitater fra primærstudiene.

4.1 Forventninger om amming som naturlig

Studiene viser at kvinnene hadde en forventning om at amming skulle være enkelt og at det ville komme av seg selv. Mange av kvinnene hadde et sterkt ønske om å amme. Det kulturelle bildet av amming, fremstiller ammingen som naturlig og noe som ligger til rette for alle. Kvinnene forventet derfor at de skulle kunne klare å amme uten vanskeligheter. Ingen var forberedte på problemene som oppstod.

Kvinnene beskrev det som å være dårlig forberedt på amming under graviditeten. En kvinne siterte følgende:

«*It was a huge shock to me that I would find it difficult, cause I actually thought it would be just the easiest thing ever*» (Hauck, Langton & Coyle, 2002).

Ingen fortalte dem at de kunne oppleve å møte vanskeligheter i forbindelse med amming, derfor ble det et stort sjokk å oppleve at ammingen ikke gikk som forventet. En kvinne i Williamson et al. (2012) beskrev hvordan hun hadde oppfattet amming gjennom et kurs i graviditeten:

«Cause we`d been to these classes, read about, heard about how natural it is, you know...seeing all these happy mothers breastfeeding on videos and things» (Williamson et al., 2012).

Dette bildet på amming samsvarte ikke med det kvinnen opplevde i realiteten.

Det å ikke være godt nok forberedt ble også beskrevet i de andre studiene. I Palmér, Carlsson, Mollberg og Nyström (2012) sin studie beskrev kvinnene det som at mulighetene for å amme ble tatt for gitt i graviditeten. Òn av respondentene uttrykte seg slik:

«Everything turns into darkness or...And it is also like I think it should just work out well... it is a natural thing and a lot of people manage it but not me...I compare myself to others...» (Palmér et al., 2012).

Antagelsene om amming som naturlig, ga mødrene et falskt håp om at amming ville være enkelt. Dette håpet ble knust når vanskelighetene oppsto. Når ikke forventningene samsvarte med de erfaringene som ble gjort, satt kvinnene igjen med en følelse av å være villedet. Mange beskrev det som følelsen av å være den eneste kvinnen med problemer, de sammenlignet seg med andre mødre, noe som igjen bidro til følelsen av å være verdiløs og en fiasko.

Hinsliff-Smith, Spencer, Lecturer og Walsh (2014) beskriver også at kvinnene ikke hadde nok kunnskap eller forståelse i forkant av ammingen. En kvinne i studien siterte:

«Mums to be should be aware it takes time, effort, and patience to breastfeed your baby» (Hinsliff-Smith et al., 2014).

De hadde også begrenset forståelse og var lite forberedte på den nyfødtes behov, noe som bidro til en berg- og dalbane av følelser. En kvinne uttalte følgende om sin dårlige forberedelse og forventning om barnet:

«In the first week or two he was constantly feeding, it was not what I was anticipating» (Hinsliff-Smith et al., 2014).

De var også uforberedte på at de i så stor grad følte på tretthet og utmattelse over at ammingen tok all deres tid.

“I cannot do anything else apart from breastfeeding, no time for bath or shower or even clean the house” (Hinsliff-Smith et al., 2014).

Flere av kvinnene fortalte om at de følte en forventning fra samfunnet. Det er en sterk ammekultur, og kvinnene blir informert om at bryst er best. En kvinne beskrev dette slik:

«You are encouraged breast is best, and yes, you feel guilty as you see all the other mums on the ward breastfeeding» (Hinsliff-Smith et al., 2014).

Når de da ikke får til ammingen oppstår en følelse av å være skyldig, de føler seg dømt av samfunnet.

«And you feel really blamed, if you don't (breastfeed), you feel like that society's judging you for not being able to do it, and you're not normal» (Williamson et al., 2012).

Kvinnene følte også på en vanskelig beslutning dersom de måtte ty til morsmelkerstatning. Morsmelken ble sett på som det mest næringsrike man kunne tilby barnet (Mauri, Zobbi & Zannini, 2012). Kunnskapen og forventningen de hadde fått om at morsmelk var best for barnet gjorde det vanskelig for dem når de av ulike grunner ikke kunne full-ernære barnet på morsmelk.

«...it was such a hard decision to go onto bottles all the time, cos the way they (voluntary support group)...talked about it, it was something that what really, really bad... so then it makes you feel as well that you are almost poisoning them...so for 2 or 3 days I was in tears» (Williamson et al., 2012).

Det oppstod sterke følelser hos kvinnene når de ikke kunne gi barnet det de opplevde som det beste. Følelser som at de forgiftet sitt eget barn ble beskrevet. Morsmelkerstatning ble sett på som noe som var skadelig, og det var det eneste alternativet når de selv ikke kunne produsere mat til barnet. På grunn av manglende kunnskap om morsmelk var det også kvinner som fortalte at de sammenlignet sin egen melk med morsmelkerstatning. Dermed vurderte de det til at det var noe galt med sin egen melk og de mistet troen på at de hadde nok melk (Hinsliff-Smith et al., 2014).

4.2 Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen

Primærstudiene i metasyntesen viste mødrenes streben etter å fylle morsrollen og møte forventningene, både deres egne og andres, som er knyttet til denne rollen.

Det å amme sitt barn er assosiert med en stolthet knyttet til det faktum at ens egen kropp kan ernære barnet. Denne egenskapen var en del av det som definerte kvinnene som mødre og ammingen ble uttrykt som en essensiell del av det å være mor (Williamson et al., 2012).

En kvinne i en studie fra Storbritannia uttrykte seg slik:

« I'm doing it, it's from me that I've made this baby and I'm feeding it and she's gonna grow and she's gonna get big and she's gonna get strong because of what I'm giving her and that's a big thing » (Williamson et al., 2012).

Når kvinnene opplevde å ikke kunne ernære barnet tilstrekkelig, uttrykte de en følelse av utilstrekkelighet og negative følelser. Disse følelsene kunne for eksempel skyldes at barnet ikke gikk tilstrekkelig opp i vekt (Mauri et al., 2012). Palmér et al. (2012) beskriver dette som et nederlag og at ammeproblemene blir et bevis på at man har feilet.

Når muligheten til å oppfylle forventningene man hadde til amming gjennom graviditeten bortfaller, blir forventningene til morsrollen utfordret. Palmér et al. (2012) trekker frem kvinnens svekkede selvbilde og det at de opplever å «miste seg selv» som mødre, som igjen leder til følelsen av å ha mislykkes. En av kvinnene i studien viste denne realiteten ved å uttrykke seg slik:

« I may not be a good mother and... (crying) I know that I could not be a worse mother to him because I do not breastfeed but I feel that these are linked to each other » (Palmér et al., 2012).

Forventningene og det sterke ønske om at de skulle kunne amme, førte til skyldfølelse hos de som ikke fikk til ammingen. I alle primærstudiene uttrykte kvinnene følelser knyttet til skyld og skam for å ikke kunne gi barnet det de hadde forventninger om. Skyldfølelsen ble uttrykt som:

«Being of no use to the infant » (Palmér et al., 2012) og *“A sense of inadequacy during breastfeeding”* (Mauri et al., 2012).

I en dagbok skrev en kvinne følgende:

« You are encouraged breast is best, and yes, you feel guilty as you see all the other mums on the ward breastfeeding » (Hinsliff-Smith et al., 2014).

Mødre opplevde situasjonen som stressende når barnet ikke spiste som de forventet. En mor i en studie gjort i Australia la skylden på seg selv og lurte på hva hun gjorde galt:

«It was absolutely awful and just wondering what's wrong with this poor baby. And you feel so awful as a mother, if you are giving her all the wind, if you are eating the wrong food, or what am I doing wrong » (Hauck et al., 2002).

Flere mødre tillegger seg selv skylden for utfordringene ved ammingen. De stiller spørsmål ved funksjonaliteten til deres egen kropp og de føler seg ubrukelige. Ammeproblemene førte til følelsen av skyld og følelsen av å være verdiløs (Palmér et al., 2012).

Kvinnene trekker også fram behovet for å forsvare seg selv når problemene fører til at de må gi opp ammingen. Både Palmér et al. (2012) og Williamson et al. (2012) sine studier viser til sitater fra respondentene som synliggjør forventninger i samfunnet og hos andre om at mødre skal amme barnet sitt. Disse forventningene bidrar til et ønske om å gjemme seg bort og ikke avsløre for andre at man har feilet. En svensk respondent uttalte dette i et intervjuv:

“When I could not manage what was expected of me I felt a failure and bad and... other people added this feeling by implying that I would be a bad mother. I almost have... to defend myself because I have stopped breastfeeding » (Palmér et al., 2012).

Dette er med på å svekke selvbildet ytterligere.

4.3 Kampen for å amme

Som nevnt i avsnittet over er det gjennomgående i primærstudiene at kvinnene er lite forberedte på hva ammingen innebærer. Hinsliff-Smith et al. (2014) beskriver at kvinnene ikke er forberedte på hva et nyfødt barn krever og at de har urealistiske forventninger til både amming og det å ivareta barnet. Et eksempel hentet fra en av kvinnene som opplever ammeproblemer i disse studiene beskriver den nye tilværelsen som:

«Everything turns into darkness» (Palmér et al., 2012).

På tross av utfordringene kvinnene møter, viser alle studiene til at kvinnene kjemper en kamp for å opprettholde ammingen. Kvinnene gir uttrykk for at amming er uunnngåelig, at amming er det eneste riktige å gjøre overfor barnet, og at de skyver sin egen smerte til side. Eksempler som tydeliggjør dette er:

“Breastfeeding as non-negotiable, whatever the mother and baby’s particular experience” (Williamson et al., 2012).

“I was very determined to keep breastfeeding, I didn’t want to give up» (Hauck et al., 2002).

«I am always in pain, grinding my teeth and bear it... however I know It’s good for her» (Mauri et al., 2012).

