



# Bachelorgradsoppgave

## Ammeutfordringer Breastfeeding Challenges

Mødres opplevde utfordringer i forbindelse med amming  
Challenges experienced by breastfeeding mothers

Maiken Holst

Antall ord: 10.000

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling for Helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



**HINT**

# ABSTRAKT

**Introduksjon:** Amming er et fenomen som er svært høyt verdsatt i Norge. Flere Norske mødre ønsker å amme fra fødsel av da det har svært mange helsefremmende effekter hos både mor og barn. Satt i lys mot de positive side ved amming, opplever svært mange mødre utfordringer i forbindelse med amming, som setter amming i fare for tidlig opphør. **Hensikt:** Hensikten er å belyse hvilke utfordringer mødre opplever i forbindelse med amming. **Metode:** Det ble gjort et allment litteraturstudie. Det er analysert og gransket 15 forskningsartikler som er både kvalitative og kvantitative. **Resultat:** Litteraturstudiets funn viste at mødre opplevde fysiske utfordringer knyttet til brystet, praktiske årsaker i hverdagen og medisinske utfordringer hos både mor og barn. Det viste seg også at mødre hadde bekymringer knyttet mot amming, og møtte utfordringer i møte med helsepersonell, i forbindelse med informasjon og pårørende. Funnene gjort i litteraturstudiet viste også at kvinnes utdanningsnivå, sivilstatus og fødehistorikk hadde en innvirkning på ammelengde og opplevde ammeutfordringer. **Diskusjon:** Funns viser at de utfordringene mødre opplever i forbindelse med amming kan oppstå som en konsekvens av hverandre, og kan relateres til mødrenes mangel på informasjon og veiledning. Sykepleierens evne til veiledning og informasjon kan benyttes forebyggende. Utfordringene som oppstår er svært individuelle, og kan ha store konsekvenser på ammingen. **Konklusjon:** Ammeutfordringer kan forebygges ved å opplyse mødre om årsaken til hvordan diverse utfordringer oppstår, og hvordan de forebygges med konkrete tiltak. Det er også et faktum at mødre opplever ulike utfordringer i forskjellig grad i forbindelse med ammingen som kan føre til tidlig terminering av amming. Sykepleien som gis til mødre bør på bakgrunn av dette innrettes etter mødrenes individuelle behov og ønsker.

**Nøkkelord:** Breastfeeding difficulties, Challenges, early cessation, breastfeeding experiences

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Hensikt</b> .....	<b>3</b>
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Litteraturstudie som metode</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Utvalg</b> .....	<b>4</b>
<b>2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4 Ethiske overveielser</b> .....	<b>6</b>
<b>2.5 Analyse</b> .....	<b>6</b>
<b>3.0 Resultat</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Fysiske utfordringer i forbindelse med amming</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Psykiske utfordringer i forbindelse med amming</b> .....	<b>10</b>
<b>3.3 Mødrenes sosiale bakgrunn</b> .....	<b>12</b>
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	<b>13</b>
<b>4.1 Resultatdiskusjon</b> .....	<b>13</b>
4.1.1 Fysiske utfordringer i forbindelse med amming .....	13
4.1.2 Psykiske utfordringer i forbindelse med amming .....	19
4.1.3 Mødrenes sosiale bakgrunn .....	24
<b>4.2 Metodediskusjon</b> .....	<b>26</b>
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg 1) Oversikt over søkestrategi</b>	
<b>Vedlegg 2) Oversikt over inkluderte artikler</b>	
<b>Vedlegg 3) Oversikt over analyse</b>	
<b>Vedlegg 4) 10 trinn for vellykket amming</b>	

## 1.0 Introduksjon

I 2013 ble det født 59000 barn i Norge (Statistisk sentralbyrå 2014). Norge har høyere forekomst av amming enn andre vestlige land (Callen og Pinelli 2004). Amming har en helsefremmede effekt på både mor og barn (Helsedirektoratet 2012, Sundhedsstyrelsen 2013, WHO 2014). Nå som vi har entret det tredje årtusen, har amming tatt en stor rolle i dagens offentlige helsepolitikk, mødrenes helse, barnets helse og ernæring, i tillegg til at det er utarbeidet retningslinjer internasjonalt og nasjonalt innen amming (Lawrence og Lawrence 2011). I følge Hvatum m.fl. (2014) er amming noe som er svært verdsatt i Norge.

Under amming oppstår det en god "hud-mot-hud-kontakt" mellom mor og barn, som er hensiktsmessig både følelsesmessig og kroppslig (Helsedirektoratet 2012, Sundhedsstyrelsen 2013). Studier viser også at barn som ammes har en lavere risiko for infeksjonssykdommer, allergier, fedme og krybbedød (Declercq m.fl. 2009, Heyman m.fl. 2013, Sundhedsstyrelsen 2013, Tufte 2005, WHO 2014). For mor skal amming redusere risikoen for brystkreft, kreft i eggstokkene og diabetes 2 (Sundhedsstyrelsen 2013). Disse helsefremmede effektene kommer av at alle mødre skreddersyr morsmelken sin ved å tilføre patologiske antistoffer mot infeksjonssykdommer som mor tidligere har vært utsatt for, hormoner, bakteriehemmende enzymer, næringsstoffer og immunbeskyttende stoffer (Helsedirektoratet 2012). Barnet mottar sin skreddersyde immunbeskyttelse gjennom morsmelk (ibid). "The baby-Friendly hospital Initiative", som har som mål å gi alle nyfødte på sykehus den beste starten på livet, ved å sørge for et helsefremmede miljø hvor amming står i fokus, da morsmelk har en så helsefremmede effekt for mor og barn (WHO 1998). Et sykehus får tittelen "Mor-Barn-Vennlig-Sykehus, som det heter på norsk, når de oppnår de 10 kravene til vellykket amming (ibid). Disse kravene skal også legge retningslinjer for sykepleiere innen amming, og ligger som vedlegg 4).

Et flertall av norske kvinner ønsker å amme fra fødsel av (Øverby m.fl. 2008). Selv på bakgrunn av de helsefremmede effektene amming har og de faglige retningslinjene som skal legge til rette for vellykket amming viser Sundhedsstyrelsen (2013) at opptil 45% opplever utfordringer med amming, som kan føre til tidlig ammeslutt.