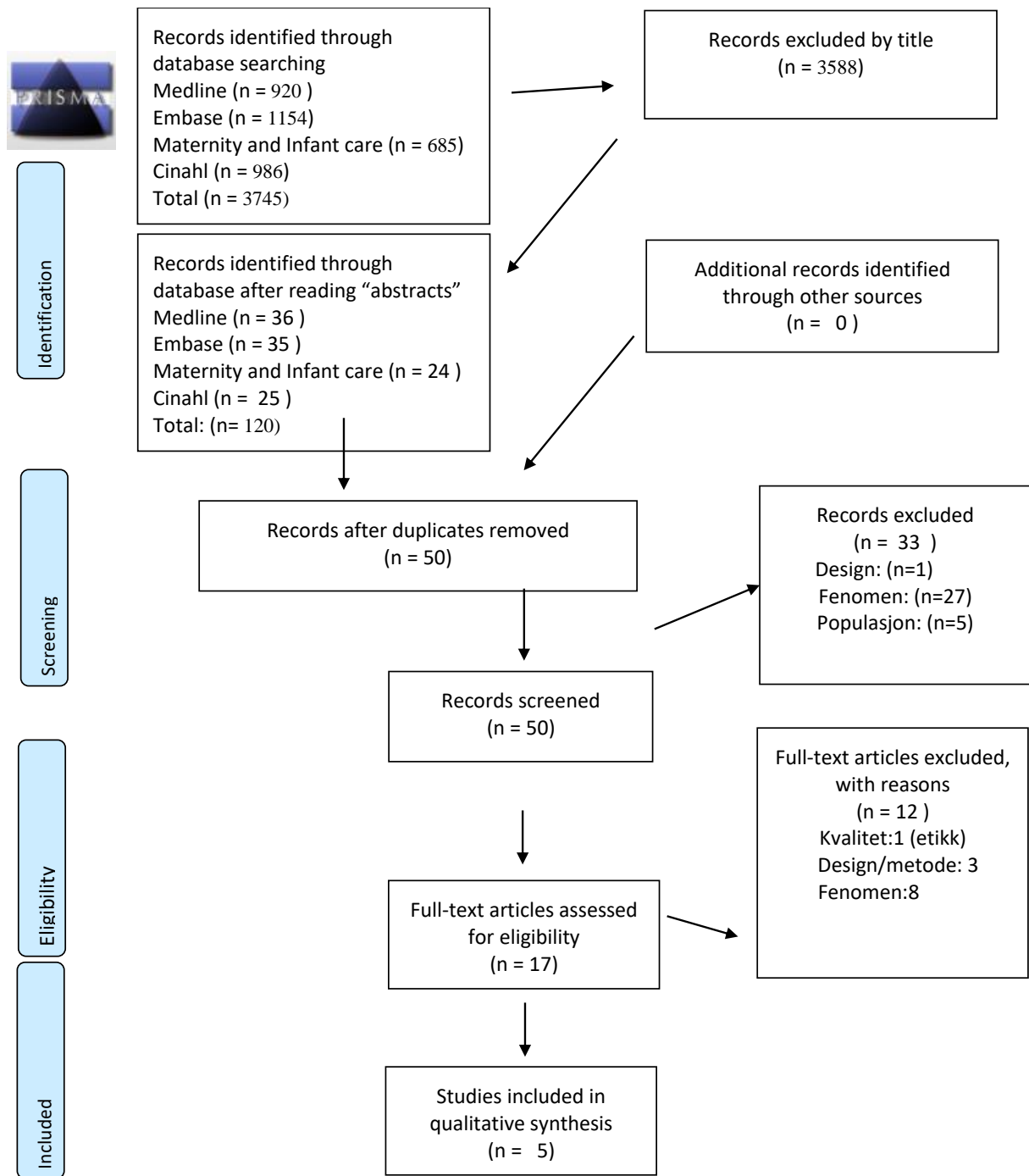
De har en sterk motivasjon for amming som driver de videre i kampen.

Kvinnene uttrykker både frustrasjon og takknemlighet for støtten de får når de opplever utfordringer med amming. Igjen er det gjennomgående at motsigende råd skaper frustrasjon og usikkerhet. Palmér et al. (2012) skriver at disse motsigende rådene fører til at kvinnene føler på et tap av kontroll i situasjonen. I følge Mauri et al. (2012) bidrar disse motsigende rådene til å svekke tillitten til helsepersonell. Det er tydelig at disse kvinnene er svært sårbare. Helsepersonell og andre kan komme til å kritisere eller gi velmenende råd som kan oppfattes som negativ feedback, noe disse kvinnene opplever som tyngende (Hinsliff-Smith et al., 2014). I motsatt fall, når kvinnene opplever gode, individtilpassede råd oppleves veiledningen som støttende og styrkende (Hauck et al., 2002). Syntesen av studiene tydeliggjør viktigheten av individtilpasset informasjon ved ammeutfordringer. Velmenende, allmenne råd kan ytterligere svekke disse kvinnene. Et eksempel hentet fra Hinsliff-Smith et al. (2014) sin primærstudie viser at informasjonen som gis via «bryst er best» programmet kan bidra til å forsterke følelsen kvinnene har av å ha mislyktes.

Det å dele sin negative erfaring med andre, enten helsepersonell eller andre mødre, ga styrke til å fortsette. Kvinnene i Palmér et al. (2012) sin studie opplevde en lettelse av å kunne dele ansvaret med en som hadde mer erfaring eller som var helsepersonell. De opplevde også en lettelse over at det fantes andre i samme situasjon. Dette ga de en følelse av å ikke være alene. En kvinne som fikk råd fra et ammesenter beskrev det som:

«To walk in there, to see someone who knew what they were doing when you feel like your are in quicksand» (Hauck et al., 2002).

Her tydeliggjøres takknemligheten for erfarne ammeveiledere som kan bidra til å hjelpe de opp fra håpløsheten.



Figur nr. 1 – prisma flytskjema (Gough et al., 2017).

Tabell 5 - Inkluderte studier

| Forfatter (år) LAND | Formål | Metode | Utvalg | Hovedfunn | Kvalitet |
|--|--|--|--|---|----------|
| Williamson, Leeming, Lyttle & Johnson (2012) ENGLAND Maternal & Child Nutrition | Målet med studien var å få økt forståelse av potensiell innvirkning på kvinner som finner amming utfordrende ved å fokusere på en gruppe som opplevde betydelige vanskeligheter tidlig etter fødsel. | Kvalitativ. Dagbøker som deltakerne skrev fra fødsel og i 7 dager. Semi-strukturert intervju | 22 kvinner fullførte dagbok 8 dybde intervjuer | To hovedtemaer presenteres i studien <i>vanskeligheter med amming som en trussel mot mors identitet og tolke å reagere på smerter</i> . Dette var to temaer som ble representert konsekvent og på tvers av kvinnene når det gjaldt deres opplevelse av ammeproblemer. Undertemaer som kom opp, var 1) Amming som naturlig vs kampen for amming Ammeproblemer: Daglige smerter med såre nipler, vanskeligheter med å finne stillinger som fungerte, barnet var uinteressert i å amme eller stresset og tilsynelatende ute av stand til å ammes. | Høy |
| Hauck, Langton & Coyle (2002) AUSTRALIA Breastfeeding review | Målet med studien var å finne svar på ammeerfaring hos kvinner som hadde vanskeligheter med amming. | Kvalitativ. Semi-strukturert dybdeintervju | 10 kvinner som var i kontakt med ammesenteret | Seks hovedtemaer ble avdekket 1) Bestemmelsesveien med undertemaer som: - å søke etter svar, - tilstedeværelse av fysisk og emosjonell utmattelse 2) Å holde seg på stien med undertemaer som: - Oppmuntring - Individualisert vurdering og råd - Å se tegn til forbedring 3) Følgene av å holde seg på stien 4) Å komme av bestemmelsesveien med underkategorier som: - Heftelser - Standardiserte råd - Ingen tegn til forbedring 5) Konsekvensene av å komme av stien 6) Å overvinne ammevanskene | Middels |
| Hinsliff-Smith, Spencer & Walsh | Målet med studien var å utvikle en forståelse av førstegangsfødendes | Kvalitativ Dagbok og dybdeintervju | 22 kvinner fullførte dagbok 13 kvinner ble intervjuet | Funnene indikerte at selv om alle deltakerne hadde planlagt å amme, så ble det for mange ikke slik de hadde planlagt. Hovedtemaer som ble funnet var 1) En emosjonell berg- og dalbane ved amming av | Høy |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|------------|
| <p>(2013) ENGLAND</p> <p>Midwifery</p> | <p>erfaringer og utfordringer med amming i tidlig postpartum periode (6-8 uker)</p> | | | <p>barnet, med undertemaer som «skyldfølelse hos mor», «uforberedt til amming» og «urealistiske forventninger». 2) Forestillinger om kompetanse, kommunikasjon og innvirkning med undertemaer som: «forestilling om opplevd makt fra ekspertene» og «forestillinger om amming, kommunikasjon og støtte». 3) Å amme offentlig med undertemaer som «å amme foran familie og pårørende» og mødre ammer uansett hvor de er og når».</p> <p>Ammeproblemer: Spedbarnet var trøtt eller motvillig til å amme, vanskeligheter med å finne stillinger som barnet ville suge.</p> | |
| <p>Palmer, Carlsson, Mollberg & Nyström (2012) SWEDEN</p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</p> | <p>Målet med studien var å beskrive de erfarte opplevelsene av å fortsette ammingen når man har flere ammeproblemer</p> | <p>Kvalitativ. Åpne og reflekterte intervjuer.</p> | <p>8 kvinner som var i behov av lengre opphold på sykehus, eller var tilknyttet barselpoliklinikker eller lignende</p> | <p>Funnene i studien var at å ha ammeproblemer forårsaker fremmedgjøring og ambivalens hos mor. Man mister seg selv som mor når forventningene ikke samsvarer med erfaring og ammevansker påvirker morsrollen og tiden for nærhet med barnet. Hovedtemaer som ble avdekket var 1) knuste forventninger 2) en tapt tid for nærhet 3) å ikke være til nytte for spedbarnet 4) å bli tvunget til å eksponere seg selv 5) å få styrke gjennom å dele.</p> <p>Ammeproblemer: Mødre som hadde så store problemer at de måtte forlenge oppholdet sitt på sykehuset, fikk hjelp fra ammepoliklinikk eller andre instanser.</p> | <p>Høy</p> |
| <p>Mauri, Zobbi & Zannini (2011) ITALY</p> <p>Midwifery</p> | <p>Målet med studien var å undersøke meningen med ammeproblemer blant italienske mødre.</p> | <p>Kvalitativ. Dybdeintervju med åpne spørsmål</p> | <p>15 kvinner som scoret i et BAS (Breastfeeding Assesment Score)</p> | <p>Funnene i studien resulterte i 6 nøkkel temaer. 1) amming kan være vanskelig både for mor og den nyfødte. 2) kvinner har utviklet forskjellige strategier for å overvinne ammevanskene. 3) tidlig amming er hovedsakelig relatert til positive følelser, men i noen tilfeller uttrykkes angst og frykt. 4) amming</p> | <p>Høy</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>opprettholder forholdet mellom mor og barn og tilknytningen. 5) mødre har utviklet teorier om råmelk, morsmelk og morsmelkerstatning. 6) å motta helsetjenester som støtte, er grunnleggende for å overvinne tidlige ammeproblemer.</p> <p>Ammeproblemer:</p> <p>Fysiske ammeproblemer som smerter på brystvorten og unormal fasong som at brystvorten var for stor, flat eller innadvendt. Hekteproblemer, problemer med at barnet ikke suger riktig, at det var trøtt eller ikke samarbeidet.</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

Tabell 6 - synteseoversettelse

| Williamson et al., (2012) | Hinsliff-Smith et al., (2013) | Hauck et al., (2002) | Mauri et al., (2011) | Palmer et al., (2012) | Vår tolkning |
|--|---|--|--|--|---|
| <p>Expectation that breastfeeding would be natural</p> <p>Judged by society for not be able to breastfeed.</p> | <p>Maternal guilt emanated from their strong desire and expectation that they would be able to breastfeed</p> | <p>Highlights the reality that woman still expect breastfeeding to come naturally</p> <p>They were not prepared for the impact of the difficulties they encountered</p> <p>Experienced shock and disbelief at being confronted with these problems (breastfeeding difficulties).</p> | <p>Mothers believed in their ability to nurture their babies</p> | <p>Shattered expectations (a view of breastfeeding as natural)</p> <p>The ability to breastfeed is experienced as taken for granted during pregnancy, seducing the mothers into false hope, which is then crushed when difficulties occur.</p> | <p>Forventning om amming som naturlig</p> |
| <p>Pain signaled a problem and also undermined confidence in breastfeeding</p> <p>Breastfeeding as non-negotiable, whatever the mother</p> | <p>He was on the breast for about four hours as he would not settle otherwise, and this was very stressful.</p> | <p>“Path of determination” – a search for answers and coping with signs of physical and emotional exhaustion All I could see was this – the pain, the</p> | <p>“Unbelievable pain, I almost refused to breastfeed”.</p> <p>I am always in pain, grinding my teeth and bear it... however I know It’s good for her.</p> | <p>Forcing oneself to endure emotions of pain, sadness and anger and to just perform without joy.</p> | <p>Ammingen er en kamp</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| and baby's particular experience | | discomfort, the unrewarding feeling I was very determined to keep breastfeeding, I didn't want to give up | | | |
| Blame themselves for what their body did not produce | Maternal guilt emanated from their strong desire and expectation that they would be able to breastfeed The message of "Breast is Best" reinforcing their failure to breast feed | Mothers experienced stress knowing that their child was not thriving as other children were | A sense of inadequacy during breastfeeding | Being of no use to the infant | Skyldfølelse |
| Difficulties with breastfeeding as a threat to maternal identity Breastfeeding as an essential part of motherhood | Anxiety when they needed to "perform" (breast feeding) in front of others | It was absolutely awful and just wondering what's wrong with this poor baby. And you feel awful as a mother. | I try to breastfeed her, she shows discomfort | Breastfeeding difficulties – proof of failure as a mother Breastfeeding difficulties weaken the image of oneself as a mother and lead to feelings of failure | Trussel mot morsrollen |
| Representation of initial breastfeeding as painful juxtaposed | Negative comments and actions by health | Standardized and conflicting advice | When conflicting indications are provided by | Contradictory advice – cause mothers to lose control over the situation | Støtte/veiledning er viktig, men motsigende råd |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>with notions that breastfeeding should be naturally painless.</p> | <p>care staff affected mothers. Vulnerable to negative feedback</p> | <p>I can't cope with this, I can't filter out the information that I think might be good.</p> | <p>healthcare professionals mothers lose their trust in receiving support.</p> | <p>Share feeling in order to gain strenght</p> | <p>forvirrer og skaper frustrasjon</p> |
|---|---|---|--|--|--|

5.0 DRØFTING AV RESULTATENE

I resultatdelen har vi sett på kvinners opplevelse av å ha ammeutfordringer. I lys av resultatene har vi funnet at det er fornuftig å se disse igjennom et stress- og mestringsperspektiv. Dette fordi det er et underliggende tema i kvinnenens opplevelse. Videre vil vi ta for oss forskningsspørsmålet og diskutere resultatene og teoretiske perspektiver for å få en dypere forståelse for hvordan kvinner opplever ammeutfordringer.

Det sentrale i syntesen vår omhandler faktorer som bidrar til en positiv eller negativ mestring av ammeutfordringene. Slik det framkommer av syntesen vil denne mestringen være avgjørende for hvordan kvinnene opplever utfordringene. Hvordan kvinnene er rustet til å møte utfordringer henger sammen med kvinnenens forventning til amming, noe som igjen avhenger av den kulturelle konteksten og informasjonen de har fått i forkant. Følelsene som kvinnene sitter igjen med når de opplever ammeproblemer, gjenspeiler seg i oppfatningen de har av seg selv som mødre. Til slutt presenterer vi kvinners opplevelse av støtte, og hvordan den positive og negative formen for støtte bidrar til å legge til rette for, eller reduserer kvinnenens mulighet for mestring.

5.1 Forventninger om amming som naturlig.

Et av hovedfunnene i denne studien var at kvinnene hadde *forventninger om amming som naturlig*. Denne påstanden begrunnes av at kvinnene i syntesen så på ammingen som noe enkelt som ville komme av seg selv når de var i ammesituasjonen. Dette kom tydelig fram i beskrivelsene fra kvinnene der det ble beskrevet både sjokk og vantro over vanskelighetene de møtte på. En annen metasyntese som er utført av Larsen et al. (2008) presenterer også «*amming som naturlig*» som et av sine hovedfunn. I denne studien ble ammingen fremstilt som en naturlig diskurs, der muligheten for å amme ble tatt for gitt, og at realiteten ikke svarte til forventningene.

Vår metasyntese, sammen med andre studier, belyser kvinnenes begrensede kunnskaper forut for amming. En studie publisert i *Sykepleien* begrunner påstanden, da det i denne artikkelen ble sitert kvinner som uttrykte høy skuffelse over hvor vanskelig de opplevde ammingen. Dette var et sentralt funn i studien (*Sykepleien*, 2003) og det samsvarer med vår metaetnografi.

5.1.1 Å være uforberedt – en kilde til stress

En ny situasjon, som amming innebærer, kan ses i lys av Lazarus og Folkman (1984) sin stressteori, hvor situasjonen fører til stress og blir en trussel. Lazarus og Folkman (1984) beskriver at det å være forberedt på en situasjon, er en mulighet til å forberede seg på hva som kan komme til å skje, og på den måten være bedre rustet i møte med stressfaktorene. Graden av stressnivå en opplever, henger sammen med forholdet mellom primær- og sekundærvurderingen som vi presenterte i teoridelen. Lazarus og Folkman (1984) sitt hovedpoeng er at der det er stor skade eller en trussel samtidig som mestringsnivået er lavt, så vil det opplevde stressnivået være høyt. I motsatt fall, der trusselen eller skaden er liten og mestringsnivået er høyt, vil situasjonen føre til lite stress. Slik vi ser det er kvinnene godt forberedte på at de skal amme, men de er uforberedte på at det kan være en vanskelig prosess. Dermed blir ammesituasjonen en belastning når den ikke går som planlagt.

Lazarus og Folkman (1984) sin teori peker på at det er store individuelle forskjeller i hvilken grad man vurderer hendelsen som belastende. Reaksjonene vil være sammensatt av flere faktorer, deriblant kunnskap. Studiene våre viste at kvinnene hadde lite kunnskap i forkant av ammestart. Studiene belyste en sterk ammekultur. Kvinnene beskrev at de i sin graviditet hadde tatt det for gitt at de ville få til ammingen. Studiene belyste også hvordan kvinnene

hadde forberedt seg på amming gjennom kurs og fått et bilde av lykkelige mødre som ammet uten problemer.

Samfunnet bidrar til kulturelle føringer når det gjelder amming. Både Norge og vestlige land har et sterkt søkelys på amming og fordeler som amming gir både for mor og barn. WHO og UNICEF sin kampanje om amming førte til en gradvis innføring av Baby Friendly Hospital Initiative (World Health Organization, 2018). I dette ligger veiledninger for opplæring av helsepersonell som skal bidra til økt ammeforekomst på verdensbasis. I en Cochrane-oversikt fra 2017 (McFadden et al.), konkluderes det med at ammestøtte gir et forlenget ammeforløp. Det kan tenkes at fokuset på ammevarighet, har en målsetning som ikke er helt forenlig med følelsen av å lykkes med amming. Denne påstanden underbygges av at flere av kvinnene i syntesegrunnlaget, «biter tennene sammen» og utholder ammingen på tross av store smerter.

Studiene peker i retning av at kvinnene hadde store ambisjoner om å amme. Helsedirektoratet (2018) sine retningslinjer legger føringer som skal sikre kvinner én ammesamtale i løpet av de åtte svangerskapskontrollene hun får tilbud om gjennom svangerskapsomsorgen. Når vi ser av studiene at kvinner uttrykker en så stor følelse av nederlag når de opplever ammeproblemer kan det tenkes at de ikke er godt nok forberedte på hva som kan møte dem ved oppstart av amming. Lazarus og Folkman (1984) sin teori sier noe om utløsende faktorer for stress som et forhold mellom personen og miljøet. Det kan tenkes at de sterke føringene gir stor ammemotivasjon, men når situasjonen ikke går som forventet utløser dette en stressreaksjon. Når mødre ikke har fått informasjon og kunnskap om de eventuelle problemene de kan møte på i en oppstartsfase av amming, er det nærliggende å tro at dette utløser stress.

Slik vår studie gir en indikasjon på, opplever kvinnene stor overraskelse over at amming kan være vanskelig. De har tilnærmet seg en ammestart med et positivt syn og dermed oppstår stressreaksjoner når hendelsen oppleves som negativt. Lazarus og Folkman (1984) beskriver i sin teori at stressopplevelsen øker når hendelsen oppleves som negativ. Situasjonen blir ukontrollerbar, og belastningen blir for stor.

5.1.2 Ammepress på godt og vondt

Det er fremtredende gjennom funnene i vår studie, at kvinnene hadde et sterkt ønske om å amme. Kvinnene ilegger ammingen stor personlig betydning. Studiene beskriver at ammingen ikke var noe som ble forhandlet om. Funnene viser hvordan kvinnene bærer over med smertene for sin måloppnåelse. Det store ønsket og forventningene om at de skulle amme blir beskrevet i alle studiene. Andre studier presenterer også lignende funn. En studie publisert i

Sykepleien trekker fram mødrenes sterke motivasjon til å amme, noe som bidro til et enormt press på kvinnene i ammeprosessen (Sykepleien, 2003). En annen kvalitativ studie beskriver også ammepresset som kvinner opplever i Norge (Hvatum, Hjälmhult & Glavin, 2014). Det er nærliggende å tro at et slikt press bidrar til en høy målsetning blant kvinner når det gjelder å lykkes med amming.

Målet som kvinnene har om å amme kan beskrives som en målforpliktelse og innebærer at kvinnene vil kjempe hardt for å nå målet til tross for motstand. I Lazarus et al. (2006) sin teori, er trusselen om å ikke nå målet, det som fremkaller stress. Dersom et viktig mål trues, kan stressopplevelsen bli stor, men det kan også bidra til økt motivasjon og økt mobilisering. Denne motivasjonen ser ut til å bli fremtredende når målet blir truet og der kvinnene blir stående i ammeproblemene. Dette vil belyses nærmere i siste kapittel der kampen for amming blir diskutert.

5.2 Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen

Det andre hovedfunnet i denne studien er *Ammeproblemer – En trussel mot morsrollen*. Den sterke «jeg-involveringen» til kvinnene blir i vår studie synliggjort gjennom følelser som skam, skyld, angst og mislykkethet. Dette indikerer at enkelte kvinner kjenner på lav selvtilit, og de gir seg selv skylden for problemene som oppstår. Denne indikasjonen underbygges av andre studier. I Palmér, Carlsson, Brunt og Nyström (2014) sin studie belyses det hvordan ammeproblemene frembringer følelser av sårbarhet i rollen som mor. Larsen et al. (2008) sin metasyntese bekrefter også denne påstanden gjennom deres funn som viser at amming og morsrollen henger nøye sammen og at kvinnes opplevelse blir påvirket negativt når ammingen ikke går som forventet. Metasyntesen viser at det er en nær relasjon mellom det å føle seg utilstrekkelig som mor fordi en ikke får til ammingen, og det å utvikle negative følelser. Slik det kan se ut, er det å amme knyttet til kvinnes definisjon av «det å være en god mor». Funnene i studiene belyser hvordan mislykkethet som mor skaper tvil om egen omsorgsevne.