Kvinnens ammeutfordringer understøttes av Helsing og Hæggkvist (2008) som påpeker at kun 12% ikke har opplevd noen form for utfordringer i forbindelse med amming i løpet av barnets første leveår. Utfordringer i forbindelse med amming kan blant annet være: sopp, infeksjon, spreng sår, ømhet og sårhet i brystene, innadvendte eller flate brystknopper i en

eller begge brystene, smertefulle brystknopper eller for liten melkeproduksjon (Hoddinot m.fl.2012, Sundhedsstyrelsen 2013, Tufte 2005). Utfordringer i forbindelse med amming også kan ha utspring i manglende hjelp i starten av ammeperioden (Helsedirektoratet 2012). Mødre som ikke mestrer ammingen slik som ønsket, kan ofte få følelsen av å være "mislykket" som mor (Hjälmhult og Økland 2012, Sundhedsstyrelsen 2013, Tufte 2005). I de to første månedene er kvinnen og barnet mer utsatt for tidlig ammeavslutning eller diegiving enn senere i forløpet (Helsedirektoratet 2014). Tidlig ammeavslutning utfordrer WHO (2002) sitt ønske om at barn skal fullammes i løpet av de 6 første månedene, forså delammes resten av tiden opptil 2 år.

Det er på bakgrunn av forekomsten av ammeutfordringer, viktig og ønskelig å kartlegge ut fra et pasientperspektiv de utfordringene mødre selv opplever i forbindelse med amming. Det vil også være hensiktsmessig å bruke funnene av mødrenes ammeutfordringer i sykepleierens arbeid på barselavdeling, og forebygge de oppgitte funnene. Det vil være viktig som Kristoffersen m.fl. (2011) belyser, for å øke forståelsen om hvordan mennesker opplever og handler i utfordrende situasjoner. Man kan som sykepleier minske tabu rundt ammeutfordringer ved å ha større åpenhet rundt ammeproblematikk, ved at mødre kan snakke med andre slik at de får gitt uttrykk for sine problemer (Hvatum m.fl.2014).

Litteraturstudiet bygges på teoretikeren Aron Antonovsky. Antonovsky fokuserer i sin teori på det friske, og det som kan utvikles hos et menneske. Teorien bygger på mennesker som har opplevd store belastninger, men som allikevel har lyktes og bevart motet og en positiv grunnholdning (Hummelvoll 2012). Forståelse, håndterlighet og meningsfullhet er de tre kjennetegnene som brukes i teorien. *Forståelse* innebærer å forstå hendelser i sin omverden, og hvordan disse kan påvirke sin egen situasjon. *Håndterlighet* betyr at en skal kunne styre og påvirke sin egen situasjon, mens *meningsfullhet* betyr at man kan gi livets forandringer en retning som skaper motivasjon ved at man setter sin egen situasjon i en meningssammenheng. Disse tre kjennetegnene utgjør et symbioseforhold som kalles "opplevelse av sammenheng", også kalt OAS (ibid). I følge denne modellen som fungerer på individnivå, vil sykepleieren og omsorgen som gis bidra til en tilværelse der pasientens egne ressurser og faktorer står i sentrum – istedenfor å fokusere på mangler, uhelse og avtagende evner (ibid).

## 1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudiet er å belyse hvilke utfordringer mødre opplever i forbindelse med amming. Det er et pasientperspektiv i litteraturstudiet da resultatet er bygd opp på mødrenes opplevelser rundt sin ammeopplevelse. I drøftingen, vil det bli diskutert hvordan sykepleieren igjennom informasjon og veiledning kan forebygge disse problemene i en barselavdeling for å unngå at mødre opplever utfordringer ved hjemreise.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Det er gjort et allment litteraturstudie. Et allment litteraturstudie, kan I følge Forsberg og Wengström (2013) også kalles en litteraturgjennomgang eller en forskningsoversikt. Formålet med et slikt allment litteraturstudie er å sammenstille en beskrivende bakgrunn som motiverer for at et empirisk studie gjennomføres, eller å beskrive kunnskapsgrunnlaget innenfor et vist område (ibid). I et slikt allment litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier, men sjeldent på en systematisk måte (ibid). Ifølge Dalland (2006) er metoden en fremgangsmåte en bruker for å innhente seg kunnskap, forså belyse det utvalgte emnet på en faglig og interessant måte.

Metoden er en måte å frembringe kunnskap eller en måte å befare at de påstandene som fremstilles med krav om å være sanne, holdbare og gyldige (ibid).

### 2.2 Utvalg

Første steg i litteraturstudiet var å finne og formulere en interessant hensikt. Det ble deretter gjort et litteratursøk. Søket etter relevante forskningsartikler ble gjort i internasjonale søkedatabaser som Medline, Sage Journals, Helsebiblioteket og Cinahl. Den innledende litteratursøkingen har i følge Dalland (2006) som formål å gi et bilde av det som allerede er skrevet innenfor det temaet en ønsker å arbeide med. I følge Forsberg og Wengström (2013) er det hensiktsmessig at søkeord velges ut fra hensikten, og at en søker på enkeltord eller ordkombinasjoner. I litteraturstudiet er følgende søkeord brukt som enkeltsøk eller kombinert med hverandre:

"Breastfeeding", "Stop Breastfeeding", "Pain", "Lactation" "Lactation disorders" "Cessation", "Weaning", "Breastfeeding weaning", "Infant", "Newborn", "Infant feeding", "Lactation disorders", "Lactation", "Latching", "Breastfeeding positions" "Early weaning", "Breastfeeding difficulty", "Breastfeeding support", "Discontinuation", "Prevalence", "Initiation" og "Reason". Søkeordene ble kombinert med de boolske operatørene "AND" og "OR". Operatøren "AND" finner referanser som inneholder både A og B og kan gi et smalere søk, mens operatøren "OR" finner referanser som inneholder A eller B og kan gi et bredere resultat (ibid).

Artiklene brukt i litteraturstudiet er kvalitative, kvantitative, samt en blanding mellom kvalitative og kvantitative.

Eksempel på litteratursøk er illustrert i tabell 1, og ligger i sin helhet som vedlegg 1. Felles for

de inkluderte artiklene er at de omhandler kvinners opplevde ammeutfordringer og hvilke konsekvenser disse utfordringene har på ammingen.

Fire av femten artikler ble funnet ved hjelp av håndسøk, og er illustrert i vedlegg 1). Gjennom et håndسøk finner man forskningsartikler en ønsker å bruke gjennom andre artiklers referanseliste.

Tabell 1) Søkoversikt

Dato:	Database:	Avgrensninger:	Søkord:	Treff:	Tittel lest:	Abstrakt lest:	Lest i sin helhet:	Inkludert i studiet:
07.03.14	Sage journals	Abstrakt, 2004-2014,	Breastfeeding difficulties AND breastfeeding cessation AND breastfeeding support	11	11	5	2	1

### 2.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier ble brukt etter studiets hensikt, i tillegg til at artiklene besto av pasientperspektiv.

Inklusjonskriterier for inkluderte artikler er at de omhandler utfordringer mødre opplevde i forbindelse med amming. Spedbarn, fullbårne nyfødte, og barn som var friske ved fødsel ble inkludert i litteratursøket. Da litteraturstudiet tar for seg utfordringer i forbindelse med amming, er det valgt å inkludere førstegangs fødende, flergangsfødende, og mødre i alle aldre. Det har også vært ønskelig at mødrene og barnet ikke er blitt adskilt fra hverandre, og at studiene er gjort i land som er overførbare til Norge.

Avgrensningene som ble gjort i ulike sammenheng var at artiklene var tilgjengelig i abstrakt og fulltekst. For å sørge for nyere og oppdatert forskning, ble utgivelsesdato satt innen 2004-



2014. Det var også ønskelig at artiklene i følgende litteraturstudie var utgitt på Norsk, Engelsk, Svensk eller Dansk.

#### 2.4 Etiske overveielser

Oppgaven skal gjøres uten juks og uærlighet. Forsberg og Wengström (2013) definerer juks og uærlighet som avvik fra vitenskapelig praksis, som for eksempel forfalskning av data, tyveri eller plagiat, hypoteser og metoder uten å angi kilder. Det kan også være uriktig framstilling av forskningen som for eksempel uriktig inkludering eller ekskludering av data eller misvisende forvrenginger av tolkningen.

Denne litteraturstudien er uten juks og uærlighet. Det er tilstrebet å velge artikler som er godkjent av etisk komite, slik at de følger etiske retningslinjer for forskning. En artikkel skal være godkjent av etisk komité for å beskytte enkeltpersoner som er involvert i undersøkelser. Forskeren skal ikke skade deltageren (ibid). Samtlige artikler i dette litteraturstudiet er godkjent av etisk komité.

#### 2.5 Analyse

Analysen er i følge Dalland (2006) et granskningsarbeid hvor utfordringer er å finne ut hva materialet har å fortelle deg. Ofte må man se igjennom heler eller deler av materialet. På bakgrunnen av et samlet inntrykk kan en velge ut situasjoner eller sitater som illustrerer hovedinntrykket (ibid). Tekstanalysen er inspirert av en manifest innholdsanalyse som kjennetegnes ved at en systematisk og stegvis har klassifisert data for å identifisere tema og mønster (Forsberg og Wengström 2013).

Analysen ble gjort i 4 steg. Meningsbærende enheter ble først identifisert og kodet. Fellesnevnerne fra disse meningsbærende enhetene ga grunnlaget for resultatets subkategorier. Det ble så funnet fellesnevner i de inkluderte subkategoriene, og som igjen resulterte i resultatets hovedkategorier og har lagt grunnlaget for tema for diskusjon. En oversiktlig tabell over analysen ligger som vedlegg 3).

Tabell 3) Eksempel på analyse.

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
-Mødre fant ammingen for smertefullt til å fortsette.	Brystrelaterte utfordringer	Fysiske utfordringer i forbindelse med amming
- Kvinner fant det ubehagelig	Medisinske årsaker som gjør	

<p>at de lakk melk hele tiden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Smerte og ubehag i forbindelse med brystspreng.</li> <li>- Problematisk og amme på grunn av smertefulle brystknopper/inverterte brystknopper</li> <li>- Barnet hadde problemer med å feste seg/ suge seg fast til brystet/ mor fikk ikke til å legge til barnet</li> <li>-Barnet likte seg ikke ved brystet eller var ikke fornøyd etter mating.</li> <li>- Barnet fikk tenner og gnagde på brystet.</li> <li>- Mødre måtte ta medisiner som førte til at de ikke ammet.</li> <li>-Mødre fikk mastitt eller annen infeksjon som gjorde ammingen utfordrende.</li> <li>-Barnet ble sykt å kunne ikke ammes</li> <li>-Ønsket å forlate barnet i lengre tid /Følte seg isolert når de ammet</li> <li>- Hadde mange andre plikter i hjemmet som kom i veien med ammingen.</li> <li>- Jobb og skole kom i veien for å amme</li> </ul>	<p>ammingen utfordrende</p> <p>Praktiske utfordringer i hverdagen</p>	
---	---	--

## 3.0 Resultat

### 3.1 Fysiske utfordringer i forbindelse med amming

Mødrene opplevde at amming var mer krevende enn de hadde forventet at det skulle være, eller kunne håndtere (Smith m.fl. 2012, Larsen og Kronborg 2012, Wambach og Cohen 2009). De uheldige utfordringene som oppsto bidro til negative opplevelser for mødrene (Smith m.fl. 2012). En studie viste at 1/3 av mødrene sluttet å amme innen en måned post partum grunnet ammeutfordringer (Almquist-Tangen 2011), og en annen studie viser at nesten 60% av mødrene som stoppet å amme gjorde det tidligere enn ønsket på bakgrunn av både fysiske og psykiske utfordringer som ammingen bydde på (Odom m.fl. 2013). Enkelte mødre opplevde sterke smerter under amming. De sterke smertene under amming var også en faktor som satte mødre i fare for tidlig opphør av ammingen (Odom m.fl. 2013, Wagner m.fl. 2013, Hauck m.fl. 2011b), eller var en direkte og avgjørende årsak til tidlig ammeopphør (Brown 2013, Wambach & Cohen 2009, Schardosim & Cechim 2012). Selv om enkelte mødre opplevde sterke smerter i forbindelse med amming, valgte noen mødre til tross for de sterke smertene å fortsette å amme (Larsen & Kronborg 2012, Smith m.fl. 2012).

I følge Almquist-Tangen m.fl. (2011) opplevde opptil 25.3% av mødrene problemer med såre brystknopper. Mødre som opplevde smertefulle brystknopper, eller inverterte brystknopper oppga dette som den primære utfordringen som tilslutt førte til at de ikke lengre ønsket å amme (Tarrant m.fl. 2011, Tenfeld m.fl. 2013 Brown 2013, Li m.fl. 2008, Lewallen m.fl. 2005, Wambach & Cohen 2009). I tillegg til såre brystknopper, opplevde de at brystknoppene fikk åpne sår, blødde eller fikk andre skader (Ahuwalia m.fl. 2005, Larsen og Kronborg 2012, Odom m.fl. 2013, Schardosim & Cechim 2012, Smith m.fl. 2012). Selv om mødrene opplevde de smertefulle brystknoppene som et reelt problem, var det ikke nødvendigvis en så stor utfordring som førte til ammeopphør (Schardosim & Cechim 2012, Smith m.fl. 2012, Wambach & Cohen 2009, Wagner m.fl. 2013, Hauck m.fl. 2011a).