Gjennom mestringsprosessen er det vanlig at personen må ta stilling til «hvem man ilegger skylden for hendelsen som truer» (Lazarus et al., 2006). I vår syntese er det fremtredende at kvinnene legger skylden på seg selv. Dette funnet ble også gjort i Larsen et al. (2008) sin metasyntese. Mødrene følte at det var deres ansvar at ammingen ikke gikk som forventet, noe som resulterte i følelser som skyld og manglende tro på egne evner. Lazarus og Folkman (1984) sin teori, der stress forsterkes når ressursene for å håndtere situasjonen ikke er

tilstrekkelige, blir her fremtredende. Den negative hendelsen bidrar til å bli ukontrollerbar og situasjonen blir en overbelastning. Studiene belyste at der kvinnene hadde stått i ammeproblemer og der de måtte gi opp målet sitt om å amme, satt kvinnene igjen med følelsen av å bli dømt av samfunnet. Kvinnene følte at de måtte forsvare seg når de fortalte at de ikke ammet. Dette igjen forsterket opplevelsen av å ha mislyktes og av å være en fiasko. Disse funnene støttes også i studien til Hegney, Fallon og O'brien (2008). Funnene her viste at kvinner som måtte gi opp amming følte et press fra deres sosiale miljø, helsepersonell, familie, partner og et generelt press fra samfunnet. Dette presset førte til følelser som skyld og utilstrekkelighet.

Lazarus og Folkman (1984) beskriver i sin teori, hvordan møte med stressfaktorene blir påvirket av en kognitiv prosess, altså vurderingsprosessen. Denne er knyttet til ulike variabler i form av personvariabler og miljøvariabler. I vår studie antar vi at en personvariabel kan være forpliktelsen til amming. Slik vi ser det, er kvinnene godt informerte om fordelene ved ammingen gjennom informasjonen de får i svangerskapsomsorgen. Det kan se ut til at dette resulterer i en høy motivasjon for å skulle amme. Dermed blir også stressbelastningen stor når situasjonen blir truet. Slik vurderingsprosessen blir beskrevet i teorien, kan variabler knyttet til miljøet, som for eksempel kultur, påvirke en persons reaksjon. Slik sett kan det se ut til at den sterke ammekulturen som spesielt ses i vestlige land, kan bidra til å påvirke kvinnenes opplevelse negativt når de ikke lykkes. Når kravene til amming er høye kan det tenkes at nederlaget blir stort dersom det ikke går som forventet.

5.3 Støtte som negativ eller positiv

Det siste viktige funnet i syntesen omhandler støtte – *kampen for å amme*. Syntesen synliggjør kvinnenes erfaringer med motstridende råd, lite kontinuitet og negative tilbakemeldinger som igjen svekker deres tro på seg selv. Det blir videre synliggjort et skille mellom negativ og positiv støtte og hvordan dette påvirker kvinnene i deres kamp om å få til ammingen. Slik det kan se ut er støtte en faktor som i stor grad bidrar til å øke eller svekke mulighet for mestring. Med utgangspunkt i Lazarus og Folkman (1984) sin teori om mestring vil vi diskutere dette videre.

5.3.1 Standardiserte råd undergraver kvinnens integritet

Våre funn sier noe om kvinners opplevelse av støtte. Dette setter søkelyset på at kvinner ofte får standardiserte råd og veiledning. Larsen et al. (2008). presenterer i sin metasyntese en medisinsk diskurs, der amming ses på som noe fysiologisk, der helsepersonell blir opplært til å se på amming som noe målbart og klassifiserbart. Den medisinske diskursen blir i studien motsatsen til amming som noe praktisk og kulturelt, og syntesen antyder et skille mellom kvinnenes praktiske, kulturelle tilnærming til amming og helsepersonell sin fysiologiske og medisinske tilnærming. Dette underbygger ikke bare vår antagelse om at kvinnene får standardiserte råd, som ofte er bygget på den fysiologiske og medisinske tilnærmingen, men det synliggjør også en av grunnene til at veiledningen fra helsepersonell kan oppleves som lite støttende for kvinnene, nettopp fordi vi i utgangspunktet kan ha et ulikt syn og ulik tilnærming til amming. Et mulig motargument til dette er Hauck et al. (2002) sin studie som vi inkluderte i syntesen. I denne studien er respondentene overrepresentert av jordmødre og sykepleiere med ammeproblemer, likevel er funnene nær identiske med resten av funnene i vår syntese. Kvinnene opplever fortsatt motstridende og standardiserte råd, tiltros for deres bakgrunn, som skulle tilsi at de hadde mer kunnskap som kunne relateres til den medisinske og fysiologiske tankegangen.

Det blir kritisert at kvinnene ikke får individtilpasset informasjon og at de ikke blir møtt med forståelse. I Palmér et al. (2012) sin studie er det å hjelpe kvinnen til å anerkjenne hennes rolle som mor uavhengig av om hun får til ammingen eller ikke, en viktig oppgave for helsepersonell. Dette er ikke gjennomgående i syntesen, men slik vi ser det dreier det seg om en mer nyansert måte der helsepersonell kan vise støtte og å gi kvinnen en følelse av å bli sett som en individuell person. Igjen viser vi til metasyntesen som ser på hva som påvirker mødres selvsikkerhet ved amming (Larsen et al., 2008) der kvinner som ikke fikk til amming, ga uttrykk for at de ikke fikk den støtten de hadde behov for. Til tross for at helsepersonell hadde

en form for forståelse for at det var krevende å ikke få til ammingen, fantes det ingen effektiv form for støtte. Samtidig uttrykte kvinner i denne syntesen at de ikke møtte noen forståelse hos helsepersonell når det ikke føltes rett for dem å amme (Larsen et al., 2008). Dette aspektet blir også belyst i Bäckström, Wahn og Ekström (2010). Her poengterer en jordmor at hennes jobb med ammeveiledning innebærer å støtte kvinnen, uavhengig av hennes valg om å fortsette eller avslutte ammingen. Her trekkes det også fram at kvinnes selvtillit ble styrket av jordmors bekreftelse. Relasjonen dem imellom var bidragsytende til hvordan rådene ble tatt imot og gitt. Når kvinnen ble sett på som et unikt individ, opplevdes ammeveiledningen som fruktbar (Bäckström et al., 2010).

5.3.2 Ammevarighet – ikke et mål på mestring

En Cochrane oversikt som ser på betydning av støtte og amming hos friske barn og mødre, underbygger betydning av støtte, ved at den konkluderer med at all form for støtte gir lavere forekomst av mødre som slutter å amme (McFadden et al., 2017). Selv om ikke selve varigheten på amming er et mål på kvinnens opplevelse av utfordringer og ammeproblemer, gir den systematiske oversikten likevel en pekepinn på at støtten bidrar til å opprettholde amming lenger. Palmér, Carlsson, Brunt og Nyström (2015) bekrefter også i sin studie at kvinner som møter helsepersonell som de føler de kan stole på, og som ser kvinnen utenom det biologiske aspektet ved amming, bidrar til en følelse av mestring som kan hjelpe kvinnene til å overkomme ammeproblemene og dermed amme lenger. Totalt sett antyder disse funnene at støtte bidrar til å amme lenger. Cochrane-oversikten (McFadden et al., 2017) representerer tungtveiende forskning med et stort og varierende utvalg av respondenter, der hensikten er å se på om støtte bidrar til å amme lenger. Her er støtte definert som blant annet veiledning fra trent personell, emosjonell støtte, praktisk støtte og støtte for å bygge selvtillit. Som nevnt i avsnittet over er ikke ammevarighet ensbetydende med mestring. Motargumentet til forestående er derfor at også det å hjelpe kvinnen til å slutte og amme, kan bidra til å mestre situasjonen (Palmér et al., 2012).

5.3.3 Relasjon til jordmor og egne resurser

Som det blir antydnet i syntesen har helsepersonell gjennom sin posisjon muligheten til å demotivere og undervurdere kvinnen. Her kan vi trekke paralleller til den ujevne maktbalansen i relasjonen mellom kvinnen og helsepersonell. Kirkham (2010) skriver om relasjonen mellom jordmor og kvinnen. Hun skriver at relasjonen i stor grad handler om jordmødre som forteller kvinnen hva hun skal gjøre. Videre skriver hun at jordmødre skal gi profesjonelle råd, snarere enn ordre. Hun argumenterer for at vi må flytte makten i forholdet over til kvinnen. På den måten økes kvinnens selvtillit og hun blir mer kompetent, selvsikker og ansvarsfull. Slik vi ser det handler dette om å styrke kvinnen ved å hjelpe henne til å se sine egne resurser. På denne måten kan helsepersonell bidra til å regulere den emosjonelle responsen, som er en del av mestringen, spesielt hvis ammeproblemene står i fare for å kunne vedvare. Det å anerkjenne at man kan være en god mor uten å amme er et eksempel på en mestring som søker å regulere den emosjonelle responsen, slik at stresset kvinnen har blitt påført av ammeproblemene blir håndterbart. Det å styrke kvinnen vil også bidra til en mer problemfokustert mestring, der kvinnen blir motivert for å finne løsninger på problemet (Lazarus & Folkman, 1984).

Som vi fikk bekreftet gjennom syntesen, kunne en støtte som opplevdes som motstridende, lede til tap av tillitt til helsepersonell. Et eksempel på dette fra Palmér et al. (2015) sin studie, er at det å gjøre kvinnen til et objekt for amming og ikke møte hennes emosjonelle behov, kunne føre til «et overgrep» der helsepersonell hadde en «hands on» tilnærming uten at kvinnen klarte å gi uttrykk for at hun ikke ønsket dette. En slik fysisk tilnærming er også kritisert i en studie utført blant Britiske kvinner (Spencer & Fraser, 2018). Respondentene i denne studien uttrykte ubehag når helsepersonell tok på brystene deres, noe som kunne oppleves som stressende og pågående. En av kvinnene i studien oppga at hun latet som ammingen gikk fint, for å unngå den fysiske assistansen ved ammeveiledning.

Sekundærvurdering i mestringsprosessen, vil her betegnes, som hvordan problemene kan håndteres (Lazarus & Folkman, 1984). Her vil kvinnenes tilgang på resurser være av betydning. Syntesen synliggjør en sammenheng mellom sosial støtte og mestring.

Betydningen av om støtten oppleves som positiv eller negativ er her av avgjørende betydning, da interaksjonen vil gi ulike effekter på kvinnenes opplevelse av mestring, som vi belyste i avsnittet over. Sosial støtte er sammen med intelligens, utdanning, økonomi, sosiale ferdigheter, støtte fra familie og venner eksempler på personlige resurser (Lazarus & Folkman, 1984). Det å oppsøke sosial støtte betegnes av Lazarus, som en av flere

mestringsfaktorer som benyttes i mestringsprosessen. Ved å synliggjøre disse ressursene, ved å gi kvinnen individtilpasset veiledning og ved å lytte til kvinnen og styrke hennes tro på seg selv som mor, kan helsepersonell bidra til en mestring av problemene. Dette kan gjøres både i form av å regulere den emosjonelle responsen og ved å hjelpe henne til å finne adekvate løsninger på problemene. Studiene i syntesen har en overvekt av respondenter med stor grad av personlige ressurser, både i form av høy utdannelse og at de kommer fra land der flertallet er godt rustet økonomisk. Vi antar at dette påvirker studienes resultater, da dette gir kvinnene en bedre forutsetning til å mestre sine problemer.