I tillegg til såre og blødende brystknopper var brystspreg en utfordring som flere av de ammede mødrene opplevde (Wambach & Cohen 2009, Almquist-Tangen m.fl. 2011, Wagner m.fl. 2013, Hauck m.fl. 2011a). Brystspreg eller overfylte bryster ble oppgitt som en vesentlig eller viktig faktor som førte til tidlig ammeopphør (Odom m.fl. 2013, Li m.fl. 2008). En mor i Odom m.fl. (2013) sitt studie følte at brystene føltes ut som harde steiner og at det var svært smertefullt når brystene fyltes opp med melk. En annen mor i samme studie beskrev at brystene og kjertlene under armene raskt ble fylt med melk, noe hun fant svært

ubehagelig. Melkesprengte bryst ble av disse mødre opplevd som et stort nok problem som førte til at begge sluttet å amme.

Lekkasje av brystmelk var et hyppig rapportert utfordring (Li m.fl. 2008, Lewallen m.fl. 2005, Odom m.fl. 2013, Wambach & Cohen 2009). Mødre kunne oppleve lekkasje av brystmelk som utfordrende nok til at det førte til opphør av ammingen (Brown 2013).

Mødre opplevde brystmelk lekkasjen som utfordrende da de stadig måtte skjule lekkasjen som vist gjennom klærne, eller da barnet ikke ville ta brystet da det kom for mye melk på en gang (Smith m.fl. 2012).

Blant 1323 mødre, viste det seg at opptil 53.7% valgte å avslutte og amme da de mente at barnet hadde utfordringer med å suge seg fast til brystknoppen, eller feste seg til brystet (Li m.fl. 2008). Barn med uheldig sugeteknikk, eller som har vanskeligheter med å feste seg til brystet, var en gjengående utfordring som flere mødre opplevde både på barselavdeling og etter utskrivelse (Hauck m.fl. 2011a) og som satte fortsettelsen av ammingen i faresonen eller var en direkte årsak til tidlig ammeslutt (Almquist-Tangen m.fl. 2011, Brown 2013, Lewallen m.fl. 2005, Odom m.fl. 2013, Tarrant m.fl. 2011, Wagner m.fl. 2013, Wambach & Cohen 2009, Hauck m.fl. 2011b). Mødre kunne oppleve det som vanskelig å tvinge barnet til brystet da det ofte førte til gråting og utmattelse hos barnet. De prøvde stadig å legge til barnet, som førte til nye runder med gråting da barnet ikke klarte å feste seg til brystet (Larsen og Kronborg 2012, Schardosim & Cehim 2012). Mødre opplevde at barnet ikke lengre ville suge seg fast til brystet etter de hadde begynt å avlaste brystene med flaskemating (Smith m.fl. 2012, Schardosim & Cechim 2012).

Det viste seg at det ikke bare var barnets mangel på sugeteknikk som mødre opplevde som utfordrende. Flere mødre opplevde det som utfordrende at barnet ikke var fornøyd etter mating (Ahuwalia m.fl. 2005, Odom m.fl. 2013, Wagner m.fl. 2013) eller at barnet ikke lengre var interessert i brystet (Brown 2013, Li m.fl. 2008, Odom m.fl. 2013, Tarrant m.fl. 2011, Tenfelde m.fl. 2013, Hauck m.fl. 2011b). Av 1323 mødre, viste det seg at opptil 55.6% stoppet å amme da de mente at brystmelk alene ikke kunne tilfredsstill barnet deres (Li m.fl. 2008).

I tillegg til disse utfordringene fant noen mødre det vanskelig å amme da barna gnagde eller begynne å bite på brystknoppen (Odom m.fl. 2013, Tenfelde m.fl. 2013, Wambach m.fl.

2013). Opptil 35.5% av mødrene oppga biting eller gnaging som en avgjørende faktor for ammeavslutning (Li m.fl. 2008).

Noe som flere mødre opplevde som utfordrende var at det var ønskelig for dem å forlate barnet over lengre tid, noe som ikke lot seg gjøre da de måtte være i nærheten av barnet for å kunne amme (Brown 2013, Li m.fl. 2008, Lewallen m.fl. 2005, Odom m.fl. 2013, Smith m.fl. 2012). Følelsen av å være isolert og ha mangel på frihet var hos enkelte mødre oppgitt som en primær årsak til avgjørelsen om å ikke lengre amme fra sykehuset og innen 6 måneder post partum (Tarrant m.fl. 2011). I tillegg til å være mor, kunne plikter i hjemmet stå i veien for å realisere ønsket om å amme lengre (Odom m.fl. 2013, Li m.fl. 2008). Mødrene påpekte at de hadde flere barn som skulle mates eller tas vare på og som ble sjalu på den nyfødte (Ahluwalia m.fl. 2005, Tarrant m.fl. 2011, Hauck m.fl. 2011b).

Den nye rollen som mor skulle balanseres sammen med rollen som studenter, arbeidstaker og et familiemedlem. Enkelte fant det utfordrende og fortsatte å amme, da de tidlig måtte tilbake på skole og jobb (Ahluwalia m.fl. 2005, Lewallen m.fl. 2005, Smith m.fl. 2012, ScharDOSim & Cechim 2012, Wambach & Cohen 2009). Dette førte for noen til opphør av ammingen (Tenfelde m.fl. 2013). Det ble også ansett som utfordrende at de ikke hadde noen plass å pumpe ut brystmelken (Lewallen m.fl. 2005).

Andre årsaker som bydde på ammeutfordringer var når mor fikk mastitt (Brown 2013, Lewallen m.fl. 2005, Li m.fl. 2008, Odom m.fl. 2013, Tarrant m.fl. 2011, Wagner m.fl. 2013, Hauck m.fl. 2011a), eller det at barnet ble sykt og av den grunn ikke ble ammet (Ahluwalia m.fl. 2005, Li m.fl. 2008, Lewallen m.fl. 2005, Odom m.fl. 2013, Tenfeld m.fl. 2013). Det viste seg også at mødre sluttet å amme da de tok i bruk medikamentell behandling (ibid).

### **3.2 Psykiske utfordringer i forbindelse med amming**

Mødre oppga følelsen av å være sliten som en faktor som førte til ammeopphør (Odom m.fl. 2013, Li m.fl. 2008, Tarrant m.fl. 2011, Wagner m.fl. 2013). En mor opplevde det å etablere ammingen som utmattende, problematisk og en situasjon preget av angst (Larsen og Kronborg 2012).

Andre psykiske faktorer som bar på utfordringer i forbindelse med amming var mødre som fant det flaut å amme (Tarrant m.fl. 2011), eller fant det så ubehagelig å amme offentlig at det førte til at de sluttet (Odom m.fl. 2013, Li m.fl. 2008). Mødre hadde veldig lyst til å vise

frem barnet sitt i offentligheten, men var for redde til å utføre følgende handling da de ikke ville amme offentlig (Wambach & Cohen 2009). Ubegaget med offentlig amming førte til at de heller ga morsmelkerstatning på flaske (ibid). Det viste seg at innadvendte mødre hadde større sannsynlighet til å finne amming i offentligheten som pinlig (Brown 2013).

27 av de 450 mødrene stoppet å amme da de fikk lite glede ut av ammingen (Tarrant m.fl. 2011). Mens en mor stoppet å amme etter en uke, selv om hun ønsket å gi barnet morsmelk, da hun rett å slett ikke likte å ha barnet på brystet, da hun mente det følte rart å ha barnet der (Smith m.fl. 2012). Hun valgte på bakgrunn av dette å pumpe melken å gi det på flaske istedenfor (ibid). Flere mødre fant det så ubehagelig å amme, at det endte med ammeopphør (Brown 2013, Li m.fl. 2013, Odom m.fl. 2013).

Til sammen 89 av 450 mødre sluttet å amme fra sykehusoppholdet til seks måneder post partum på grunn av troen om at de hadde for lite melk (Tarrant m.fl. 2011).

Også opptil 54% av 1323 mødre stoppet å amme opptil 5 måneder post partum da de også var under den tro at de hadde for lite melk (Li m.fl. 2008). Det var tydelig at troen på at de hadde for lite melk var en stor utfordring mange mødre opplevde (Tangen m.fl. 2011, Ahluwalia m.fl. 2005, Lewallen m.fl. 2005, Odom m.fl. 2013, Smith m.fl. 2012, Tenfelde m.fl. 2013, Hauck m.fl. 2011a, Hauck m.fl. 2011b). Mødre kunne på grunn av den troen om at de hadde for lite melk, supplementere med morsmelkerstatning (Wambach & Cohen 2009).

Også oppfatninger om at barnet ikke la på seg nok vekt, var en vesentlig faktor i mødrenes ammeutfordringer (Almquist-Tangen m.fl. 2011, Odom m.fl. 2013, Wagner m.fl. 2013, Wambach & Cohen 2009, Hauck m.fl. 2011b). En mor var så bekymret over barnets vektoppgang at hun kontaktet helsepersonell. I samråd med sykepleier ga hun derfor barnet morsmelkerstatning (Wambach & Cohen 2009).

Mangel på støtte var en faktor som førte til opphør av amming hos enkelte mødre (Tenfeld m.fl. 2013). Mødre opplevde også at helsepersonell ikke alltid var til like stor hjelp på sykehuset (Smith m.fl. 2012). Helsepersonellet kom med utsagn som fikk to av mødrene til å tro at morsmelkerstatning var bedre enn morsmelk til barna deres, i tillegg til at to andre mødre ble oppfordret av helsepersonell til å gi supplementerende morsmelkerstatning (ibid). Noen av mødrene opplevde at de fikk lite støtte fra helsepersonell (Tarrant m.fl. 2011, Wambach & Cohen 2009) eller fra pårørende (Larsen & Kronborg 2012, Smith m.fl. 2012,

Tarrant m.fl. 2011, Wambach & Cohen 2011) rundt sin avgjørelse om å amme. Mens andre opplevde at de fikk god støtte fra helsepersonellet (Tarrant m.fl. 2011). Av de som opplevde lite støtte fra helsepersonell, skulle de ønsket at de fikk bedre hjelp med praktisk støtte/hjelp, fått hjelp tidligere og mer tid til å etablere ammingen (Tarrant m.fl. 2011). Også motstridende informasjon fra helsepersonell ble ansett som utfordrende (Wambach & Cohen 2009, Hauck m.fl. 2011a). Mødre med angst, rapporterte oftere mangel på støtte enn hva emosjonelt stabile mødre gjorde (Brown 2013).

### 3.3 Mødrenes sosiale bakgrunn

Det viste seg at førstegangsfødende opplevde i større grad generelle utfordringer i forbindelse med amming, enn hva flergangsfødende gjorde (Hauck m.fl. 2011a).

Førstegangsfødende ble også i større grad assosiert med tidligere opphør av amming, enn hva flergangsfødende ble (Hauck m.fl. 2011a, Hauck m.fl. 2011b, Li m.fl. 2008).

Det ble også belyst at de mødre som ikke ammet like lenge som ønsket, oftere var flergangsfødende enn førstegangsfødende (Odom m.fl. 2013).

En kunne også se at yngre mødre opplevde større problemer med å etablere ammingen, noe som uheldigvis førte til tidlig opphør (Hauck m.fl. 2011b, Ahluwalia m.fl. 2005, Li m.fl. 2008, Tarrant m.fl. 2011). Av de mødre som ikke ammet like lenge som ønsket var det i tillegg til lavere alder, også en større sjanse for at disse var ugifte (Odom m.fl. 2013). Det viste seg også at ugifte mødre hadde mindre sjanse for å initiere ammingen, og mindre sjanse for å fortsette å amme enn hva flergangsfødende mødre gjorde (Ahluwalia m.fl. 2005). De ugifte mødre var som de yngre mødre, særlig assosiert med tidlig ammeopphør (Li m.fl. 2008).

Utdanningslengde hadde en innvirkning på ammingen. Mødrene med lavere utdanning hadde mindre sjanse for å initiere og etablere ammingen (Ahluwalia m.fl. 2005, Tarrant m.fl. 2011), og var også særlig utsatt for å opphøre ammingen tidligere enn mødre med høyere utdanning (Hauck 2011b, Li m.fl. 2008, Odom m.fl. 2013).

## 4.0 Diskusjon

Litteraturstudiets funn viser at mødre opplever fysiske utfordringer knyttet til brystet, praktiske årsaker i hverdagen og medisinske utfordringer hos både mor og barn. Det viser seg også at mødrene har bekymringer knyttet mot amming, og møter utfordringer i møte med helsepersonell, i forbindelse med informasjon og pårørende. Resultatet viser også at kvinnes utdanningsnivå, sivilstatus og fødehistorikk har en innvirkning på ammelengde og ammeutfordringer.

### 4.1 Resultatdiskusjon

#### 4.1.1 Fysiske utfordringer i forbindelse med amming

Litteraturstudiets funn viser at mødre opplevde smerteutfordringer i forbindelse med amming. McClellan m.fl. (2012) understøtter smertefenomenet i forbindelse med amming i sitt studie hvor det er oppgitt at smerter i forbindelse med amming på grunn av synlig eller usynlig skade på brystet, er en vanlig årsak til tidlig ammeopphør.