Selv om vi har valgt å ekskludere ammeutfordringer knyttet til brystbetennelse, postpartum depresjon med mer, tenker vi at det er nærliggende å tro at slike tilleggsutfordringer begrenser kvinnenens personlige ressurser og kan gjøre det enda mer krevende å søke den sosiale støtten hun har behov for.

Skille mellom positiv og negativ støtte er gjennomgående i vår syntese. Spencer og Fraser (2018), Larsen et al. (2008) og Bäckström et al. (2010) peker alle i retning av at helsepersonell er lite samstemte og at det er lite kontinuitet i ammeveiledningen. Det er påfallende hvor entydig dette funnet er, og vi har så lang ikke funnet forskning som bestrider dette.

5.4 Metodediskusjon

I dette kapitlet ønsker vi å gjøre rede for styrker og svakheter ved vår studie. Vi vil her diskutere aspekter knyttet til troverdighet, gyldighet, overførbarhet og etikk.

5.4.1 Troverdighet

I kommende avsnitt vil vi trekke fram styrker og svakheter som påvirker validiteten, altså troverdigheten, i vår studie.

Troverdigheten i vår studie styrkes gjennom vår redegjørelse for inklusjon-/eksklusjonskriterier, søkestrategi, forforståelse samt kvalitetsvurdering av primærstudiene. Vi valgte utelukkende å inkludere studier fra vestlige land til syntesen, da vi ønsket at respondentene i primærstudiene hadde fått et tilnærmet likt informasjonsgrunnlag, gjennom WHO's og UNICEF Baby friendly hospital initiatives (World Health Organization, 2018). Vår hensikt var å se på hvordan dette informasjonsgrunnlaget kunne bidra til å si noe om opplevelsen av ammeutfordringer. Vi ønsket oss en relativt homogen gruppe for å kunne si noe om utfallet hos nettopp disse kvinnene. Vi har på dette grunnlaget valgt å ekskludere studier fra Afrika, Asia, Sør- Amerika og USA. Japan kunne vært aktuelt, ettersom dette var et av de første utviklede landene med BFHI og at ammekulturen der er sammenlignbar med andre vestlige land (Inoue et al., 2012) men vi har ikke funnet aktuelle studier for vår problemstilling fra Japan. Andre forskere kan oppleve det som ukonvensjonelt å utelukke USA. Vi valgte å ekskludere USA grunnet mangfoldet og de ulike helsetilbudene, som kan være et resultat av forskjeller hos private og statlige helseforetak, samt permisjonsregler knyttet til arbeidsmarkedet. Vi anser derfor at dette ville bidratt til mer heterogene grupper i metasyntesen.

Ved å ekskludere ikke-vestlige land kan vi ha gått glipp av studier som kunne gitt oss mer nyanserte resultater ved å ha inkludert dem. Våre hensyn gikk på at de ulike landene har ulike fødetilbud og at dette vil kunne ha påvirket resultatene. Så lenge dette er tydelig redegjort for, anser vi dette som en styrke i oppgaven.

Videre har vi valgt å avgrense oppgaven ved å inkludere studier fra og med første januar 2000. Det vi legger til grunn for dette er etableringen av «The Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)» som ble lansert av WHO og UNICEF i 1991 (World Health, 2009). Vi valgte år 2000 som cutoff for å øke sannsynligheten for at de studiene vi har med i vår

oppgave er tilknyttet et sykehus som følger retningslinjene i BFHI. Vi har ikke satt dette som inklusjons-/eksklusjonskriterier eller brukt dette som søkeord, da dette ofte ikke kommer tydelig nok fram i studiene. Vi er grunnet dette innforstått med at også dette kan svekke studien, da vi ikke har en garanti for at alle studiene er tilknyttet et sykehus som praktiserer «The Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)».

Berg og Munthe-Kaas (2013) skriver i sin artikkel at det kan være mer utfordrende å gjøre strategiske søk etter kvalitative studier, og det anbefales å søke bredt. Grunnet omfanget av oppgaven som er begrenset, har vi valgt å utføre et strategisk litteratursøk i følgende databaser: **Cinahl**, **Maternity and Infant Care**, **Medline** og **Embase**. Grunnlaget for valg av disse databasene er Oslo MET, universitetsbibliotekets beskrivelse av databasene, samt bibliotekars anbefaling. De databasene vi har valgt dekker internasjonal forskning og inneholder en viss andel kvalitative studier, pasienterfaringer, relevante artikler for jordmorfag, sykepleieforskning og medisin (Oslo MET & universitetsbiblioteket). Det er selvsagt en svakhet ved vår studie at vi ikke har gjort søk i flere databaser, men dette ble begrenset grunnet tid og oppgavens omfang.

I søkeprosessen valgte vi å bruke søkefiltre for kvalitative studier. Vi er innforstått med at det innebærer en risiko å bruke søkefiltre for kvalitative studier, da vi kan gå glipp av studier som ikke har blitt tagget manuelt som kvalitative. Vi har derfor valgt å kombinere bruk av søkefilter med OR og lagt inn søkeord som interview, diary, group interviev, indept interview, grounded theory og phenomenology som ofte er knyttet til kvalitative studier. Dette bidrar til å styrke studien ved at det øker treffmengden i forhold til om vi kun hadde valgt å bruke søkefilter. Vi søkte etter disse som .MP som betyr multi- purpose. Dette innebærer at det søkes etter ordene i blant annet tittel og abstrakt. Grunnet store treffmengder på søk, valgte vi som beskrevet, å begrense søket ved å bruke søkefilter. Dette valget begrunnes med oppgavens omfang.

Utarbeidelse av søkestrategi er gjort i samråd med bibliotekar både fra sykehuset i Østfold og bibliotekar fra Oslo MET. Vi anser dette som en styrke at vi har involvert to bibliotekarer. Vi har søkt i flere omganger og tilpasset søket underveis for å dekke mest mulig av forskningen som eksisterer på området, men også for å justere ned treffmengden, da vi fikk mye støy, med irrelevant litteratur i søket. Det må tydeliggjøres at studiene vi benytter i syntesen kun er et lite utvalg av hva som finnes på forskningsfeltet.

Vi har tilstrebet å være objektive i prosessen, men det ville vært naivt av oss å ikke erkjenne at vårt engasjement for amming ikke vil ha påvirket prosessen. Dette kan være en svakhet, men allikevel anerkjenner forskere på det kvalitative felt, forskeren som et redskap i prosessen, så en viss grad av subjektivitet, så lenge den er gjort rede for, kan også bidra til å styrke studien (Malterud, 2017b). Som forskere er vi en del av tolkningsprosessen og det vil derfor ikke være mulig å holde oss helt objektive. Vi har begge lest studiene individuelt for deretter å sammenligne det vi plukket ut som meningsbærende i vår syntese. Det at vi er to, styrker vår studie, da det kan bidra til å opprettholde objektiviteten slik at ikke vår påvirkning i alt for stor grad vil påvirke resultatene i materialet. På en annen side er vi innforstått med at vi har en felles forforståelse som preges av vår utdanning som jordmødre, det at vi selv er mødre og det at vi har erfaringer fra barsel som har gitt oss forutanelser om at ammeutfordringer preger kvinner på mange måter. Som Polit og Beck (2017) skriver er det viktig innenfor kvalitativ forskning og å ta stilling til og identifisere forutanelser som har betydning for hvordan vi som forskere tilnærmer oss materialet. Dette har vi hatt i bakhodet under prosessen, noe vi igjen anser som en styrke da det har bidratt til refleksivitet i studien.

Troverdigheten i primærstudiene danner grunnlaget for troverdigheten i syntesen. Vi har derfor valgt å kvalitetssikre primærstudiene ved bruk av Kunnskapsbasertpraksis.no sin «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie». Se Vedlegg 1. Noblit og Hare (1988) argumenterer for at det nødvendigvis ikke må være strenge kvalitetskrav for å inkludere en studie i en metaetnografi. Malterud (2017a) derimot, sier at kvalitet sikrer studien. Vi har valgt å legge oss litt mellom disse, ved å inkludere artikler som blir vurdert fra middels til god kvalitet. Begrunnelsen for dette er at vi anser etiske perspektiver som betydningsfulle, spesielt når det gjelder å få anerkjent vår forskning som etisk holdbar. Samtidig er metode og den interne validiteten i primærstudiene av betydning for validiteten og dermed styrken i vår syntese. I vår siste fase av inkluderingsprosessen ble 17 artikler tatt med for kvalitetssikring. Her ble 12 artikler ekskludert grunnet kvalitet, design eller manglende spesifikk relevans for vår problemstilling, se vedlegg 3. Til slutt satt vi igjen med 5 artikler av høy kvalitet og relevans som ble inkludert i vår metaetnografi, se tabell 5.

I Williamson et al. (2012) sin studie fra 2011 ble alle kriterier møtt. Denne ble også benyttet som indeksstudie i matrisen for syntese. Studien hadde godt beskrevet utvalgsmetode og innsamling av data. Den hadde også klare inklusjon- og eksklusjonskriterier. Formålet, resultatet og diskusjonen samsvarte. I Hauck et al. (2002) sin studie fant vi at studien hadde en god metodedel, men her var deltakerne overrepresentert med jordmødre og sykepleiere

med ammeproblemer. Forfatterne hadde ikke gjort rede for en slik skjevhet som kan tenkes å påvirke resultatene. Denne studien ble diskutert i prosessen. Fordi problemstillingen svarte og sjekklisten for vurdering hadde en middels kvalitet valgte vi å inkludere den. Resultatene i studien er sammenlignbare med de andre inkluderte studiene, noe som gir oss grunnlag for å tro at funnene ikke har vært svekket. Hinsliff-Smith et al. (2014) sin studie hadde score på de fleste sjekkpunktene, der formål, resultat og konklusjon samsvarer. Utvalgsstrategi kom noe uklart fram i metoddelen, men studien var allikevel av høy kvalitet. Også Palmér et al. (2012) sin studie hadde høy score på sjekkliste for kvalitet. En svakhet ved metoddelen var at forskerne ikke hadde gjort rede for eget ståsted. Mauri et al. (2012) sin studie hadde godt samsvar mellom formål, resultat og diskusjon. Valg av populasjon var godt begrunnet. Denne studien skilte seg allikevel noe ut fra de andre studiene ved at den uttrykte mer optimisme knyttet til ammeutfordringer. Den hadde også en mer positiv innstilling til bruk av morsmelkerstatning. Vi ser av funnene i denne studien at det kunne vært hensiktsmessig å ha gjort en kontrasynthese (Noblit & Hare, 1988) der en systematisk ser på motsetninger i materialet. Vi har ikke gjort dette i denne studien da vi anser materialet vårt til å være for lite og at det ville blitt for omfattende å gjøre dette innenfor vår tidsramme.

5.4.2 Gyldighet

I dette avsnittet vil vi diskutere vårt valg av metode og fremgangsmåte. Ut fra forskningsspørsmålet er kvalitativ forskning det studiedesignet som egner seg til å besvare vår problemstilling (Aveyard, 2019). For å besvare dette spørsmålet har vi valgt å gjøre en metasynthese, der vi bruker metaetnografi som metode.