Utfordringer kan i følge Antonovsky (2012) oppleves som kaotisk, uklar og uforståelig og kan knyttes opp mot komponenten svak begripelighet, og dermed gi svak opplevelse av sammenheng.

Smerte er et sammensatt fenomen hvor ulike faktorer samtidig kan påvirke pasientens opplevelse av smerte (Kaasa 2008). Smerten er i følge Berntzen m.fl. (2010) en subjektiv opplevelse som er utenfor andres kontroll, og bare den som opplever smerte kan beskrive sine smerter, kjenne smerten og vite hvordan den føles. Smerter i forbindelse med amming kan forårsakes av blant annet såre brystknopper, dårlig ammeteknikk, mastitt og brystspreg (Jensen 2008, Helsing og Hæggkvist 2008, Helsing og Bærug 2001). Sykepleierens holdninger kan påvirke valget om å tro på eller tvile på pasientens opplevelse av smerte. Sykepleieren skal i midlertidig være svært bevist over at en raskt kan fungere som en bremsekloss i smertebehandlingen, dersom en velger å tvile på pasientens opplevelse av smerte (Berntzen m.fl.2010).

Funn fra litteraturstudiet viser at mange mødre opplevde så store utfordringer knyttet opp mot såre brystknopper, inverterte og blødende åpne sår på brystknoppen i forbindelse med amming at det førte til tidlig ammeopphør. Følgende funn understøttes av Cooke m.fl (2003)



der over halvparten av mødrene rapporterte såre brystknopper som svært eller noe problematisk.

Det er belyst at såre brystknopper er et av de vanligste problemene ved amming (Helsedirektoratet 2012, Helsing og Bærug 2001). Tufte (2005) poengterer i denne sammenheng, at sårhet kan påvirke ammingen negativt da smertene som oppstår i forbindelse med de såre brystknoppene kan gjøre at mødrene gruer seg til legge barnet til brystet. Sårheten kan dermed føre til at mødrene ammer kortere og sjeldnere enn det som er gunstig for både barnet og melkeproduksjonen.

Brystknoppen har i følge Helsing og Hæggkvist (2008) følsomme nerver, slike som i øyets hornhinne, som er svært følsomme for vennlig berøring og smerte. Jensen (2008) og Lawrence og Lawrence (2011) understreker at såre brystknopper er noe som alle vil oppleve i større eller mindre grad som en reaksjon på at brystet stimuleres for at melken skal drives ut, og som fører til at brystvevet vil bli strekt og bearbeidet svært iherdig og ofte. Sårene som oppstår på brystknoppen vil være forskjellige, og kan sees som både sår og sprekker. Disse kan variere fra svært små til store væskende og blødende sår som kan sitte på spissen, siden eller kanten av brystknoppen (ibid).

I motsetning til mødrene som opplevde såre bryster som så problematisk at det førte til opphør, viser resultatet av dette studiet at en gruppe mødre valgte å fortsette å amme til tross for de sterke smertene de opplevde i brystknoppene i forbindelse med ammingen. Som Håkonsen (2010) poengterer vil opplevelsen av smerte variere ut ifra omfang av eventuell fysisk skade, og holdningene til den som rammes av smerte har. En annen årsak kan være som Jensen (2008) hevder, at det er svært individuelt hvordan en ser et problem. Noen kan raskt finne svar og løsninger på det opplevde problemet, mens andre kan føle seg svært handlingslammet å ha vanskelig for å se klart eller finne svar (ibid).

Det er svært vanlig at mødre tar på seg skylden og ansvaret for forhold som ikke har noe med dem å gjøre (Helsing og Hæggkvist 2008). I dette tilfellet, smerter. En ser også at mødre, slik som de i litteraturstudiets funn som opplevde smertene som så intense at det førte til opphør, overskygget de negative erfaringene de opplevde ved ammingen, det emosjonelle positive som funn fra andre studier viser har en vedvarende effekt på ammingen (Nelson og Sethi 2005). Det vil på bakgrunn av disse funnene være viktig at mødrene i løpet av ammeforløpet snakker med blant annet helsepersonell som hun føler tillit til, for å finne ut

hvor og hvorfor problemet oppsto (Helsing og Häggkvist 2008). En kan undres over hvilken veiledning, informasjon, behandling og forebyggende arbeid som ble tilbudt til mødrene da det ikke førte til ammeopphør, slik som det gjorde hos den andre gruppen av mødre. Det vil være avgjørende at mødrene mottar informasjon om hvordan såre brystknopper kan oppstå, og hvordan de kan forebygges slik at en kan unngå unødvendig smerte hos mor og eventuelt tidlig ammeopphør.

En vanlig årsak til såre og blødende brystknopper er dårlig dietak og/eller nedsatt evne til festelse på brystet (Helsedirektoratet 2012, Lawrence og Lawrence 2011, Sundhedsstyrelsen 2013, Helsing og Bærug 2001). Resultatet i dette studiet belyser at mødre opplevde nettopp det at barnet hadde problemer med å feste seg til brystet og brystknoppen som en utfordring i forbindelse med amming. Uheldig festelse til brystet var noe som satte fortsettelsen av amming i fare eller som førte til direkte ammeopphør (ibid). Disse funnene understøttes av studiet til Lamontage m.fl. (2008) der utilfredsstillende sugeteknikk og festelse til brystet var rapportert som en av de tre største problemene mødrene opplevde.

Uheldig dietak kan komme av mange ulike faktorer. Dersom barnet ligger for langt unna mors kropp vil barnet bruke et stort undertrykk for å holde brystknoppen langt nok inne i munnen, noe som fører til uheldig dietak på brystet og sår (Helsing og Häggkvist 2008). Om barnet ikke gaper stort nok når det legges til brystet, vil dietaket igjen bli for lite (ibid). Det kan være uheldig for barnet om mor holder brystet i en uheldig stilling med fingrene ved at hun klemmer flat brystet under ammingen (Lawrence og Lawrence 2011).

Barnet kan ha problemer med å feste seg til brystet, eller ha nedsatt sugeteknikk som en konsekvens av flaskemating (Helsing og Häggkvist 2008). Litteraturstudiets funn belyser at flere mødre benyttet flaske i forbindelse med mating på grunn av utfordringer knyttet til brystet og brystknoppen. Bruk av flaske kan skape forvirring hos barnet da de kan ha problemer med å skille mellom brystsuging og flaskesuging da barn ofte foretrekker å bruke en av teknikkene. De fleste barn avviser derfor brystet da det på grunn av større hull i smukken gjør det lettere å få ut melken. Det vil da være vanskelig å få barnet til å ta brystet igjen (Helsing og Bærug 2001). Antonovsky (2012) belyser i sin teori at det er konsekvensen av en hendelse som er problemet, og ikke selve hendelsen i seg selv. Det vil i denne sammenhengen være hensiktsmessig for sykepleier å informere og oppfordre mor til å benytte seg av kopp i forbindelse med mating dersom brystet ikke kan tilbys, da koppmating ikke har uheldig påvirkning på sugeteknikk (Helsing og Häggkvist 2008). Dersom mor har et

stort ønske om å bruke flaske, bør hun oppfordres av sykepleieren til å bruke en flaske med ikke så alt for store hull på smukken slik at melken ikke kommer like raskt ut (ibid). Slike tiltak vil bidra til å forebygge uheldig dietak ytterligere.

Når så mange mødre som resultatet i litteraturstudiet bekrefter, opplever problemer med uheldig dietak og barnets festelse til brystet, vil det være viktig for sykepleieren å observere barnets dietak og hvordan mor legger barnet til brystet for å se etter uheldig posisjonering og dietak (Helsing og Häggkvist 2008). Helsedirektoratet (2014) vektlegger at en kan opparbeide seg ferdigheter og teknikk gjennom veiledning og praktisk hjelp for å forebygge ammeutfordringer.

Sykepleieren må i tillegg til disse observasjonene kunne undervise og veilede mor, noe som Kristoffersen m.fl. (2011) oppgir som en av sykepleierens viktige funksjonsområder. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (NSF 2011) belyser at sykepleieren skal gis på bakgrunn av erfaringsbasert kompetanse, og forskning innen sitt fagfelt, som skal anvendes i praksis. I følge Helsedirektoratet (2014) fortsetter flere kvinner å amme dersom de mottar spesifikk ammeveiledning, når de har et ønske om å amme. WHO (1998) belyser at mødre ammer lengre om veiledningen og tilretteleggingen foregår etter WHO's *Ti trinn for vellykket amming*. Sykepleieren må veilede mor i hvordan en kan oppnå tilfredsstillende sugeteknikk og dietak. Studier gjort av Fletcher og Harris (2000) og Ingram m.fl. (2002) viser at muntlig veiledelse, med mulighet for forklarelse og begrunnelse øker mors kompetanse og gir færre problemer med ammingen etter utskrivelse. Årsaken til at muntlig veiledelse med rom for forklarelse og begrunnelse er viktig, er som Goyal m.fl. (2011) rapporterer i sitt studie, at mødre som plasserer barnet sitt feil på brystet har større sjanse for å utvikle brystproblematikk i forhold til de kvinnene som posisjonerer barnet rett på brystet. Med variasjon i ammestillinger vil belastningen på brystknoppen variere og tilhelingen vil gå raskere, i tillegg til at brystknoppen vil endre fasong slik at barnet fester seg til brystet bedre (Helsing og Häggkvist 2008). Sykepleieren kan derfor oppfordre mødre, etterfulgt av veiledning, til å benytte seg av de ulike ammestillingene som kan benyttes for å oppnå problemfri og tilfredsstillende amming. Selv om man som sykepleier ønsker å hjelpe til med de vanskeligste detaljene, er det viktig at mødre får utført det meste på egen hånd selv om mor finner utførelsen klønete og vanskelig (Helsedirektoratet 2012).

Om barnet ikke dier effektivt, kan brystet bli melkesprengt og hovent (Helsedirektoratet 2012, Mangesi og Downswell 2010). Som resultatet i studiet viser, opplevde flere mødre

brystspreg som et problem, som hos flere direkte førte til ammeopphør. Utfordringer knyttet mot brystspreg understøttet av Tufte (2005) hvor 77% av mødrene rapporterte brystspreg de første fire ukene post partum.

Det er normalt at brystspreg oppstår første eller andre dag etter fødselen hos de fleste mødre (Lawrence og Lawrence 2011, Mangesi og Downswell 2010). Mødre kan ofte oppleve at brystene blir harde, fulle av melk, og ømme. Hevelsen starter ved kragebenet og går til den nedre delen av brystkassen og fra midtre aksillarlinje til midsternum (Lawrence og Lawrence 2011). Brystene vil så bli varme, harde og stinne, og mor vil ofte beskrive smertene som bankende og verkende (ibid). Som litteraturstudiets funn belyser, opplevde en av mødrene de smertene som oppsto ved aksillarlinje som så utfordrende og smertefullt at det var årsaken til ammeopphør.

Brystspreg byr på ammeutfordring da brystet ikke tømmes hyppig nok, eller når det ikke tømmes på en effektiv nok måte. Det vil da oppstå et undertrykk i alveolene hvor melken lagres, som fører til melkespreg (Helsing og Häggkvist 2008, Tufte 2005, Mangesi og Downswell 2010).

Informasjon og veiledning fra sykepleier i hvordan brystspreg kan håndteres og forebygges vil være vesentlig da svært mange, som studiets funn opplyser, opplever denne type utfordring. Selv om svært mange mødre opplever melkespreg som en utfordring, er det viktig at sykepleieren også informerer mødrene om at melkesprengtet ikke bare skal sees på som en negativ utfordring. Det kan også sees som en positiv faktor i ammeprosessen da studier viser at brystspreg kan øke sjansen for vellykket amming, og gi bedre selvtillit hos mødrene da mødrene kan tolke brystsprenget som et tegn på at de faktisk har melk (Ingram m.fl.2002).

Den beste behandlingen mot brystspreg er i følge Lawrence og Lawrence (2011) og Sundhedsstyrelsen (2013) å la barnet suge så ofte som mulig da det er den mest effektive måten å drenere melken på. Det vil derfor være hensiktsmessig for sykepleieren å gi mødrene veiledning i å håndmelke. I følge Helsedirektoratet (2012) skal helsepersonell gi mødre oppdatert og god veiledning innen amming. Håndmelking er en manuell måte å tømme melkens oppsamlingskar i areolaen (Helsing og Häggkvist 2008, Lawrence og Lawrence 2011), og som simulerer barnets dietak (Lawrence og Lawrence 2011). Det er mødrene som best kan utføre denne prosedyren, men det krever en erfaren og dyktig sykepleier for å lære bort håndmelketeknikken (Lawrence og Lawrence 2011). Tufte (2005)

hevder at det kan oppleves som en utfordring for helsepersonell å veilede mødre slik at mødrene føler de får tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter til å løse utfordringene de kan møte i forbindelse med amming. Satt i lys av Tuftes funn, vil det være som McCabe (2002) belyser i sitt studie at sykepleieren ikke kun må fokusere på den enkelte oppgaven som skal gjøres, men også at man kommuniserer med pasienten på et personlig nivå. Pasientsentrert kommunikasjon er den viktigste delen for god relasjon mellom sykepleier og pasient og legger til rette for kvalitet i sykepleien (ibid). Kristoffersen m.fl. (2011) vektlegger at kommunikasjon er viktig for at tiltakene som blir gjort i sykepleien er i samsvar med de behovene pasienten har.