Slik vi ser det er det en rekke utfordringer ved metoden. Noen av svakhetene ved metaetnografi som metode er, slik Malterud (2017a) presiserer, at det ikke er konsensus i terminologien som omhandler metasynteser. France et al. (2019) som har gjort en systematisk gjennomgang på metoden bekrefter dette, og viser at det er mange individuelle tilpasninger som gjøres i analyseprosessen.

Malterud (2017a) på sin side, presenterer analyseprosessen i metaetnografi som en fortolkning på flere nivåer, presentert som andre- og tredjeordens analyse. Noblit og Hare (1988) er ikke like tydelige på dette skille, men slik vi tolker det, innebærer fremgangsmåten i de syv trinnene i metaetnografi det samme og den benyttes også av Malterud (2017a). Trinn fem innebærer å oversette studiene til hverandre, via metaforer, og tar utgangspunkt i

andreordensanalyser, altså forfatteren av primærstudienes fortolkninger, mens trinn seks og syv som innebærer å syntetisere oversettelsene og formidle resultatet sett i nytt lys, kan ses på som tredjeordensanalyse. Grunnet manglende konsensus som vi kom inn på i avsnittet over og en noe mangelfull beskrivelse av metode, kan validiteten på studien være svekket.

Det å oversette tekster til hverandre gjennom metaforer, er en viktig del av metaetnografi som metode. Noblit og Hare (1988) understreker at metaforene i teksten er gode dersom «de viser» en erfaring fremfor å kun referere til den. Vi har enkelte gode metaforer i synteseoversettelsen, men vi valgte også å inkludere meningsbærende enheter av tekst, som ikke nødvendigvis var metaforer, men som ga et uttrykk for kvinnes opplevelse. Dette gjorde vi for å få et rikere materiale til selve matrisen for synteseoversettelse. Dette avviker noe fra den opprinnelige metoden til Noblit og Hare (1988), men som Malterud (2017a) viser til i sin litteratur, er det rom for å gjøre justeringer. Det at vi gjør rede for dette her er en styrke ved vår studie. Vi valgte å beholde metaforer og sitater i teksten på engelsk, for å ikke svekke betydningen gjennom oversettelse. Et godt ordforråd på norsk og engelsk vil være av betydning når en gjør en syntese på tvers av språk, og det at enkelte av studiene allerede har blitt oversatt, kan ha medført tap av mening, noe vi er innforstått med.

Som vi har diskutert i avsnittet over er det lite konsensus om metoden metaetnografi, noe som kan bidra til å svekke validiteten. Gyldighetsbegrepet er knyttet til relevans i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015). Gjennom bruk av relevante studier for problemstillingen og gjennom et relevant metodevalg for syntese av kvalitative studier, kan vi sannsynligvis si noe som er gyldig om fenomenet «opplevelse av ammeproblemer» (Malterud, 2017a). Vi vil også argumentere for at valg av teori om mestring, stress og følelser (Lazarus et al., 2006) bidrar til å løfte fram de underliggende prosessene som bidrar til «hvordan kvinnene opplever ammeutfordringer». Dette mener vi er en styrke i studien. Det å se på ammeutfordringer som stressutløser og på kvinners opplevelse av mestring eller følelse av mislykkethet, har gitt oss en dypere forståelse for opplevelsen til disse kvinnene, og vi kan antyde viktige aspekter som vi kan trekke inn i vårt kliniske arbeid, eller som kan insinuere at det kan være behov for mer forskning på området.

5.4.3 Overførbarhet

I dette avsnittet ønsker vi å diskutere om vår metaetnografi kan overføres til andre kontekster og kvinner. Generaliserbarheten til kvalitative metasynteser har blitt kritisert da man ved å syntetisere de, tar hver enkelt studie ut av kontekst og dermed svekker resultatene (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Vi er innforståtte med at konteksten til de ulike primærstudiene varierer. Allikevel antar vi at konteksten knyttet til de kvinnene vi ønsker å overføre kunnskapen til, er relativt lik. Dette har vi prøvd å ivareta til dels gjennom inklusjon- og eksklusjonskriterier. Vi ønsker å bruke kunnskapen vi tilegner oss til å støtte og hjelpe kvinner som opplever ammeutfordringer postpartum. Ved å ha konteksten i bakhodet, tenker vi at vi har klart å opprettholde en viss styrke i resultatene fra primærstudiene. Vi har tilstrebet å bruke disse på en måte som viser respekt for hver enkelt forfatter av primærstudiene. Som Berg og Munthe-Kaas (2013) beskriver er kvalitative studier en metode i utvikling som gir informasjon om sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer – slik de oppfattes og uttrykkes av individer. På bakgrunn av dette tenker vi at den sosiale kontekst og sosiale normer også har stor betydning for overførbarheten. Dette kommer ikke tilstrekkelig fram i primærstudiene, noe vi også må erkjenne at er en svakhet ved vår studie.

Vi har et lite antall studier med i syntesen. Vi har diskutert om saturasjonen har vært høy nok og om vi har fått nok materiale til å kunne si noe om «hvordan kvinner opplever ammeutfordringer». Noblit og Hare (1988) uttrykker i sin litteratur at antall studier som inngår i syntesen er mindre relevant så lenge man oppnår saturasjon av meningsbærende enheter som danner et godt grunnlag for analyse. Malterud (2017a) på sin side fremmer at det skal et visst antall primærstudier til for å ha nok data for å gjøre en analyse. Grunnet oppgavens omfang, begrensning i tid og tilgjengelige ressurser, valgte vi å gjøre syntesen utfra kun fem studier.

Materialet i syntesen bærer mange likhetstrekk noe som øker overføringsverdien av studiene til hverandre og tilsier en viss grad av saturasjon. Et større utvalg kunne gitt mer data til syntesen og vi antar at flere studier ville tydeliggjort motsetninger i større grad. Resultatene i studien ville derfor hatt mer tyngde om de var bygget på flere studier. Overføringsverdien er relativt liten, da de strenge inklusjon-eksklusjonskriteriene, gjør at våre resultater kun kan overføres til et lite antall kvinner. Vi anser ikke dette som en svakhet, da generaliserbarhet til et stort antall, som oftest ikke er hensikten med kvalitative studier.

5.4.4 Etiske overveielser

Hensikten med kvalitative studier er at de skal tilføre noe nytt (Malterud, 2017a). Dette gjelder også en metasyntese. Vi tilstreber å tilføre resultater som kan ha en nytteverdi for samfunnet. Slik sett ligger det en etisk forpliktelse i å forsøke å strekke seg så langt som en kan for å forsøke å utvikle kunnskap som kan være med å gjøre en forskjell for noen. Vi har ved vår masteroppgave strekt oss etter å finne godt materiale på området vi studerer. Gjennom litteratursøket satt vi igjen med fem artikler som vi vurderte til å være av god kvalitet. Sammen utgjorde disse materialet som sett i lys av teorien om stress og mestring, ga oss en ny forståelse for kvinners opplevelse av ammeutfordringer.

Som beskrevet i metodekapittelet behøver man ingen godkjenninger for å gjøre en litteraturstudie. En forutsetning er allikevel at materialet skal behandles med respekt, både på vegne av forfatterne som har arbeidet med studien, men også på vegne av deltakerne. I vår utvelgelse av studier har vi vært nøye med å kvalitetssikre studiene vi har inkludert. En tyrkisk studie (Durmazoğlu, Yenal & Okumuş, 2020) ble ekskludert grunnet dårlig redegjørelse for hensynet til etiske aspekter. I vårt arbeid med tekstene har vi vært klar over våre etiske ansvar når det gjelder hvordan vi har behandlet teksten. Vi har hele tiden diskutert med hverandre, for å begrense risikoen for å ha misforstått, og dermed redusert muligheten for å ha gitt teksten en annen mening enn det den opprinnelig hadde. Dette har bidratt til å styrke vår studie.

5.5 Implikasjoner for praksis

I resultatkapittelet kan vi lese at kvinnene ikke var godt nok forberedt på amming før fødsel, noe som resulterte i en stressutvikling og en opplevelse av å ikke være flink nok. Dette førte til at morsidentiteten ble truet og kvinnene satt igjen med følelser som skyld og skam. De skyldte på seg selv når problemene oppsto. Denne kognitive reaksjonen på utfordringer, som førte til en ineffektiv mestring, er opphavet til følelser som kvinnen bærer med seg videre inn i morsrollen. Som studien antyder, kan dette påvirke kvinnenes selvsikkerhet som mor. Videre kan vi anta at dette på sikt kan påvirke interaksjonen med barnet. I mange tilfeller opplevde kvinner at de ikke fikk den støtten de trenger fra helsepersonell. Dette er noe jordmødre, både i svangerskapsomsorgen og i barselomsorgen, burde være innforstått med. En ammesamtale skal selvsagt si noe om fordelene og godene ved ammingen, men det kan også være hensiktsmessig at undervisningen vinkles inn mot hvordan ammestarten kan være på godt og vondt. Her må det ivaretas en balanse, slik at en ikke risikerer å demotivere kvinnene allerede før ammestart. Informasjonen må tilpasses den enkelte kvinne.

Støtten kvinnene mottar i barselomsorgen er av stor betydning i prosessen med å mestre ammeproblemene. Vi ser i syntesen at maktbalansen mellom helsepersonell og kvinnen kan være ujevn. Det var et tydelig skille mellom positiv og negativ støtte. Dette er noe som jordmødre må være klar over når de hjelper kvinner med ammeveiledning. Kvinnene var tydelige på at støtte i form av motstridende råd og negative tilbakemeldinger var noe som svekket deres selvtillit og troen på at ammingen ville gå bra. Dette skapte frustrasjon og usikkerhet. Slik vi ser det belyser dette viktigheten av at helsepersonell samarbeider om den individuelle oppfølgingen, slik at kvinnen ikke skal måtte forholde seg til ulike anbefalinger. Kontinuitet av omsorgsperson er også et nøkkelord her. Slik resultatet i syntesen indikerer, førte støtte som var individtilpasset og veiledning som var støttende og styrkende, til at kvinnene fikk tro på seg selv, og de klarte å kjempe for å nå målet om å amme. Det ga en styrke til å fortsette kampen og det ga tro på egne evner og ressurser.

Syntesen viste at støtte fra andre kvinner også var viktig på veien mot mestring. Kvinnene delte hvordan de fikk hjelp og råd av kvinner som allerede hadde erfaring. Dette gjorde at de ikke kjente seg som den eneste personen i verden med problemer. Slik vi ser det er det viktig for jordmødre å vite at kvinnene kan ha glede av hverandre og at de kan være til nytte for hverandre. En måte som vi jordmødre kan oppfordre til dette, kan være å tilrettelegge barselgruppene, slik at de med utfordringer kan møte andre i samme situasjon, noe som bidrar til et fellesskap og utveksling av erfaringer. Jordmor bør ha et ansvar i å informere kvinnen

om nytten av å søke hjelp, for eksempel via nettsiden til «Ammehjelpen ("Ammehjelpen,")», og nytten av andres erfaringer. Studiene påpekte at kvinnene ofte var så slitne og utmattede at de ikke hadde kapasitet til å søke hjelp (Hauck et al., 2002). Dersom kvinnene vet hvor de skal henvende seg, slipper de å bruke energi på dette, og det kan tenkes at de lettere hadde funnet hjelp i hverandre.

5.6 Indikasjoner for videre forskning

Som resultatene i denne metasyntesen viser kan det være hensiktsmessig å sette søkelyset på kvinners opplevelse av skyld, truet morsidentitet og betydningen av støtte når det kommer til opplevelser kvinner har knyttet til ammeproblemer. Vi ser at det er enkelte studier som ser på det mer «psykiske» aspektet ved ammeutfordringene, men slik vi ser det, er det flere studier som ser på hva som bidrar til problemene, framfor å se på hva som fører til mestring. Det kunne derfor vært interessant, gjennom videre forskning, og øke forståelsen for hva som bidrar til mestring av ammeproblemene. Hvordan kan vi som jordmødre være en ressurs når det gjelder å støtte og veilede kvinner når de opplever problemer, og hvordan kan jordmor bidra til å forebygge at ammeproblemer gir en følelse av skam og mislykkethet hos kvinnen? I jordmorfaget handler mye om å styrke kvinnene. Gjennom et mestringsperspektiv kunne det vært hensiktsmessig å kartlegge ressurser som vil være avgjørende når kvinner opplever ammeproblemer. Ved å utvikle et verktøy som kunne gi en indikasjon på om en kvinne var i risikozonen for å utvikle ammeproblemer, kunne jordmor allerede under svangerskapet kartlagt kvinnens ressurser og gi individtilpasset veiledning, noe som igjen kan bidra til at kvinnen er bedre rustet i møte med ammeutfordringer.

6.0 KONKLUSJON

Vår studie har analysert og syntetisert kvalitativ forskning for å bidra til en større innsikt i kvinners opplevelse av ammeutfordringer og hvordan dette påvirker dem. Vi har belyst at kvinner har en opplevelse av å være dårlig forberedt på ammingen, med et fokus i forkant på at amming er naturlig og enkelt. Våre funn indikerer at det å oppleve ammeutfordringer setter i gang en stressreaksjon som påvirker kvinnens opplevelse av mestring. Funnene kan antyde at kvinner er i behov av mer undervisning og informasjon i forkant av fødsel, slik at de står bedre rustet i møte med ammingen.

Studien vår belyser at når ammingen ikke går som forventet, oppstår følelser av skyld og skam, noe som igjen svekker deres tillit til seg selv som mødre. Som jordmødre i arbeid med disse sårbare kvinnene, er det viktig å ha innsikt i at det å møte ammeproblemer kan rokke dypt ved morsrollen og morsidentiteten.

Støtte fra jordmor ble sett på som viktig for å komme ut av ammeproblemene. Våre funn indikerer at positiv støtte og kontinuitet av omsorgsperson, bidro til mestringsfølelse og økte sannsynligheten for at kvinnene kom styrket ut av situasjonen. Dette gagnet kvinnen, ved at hun tok med seg erfaringene videre til eventuelle framtidige svangerskap.

7.0 KILDER

- Ammehjelpen. Hentet 13.10 2020 fra <https://ammehjelpen.no/>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Berg, R. C. & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1634>
- Biggs, A., Brough, P. & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. I(s. 349-364). Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bäckström, C. A., Wahn, E. I. H. & Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *Int Breastfeed J*, 5(1), 20-20. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-20>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet 14.10.20 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Durmazoğlu, G., Yenal, K. & Okumuş, H. (2020, Jan 1). Maternal Emotions and Experiences of Mothers Who Had Breastfeeding Problems: A Qualitative Study. *Res Theory Nurs Pract*, 34(1), 3-20. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.34.1.3>
- France, E. F., Uny, I., Ring, N., Turley, R. L., Maxwell, M., Duncan, E. A. S., ... Noyes, J. (2019). A methodological systematic review of meta-ethnography conduct to articulate the complex analytical phases. *BMC Med Res Methodol*, 19(1), 35-18. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0670-7>
- Gough, D. A., Oliver, S. & Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews* (2. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Hansen, M. N. (2017). Mor-barn vennlige sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., s. 697-704). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hauck, Y., Langton, D. & Coyle, K. (2002, Jul). The path of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. *Breastfeed Rev*, 10(2), 5-12.
- Hegney, D., Fallon, T. & O'Brien, M. L. (2008). Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1182-1192. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02300.x>
- Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet 13.10.2020 2020 fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf

- Helsedirektoratet. (2018, 09. desember 2019). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet 13.10.2020 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hinsliff-Smith, K., Spencer, R., Lecturer, M. & Walsh, D. (2014). Realities, difficulties, and outcomes for mothers choosing to breastfeed: Primigravid mothers experiences in the early postpartum period (6-8 weeks). *Midwifery*, 30(1), e14-e19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.001>
- Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014). Stressfylt amming og samspill. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 9(1), 14-23. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0019>
- Inoue, M., Binns, C. W., Otsuka, K., Jimba, M., Matsubara, M. & Inoue, M. (2012). Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 15-15. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-7-15>
- Kirkham, M. (2010). *The Midwife-mother relationship* (2. utg.). New York: Palgrave Macmillan.
- Knutsdatter S., M., Mossleth, S. & Toppe, K. (2018-2019). Representantforslag 62 S. Hentet 13.10.2020 2020 fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2018-2019/dok8-201819-062s.pdf>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, J. S., Hall, E. O. C. & Aagaard, H. (2008). Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *Scand J Caring Sci*, 22(4), 653-661. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00572.x>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. & Visby, M. (2006). *Stress og følelser : en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mauri, P. A., Zobbi, V. F. & Zannini, L. (2012). Exploring the mother's perception of latching difficulty in the first days after birth: An interview study in an Italian hospital. *Midwifery*, 28(6), 816-823. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.09.010>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., ... et al. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Nilsson, I., Busck-Rasmussen, M. & Danmark, S. (2018). *Amning : en håndbog for sundhedspersonale* (4. utg.) Sundhedsstyrelsen.
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies* Los Angeles: SAGE Publications Inc.

- Oslo MET & universitetsbiblioteket. Databaser og tidsskrifter. Hentet 11.06.20 2019 fra <https://www.oslomet.no/ub/databaser-tidsskrifter>
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2014). Existential vulnerability can be evoked by severe difficulties with initial breastfeeding: A lifeworld hermeneutical single case study for research on complex breastfeeding phenomena. *Breastfeeding Review*, 22(3), 21-32. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103921761&site=ehost-live>
- Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *International Breastfeeding Journal*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0042-9>
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M. & Nyström, 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(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.10846>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Spencer, R. L. & Fraser, D. M. (2018). 'You're kinda passing a test': A phenomenological study of women's experiences of breastfeeding. *British Journal of Midwifery*, 26(11), 724-730. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.11.724>
- Sykepleien. (2003, 23.09.2003). Ammepress og dårlig samvittighet. *Sykepleien forskning (Oslo)*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2003/09/ammepress-og-darlig-samvittighet>
- Tufte, E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Williamson, I., Leeming, D., Lyttle, S. & Johnson, S. (2012). 'It should be the most natural thing in the world': exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Maternal & Child Nutrition*, 8(4), 434-447. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00328.x>
- World Health, O. (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. ection 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: A20-Hour Course for Maternity Staff. Hentet 04,02,2020 2020 fra http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594981_eng.pdf
- World Health Organization. (2018). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative Ten steps to successful breastfeeding. Hentet 04,02,2020 2020 fra <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1 - Sjekkliste eksempel

Hinsliff-Smith, K., Spencer, R. & Walsh, D. (2013). Realities, difficulties, and outcomes for mothers choosing to breastfeed: Primigravid mothers experiences in the early postpartum period (6-8 weeks). *Midwifery*, 30 (1), 14-19. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.001

SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

| Sjekkliste for kvalitative studier* | | Ja | Uklart | Nei |
|-------------------------------------|---|----------|----------|-----|
| 1 | Er formålet med studien klart formulert? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Korrekt valg av studiedesign (kvalitativ): Forfatterne søkte svar på førstegangs fødendes erfaringer og utfordringer i forbindelse med amming tidlig i postpartum perioden. De søkte å få forståelse for kvinnenes erfaringer og utfordringer med amming. Relevant problemstilling. | | | |
| 2 | Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Studien har som mål å forstå og belyse erfaringer og opplevelser | | | |
| 3 | Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Utvalgsmetode, hvordan de samlet inn data og hvordan de analyserte data er beskrevet. | | | |
| 4 | Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Utvalgsstrategi er gjort rede for, og det er en diskusjon på hvorfor noen utvalget å ikke delta. Bakgrunnen for hvorfor deltakerne er valgt er beskrevet, samt karakteristika ved utvalget. | | | |
| 5 | Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Datainnsamlingen er redegjort for. Det kommer tydelig fram at de har benyttet semistrukturerte dybdeintervjuer. | | | |
| 6 | Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | | X | |
| <i>Kommentar:</i> | Forskerne har ikke gjort rede for sin egen rolle. Analyse og tolkninger er diskutert mellom tre forskere. | | | |
| 7 | Er etiske forhold vurdert? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Etiske standarder er opprettholdt. Studien forelagt etisk komite. | | | |

| | | | | |
|-------------------|---|----------|--|--|
| 8 | Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Hermeneuetisk analyse. Trinnene i analysen ble gjort rede for. Det ses sammenheng mellom innsamlede data og kategorier forskeren har kommet fram til. Tilstrekkelig data underbygger funnene. | | | |
| 9 | Er funnene klart presentert? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Det er trukket inn andre kilder som underbygger funnene i studien. Forskerne diskuterer for og imot funnene. Funnene blir diskutert opp mot problemstillingen. | | | |
| 10 | Hvor nyttige er funnene fra denne studien? | X | | |
| <i>Kommentar:</i> | Forskerne har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse. Studien har avdekket behov for ny forskning. | | | |

*Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklist>

Vedlegg 2 søkehistorikk

Cinahl 08.06.20

| # | Searches | Results |
|----|--|---------|
| 1 | (MH "Breast Feeding+") | 24779 |
| 2 | TI (breast feed* or breastfeed* or breast-feed* or breast fed or breastfed or breast-fed) OR AB (breast feed* or breastfeed* or breast-feed* or breast fed or breastfed or breast-fed) | 24732 |
| 3 | TI (infant feed* or infant fed or infant-feed* or infant-fed) OR AB (infant feed* or infant fed or infant-feed* or infant-fed) | 7745 |
| 4 | (MH "Lactation") OR TI (lactation) OR AB (lactation) | 6950 |
| 5 | 1 OR 2 OR 3 OR 4 | 39019 |
| 6 | (MH "Mothers+") | 1160 |
| 7 | TI (mother* or maternal or maternity or woman or women) OR AB (mother* or maternal or maternity) | 276305 |
| 8 | 6 OR 7 | 276718 |
| 9 | TI (barrier* or challenge* or problem* or concern* or difficult* or issue* or wellbeing or cope or coping or stress or success* or unsuccess* or fail* or struggle* or pain or painful or wellbeing or distress) OR AB (barrier* or challenge* or problem* or concern* or difficult* or issue* or wellbeing or cope or coping or stress or success* or unsuccess* or fail* or struggle* or pain or painful or wellbeing or distress) | 1708021 |
| 10 | 5 AND 8 AND 9 | 6822 |
| 11 | TI (experience* or perception* or perspective*) OR AB (experience* or perception* or perspective*) | 644504 |
| 12 | 10 AND 11 | 2154 |
| 13 | (MH "Qualitative Studies") | 127820 |
| 14 | TI (qualitative or interview* or narrative* or descriptive or group interview or in depth interview or focus group or hermeneutic* or phenomenolog* or lived experience or grounded theor*) OR AB (qualitative or interview* or narrative* or descriptive or group interview or in depth interview or focus group or hermeneutic* or phenomenolog* or lived experience or grounded theor*) | 419629 |
| 15 | 13 OR 14 | 448921 |
| 16 | 12 AND 15 | 1139 |
| 17 | limit 16 to yr="2000 -Current" AND limit 16 to (danish or english or norwegian or swedish) | 986 |

Maternity and infant care 08.06.20

| # | Searches | Results |
|----|---|---------|
| 1 | (breast-feeding or breast feeding or breastfeeding or breast fed or breast-fed or breastfed or infant feed* or infant fed or infant-feed* or infant-fed).mp. | 24861 |
| 2 | Lactation.mp. | 3801 |
| 3 | 1 or 2 | 25678 |
| 4 | (mother* or women or woman).mp. | 134203 |
| 5 | (barrier* or challenge* or problem* or concern* or difficult* or issue* or wellbeing or cope or coping or stress or success* or unsuccess* or fail* or struggle* or pain or painful or wellbeing or distress).mp. | 90817 |
| 6 | 3 and 4 and 5 | 6615 |
| 7 | (experience* or perception* or perspective*).mp. | 39416 |
| 8 | 6 and 7 | 2141 |
| 9 | (qualitative or interview* or narrative* or descriptive or group interview or in depth interview or focus group or hermeneutic* or phenomenolog* or lived experience or grounded theor*).mp. | 22015 |
| 10 | 8 and 9 | 771 |
| 11 | limit 10 to yr="2000 -Current" | 685 |

Medline 09.06.20

| # | Searches | Results |
|----|---|---------|
| 1 | Breast Feeding/ | 37362 |
| 2 | (breast feed* or breastfeed* or breast-feed* or breast fed or breast-fed or breastfed or infant feed* or infant fed or infant-feed* or infant-fed).mp. | 59073 |
| 3 | Lactation/ or Lactation.mp. | 59184 |
| 4 | 1 or 2 or 3 | 109119 |
| 5 | Mothers/ | 43230 |
| 6 | (mother* or maternal or maternity).mp. | 469195 |
| 7 | 5 or 6 | 469195 |
| 8 | (barrier* or challenge* or problem* or concern* or difficult* or issue* or wellbeing or cope or coping or stress or success* or unsuccess* or fail* or struggle* or pain or painful or wellbeing or distress).mp. | 6487220 |
| 9 | 4 and 7 and 8 | 12520 |
| 10 | (experience* or perception* or perspective*).mp. | 1700687 |
| 11 | 9 and 10 | 2669 |
| 12 | Qualitative Research/ | 54525 |
| 13 | (qualitative or interview* or narrative* or descriptive or group interview or in depth interview or focus group or hermeneutic* or phenomenolog* or lived experience or grounded theor*).mp. | 717711 |
| 14 | 12 or 13 | 717711 |
| 15 | 11 and 14 | 1055 |
| 16 | limit 15 to yr="2000 -Current" | 958 |
| 17 | limit 16 to (danish or english or norwegian or swedish) | 920 |

| # | Searches | Results |
|----|---|---------|
| 1 | Breast Feeding/ | 50625 |
| 2 | (breast feed* or breastfeed* or breast-feed* or breast fed or breast-fed or breastfed or infant feed* or infant fed or infant-feed* or infant-fed).mp. | 72690 |
| 3 | Lactation/ or Lactation.mp. | 56333 |
| 4 | 1 or 2 or 3 | 119589 |
| 5 | Mothers/ | 63085 |
| 6 | (mother* or maternal or maternity).mp. | 558927 |
| 7 | 5 or 6 | 558927 |
| 8 | (barrier* or challenge* or problem* or concern* or difficult* or issue* or wellbeing or cope or coping or stress or success* or unsuccess* or fail* or struggle* or pain or painful or wellbeing or distress).mp. | 8557476 |
| 9 | 4 and 7 and 8 | 16475 |
| 10 | (experience* or perception* or perspective*).mp. | 2110897 |
| 11 | 9 and 10 | 3338 |
| 12 | Qualitative Research/ | 74611 |
| 13 | (qualitative or interview* or narrative* or descriptive or group interview or in depth interview or focus group or hermeneutic* or phenomenolog* or lived experience or grounded theor*).mp. | 950120 |
| 14 | 12 or 13 | 950120 |
| 15 | 11 and 14 | 1261 |
| 16 | limit 15 to yr="2000 -Current" | 1197 |
| 17 | limit 16 to (danish or english or norwegian or swedish) | 1154 |

Vedlegg 3 - Ekskluderte artikler lest i fulltekst

| Ekskluderte artikler lest i fulltekst | Årsak |
|---|--|
| Hegney, D., Fallon, T. & O'Brien M. (2008). Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17 (9), 1182-1192. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02300.x | Fenomen. Undersøkte faktorene som gjør at kvinner fortsetter/slutter å amme. |
| Kronborg, H., Harder, I. & Hall, E. O. C. (2014). First time mothers` experiences of breastfeeding their newborn. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> , 6 (2), 82-87. doi: 10.1016/j.srhc.2014.08.004 | Design. Data var hentet fra en randomisert studie. |
| Larsen, J. S & Kronborg, H. (2012). When breastfeeding is unsuccessful – mothers experiences after giving up breastfeeding. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27, 848-856. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x | Fenomen. Undersøkte mødres erfaringer med amming etter at de hadde gitt opp amming, selv om hensikten deres var å amme. |
| Simonardottir, S. (2016). Getting the green light: experiences og Icelandic mothers struggling with breastfeeding. <i>Sociological Research Online</i> , 21 (4), 82-94. doi: 10.5153/sro.4149 | Design Metode og design er dårlig beskrevet. |
| Palmer, L., Carlsson, G., Bunt, D. & Nystrom, M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. <i>International Breastfeeding Journal</i> , 10, 1. doi: 10.1186/s13006-015-0042-9 | Fenomen. Undersøkte forklaring på avgjørelsen ved å fortsette amming eller å avslutte når man hadde flere ammeutfordringer. |
| Palmer, L. (2019). Previous breastfeeding difficulties: an existential breastfeeding trauma with two intertwined pathways for future breastfeeding – fear and longing. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and well-being</i> , 14 (1), 1588034. doi: 10.1080/17482631.2019.1588034 | Fenomen. Undersøkte tidligere ammeproblemers betydning for valg av å amme ved senere anledning. |
| Durmazoglu, G., Yenal K. & Okumus H. (2020). Maternal emotions and experiences of mothers who had breastfeeding problems: A qualitative study. <i>Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal</i> , 34 (1), 3-20. doi: 10.1891/1541.6577.34.1.3 | Kvalitet/Etikk. Studien manglet etiske godkjenninger. |
| Palmer, L., Carlsson, G., Bunt, D. & Nystrøm, M. (2014). Existential vulnerability can be evoked by severe difficulties with initial breastfeeding: A lifeworld hermeneutical single case study for research on complex breastfeeding phenomena. <i>International breastfeeding journal</i> , 22 (3), 21-32. doi: 10.1080/17482631.2019.1588034 | Design. Undersøkte kun en kvinnes erfaring på ammeproblem. |

| | |
|--|--|
| <p>Jackson, K.T., Mantler, T. & O'keefe-McCarthy, S. (2019-03). Women`s experiences of breastfeeding-related pain. <i>MCN, the American journal of maternal and child nursing</i>, 44 (2), 66-72. doi: 10.1097/NMC.0000000000000508</p> | <p>Fenomen. Undersøker hvordan kvinner opplever smerter i forbindelse med amming og hva dette betyr for dem.</p> |
| <p>Charlick, S.J., McKellar, L., Gordon, A.L. & Pincombe, J. (2017). The private journey: An interpretative phenomenological analysis of exclusive breastfeeding. <i>Women and Birth</i>. 32, e34-e42. doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.003</p> | <p>Fenomen. Undersøkte erfaringer for de kvinnene som har fullammet i seks måneder.</p> |
| <p>Palmer, L., Carlsson G., Brunt D. & Nystrøm M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. <i>International Breastfeeding Journal</i> 10 (17), 2-11. doi: 10.1186/s13006-015-0042-9</p> | <p>Fenomen. Undersøkte om kvinners avgjørelse for å amme ble påvirket av ha ammeproblemer.</p> |
| <p>Kvist, L.J., Larsson, B.W. & Hall-Lord M.L. (2005). A grounded theory study of Swedish women`s experiences of inflammatory symptoms of the breast during breast feeding. <i>Midwifery</i>, 22, 137-146. doi: 10.1016/j.midw.2005.02.007</p> | <p>Fenomen. Undersøkte erfaringer til kvinner med inflammatoriske symptomer.</p> |

Vedlegg 4 – Kandidatenes bidrag inn i oppgaven

I oppstartsfasen av masteroppgaven startet begge kandidatene med å komme sammen for å finne ut hva vi ville skrive om. Begge kom med temaer som var av interesse. Kandidatene diskuterte hvilken metode som var ønskelig å bruke. Hver kandidat utførte enkle søk hver for seg for å se om det fantes studier på området. Slik ble temaer som ikke var aktuelle luket ut. Da tema var identifisert jobbet hver kandidat med å formulere problemstilling. Etter litt tenking hver for oss, kom vi sammen igjen for å spisse problemstillingen.

Etter at metoden var blitt bestemt og problemstillingen var på plass startet prosessen med å søke. Begge kandidatene satt sammen for å lage søkestrategien. Begge var med da vi fikk hjelp av bibliotekar både fra Sykehuset Østfold og OsloMet. Da søkestrategien var klar gikk kandidatene hver for seg. Vi søkte i en database om gangen. Begge kandidatene søkte i samme database slik at vi sørget for at treffmengden stemte eksakt med hverandres. Deretter gikk hver av kandidatene igjennom treffene. Begge var nøye med å notere ned hva vi leste av titler og abstrakter. Til slutt kom kandidatene igjen sammen for å gå igjennom det vi hadde funnet.

Begge kandidatene måtte lese en artikkel i fulltekst dersom den ene parten mente at artikkelen kunne være aktuell. Til slutt gjorde vi den kvalitative sjekklisten av studiene. Begge kandidatene var med under kvalitetsvurderingen. Arbeidet med å skrive sjekklisten ble byttet på underveis i prosessen. Da de fem artiklene var blitt utvalgt, gikk kandidatene hver for seg og leste igjennom studiene. Hver kandidat tok seg god tid til å gå igjennom og lese dem slik at de ble forstått. Når all tekst var lest igjennom kom kandidatene igjen sammen for å diskutere funnene.

Begge kandidatene arbeidet med å lage matrisen. Resultatene ble nøye diskutert av begge i dette arbeidet. Når hovedtemaene hadde vokst fram, startet arbeidet med å skrive resultatdelen. Kandidatene delte opp arbeidet ved å skrive en resultatdel hver. Vi var nøye med å diskutere arbeidet med hverandre til enhver tid. Tilsvarende ble gjort i diskusjonsdelen. Til slutt satt vi tekstene sammen. Vi reviderte avsnittene på tvers av hverandres arbeid opptil flere ganger.