I WHO's globale strategi om barneernæring (2003) står det skrevet at mor og barn er en uatskillelig enhet både sosialt og biologisk.

Selv på bakgrunn av at en er ansett som en uatskillelig enhet, vil mødre muligens oppleve behovet for å komme seg litt unna på egen hånd, ved at en ønsker å reise bort i kortere eller lengere perioder i gangen.

Litteraturstudiets funn belyser at mødre opplevde det som utfordrende og ikke ha muligheten til å komme seg unna over lengre tid på grunn av ammingen.

Følgende funn understøttes av Steward-Knox m.fl. (2003) der resultatet av deres studie belyste at mødre kan oppfatte mangel på frihet og følelsen av avhengighet, da barn som ammes oppfattes som mer avhengig av mødrene, enn barn som blir matet kunstig (ibid).

Mødrene, som resultatet i dette studiet viser, måtte forlate barnet ikke bare på grunn av at de ønsket det personlig, men da de måtte ut i arbeid eller tilbake på skolebenken.

Tilbakevending til skole og-/ eller arbeid ble oppgitt som en utfordring som gjorde det problematisk å opprettholde ammingen, noe som også bekreftes av Ortiz m.fl. sitt studie (2004) der han oppgir at mødre som returnerer til arbeid er en av de største barrierene i forbindelse med amming. Mødre som er i arbeid eller på skole har i følge Lawrence og Lawrence (2011) begrensede muligheter til å amme. Motstridende resultater viser Biagioli (2003) i sitt studie, der sysselsetting har liten eller ingen effekt på amming. Resultatet viser at mødre oppga at mangel på tilrettelegging/pumpeplass som årsaken til ammeopphør (Lewallen m.fl. 2005), igjen viser Biagioli (2003) motsatte funn der han belyser at de utfordringene arbeidslivet har på ammingen, kan overkommes.

Det er på bakgrunn av disse funnene tydelig at det utfordrende å opprettholde amming, når en ser det engasjementet amming krever, når en ønsker å forlate barnet i kortere eller

lengre perioder. I tillegg til håndmelking som nevnt tidligere, kan sykepleier informere om koppmating i samarbeid med far eller annet støtteapparat kan være et gunstig alternativ når mødrene ønsker å være borte fra barnet i en begrenset periode (Helsing og Hæggkvist 2008), på bakgrunn av personlige årsaker eller skole- og/ eller jobb. Dette er også belyst i WHO's Ti trinn for vellykket amming (WHO 1998).

I tillegg vil det være viktig at mor informeres om hvordan morsmelk skal oppbevares, slik at hun kan forlate barnet om det er ønskelig, og fortsatt amme. Informasjon om håndmelking og oppbevaring av brystmelk kan bidra til at mødrene i mindre grad opplever det som en utfordring å forlate barnet. Selv om sykepleier ønsker å etablere amming, og gir informasjon som har til hensikt å fremme amming, er det viktig som Jensen (2008) beskriver det at det alltid vil være en utfordring å finne balansegangen mellom å informere og unngå at den som mottar informasjonen opplever den informasjonen som gis som et press. Informasjonen skal være tilpasset etter mødrenes forutsetninger, og sykepleieren skal ha i minne at barseltiden fører til mange valg som skal tas, og byr på mange spørsmål fra foreldrene (Helsedirektoratet 2014), noe en skal vise respekt for. Sykepleier burde også forberede mødre om hvordan en kan kombinere amming og arbeidsliv, om det er ønskelig å komme seg ut i arbeid samtidig som de ammer da en i Norge gjennom lovgivning har rett til tilrettelegging for amming i arbeidstiden. Arbeidsmiljøloven § 12-8 (2005) sier følgende:

*”Kvinner som ammer sitt barn kan kreve den fri hun av den grunn trenger. Kvinner som har ammefri etter første ledd, har i barnets første leveår rett til den lønn inntil en time på arbeidsdager med avtalt arbeidstid 7 timer eller mer”*

Satt i lys mot Antonovsky's opplevelse av sammenheng vil den informasjonen sykepleieren gir i forhold til de fysiske utfordringene som kan oppstå i forbindelse med amming, gjøre situasjonen mer begripelig ved at informasjonen er strukturert, sammenhengende og klar. Informasjon vil bidra positivt da personer med sterk begripelighet og stek opplevelse av sammenheng forventer at stimuliet, det vil si utfordringene som mødrene kan forvente kan oppstå, er forutsigbare og dermed kan plasseres i en sammenheng (Antonovsky 2012).

#### **4.1.2 Psykiske utfordringer i forbindelse med amming**

I følge Aaron Antonovsky (2012) vil det å sette et friskt og velskapt barn til verden, være en stressfaktor. Funn gjort i dette litteraturstudiet belyser at mødre opplevde ammingen som en situasjon preget av utmattelse, problematikk, stress og angst, noe som hos enkelte førte til tidlig ammeopphør da de ikke fikk til ammingen slik de i utgangspunktet hadde ønsket.

Følgende funn understøttes av studiene til Lande (2003) der 15% av mødrene oppga bekymring, stress og utmattelse som den nest største og belastende utfordringen som førte til ammeopphør.

Slike motstandsunderskudd vil være negative faktorer som bidrar til å undergrave OAS, da det oppstår et mottrykk mot ressursene til en person (Antonovsky 2012). Amming krever mye av en mor både fysisk og psykisk. Helsing og Häggkvist (2008) påpeker at det ikke bare er den fysiske delen rundt melkeproduksjon og diegivingen som vil tære på kreftene og oppleves som utmattende. Det vil også være det nye livet og omstillingen til å bli forelder etter at barnet er kommet til verden som vil oppleves som en psykisk påkjenning, og som kan by på en periode som vil være tøff og slitsom (ibid). I følge Everson og Simon (2005) vil følelser som press og forvirring i forbindelse med den nye rollen som forelder, beskrives som foreldrerelatert stress. Når en mor ikke mestrer ammingen slik som ønsket, kan også mødrene oppleve angst (Lawrence og Lawrence 2011). Med alle de positive effektene amming har på mor og barn, kan mødre som ikke får til å amme slik som ønsket, oppleve det å ikke mestre ammingen som en stor psykisk påkjenning (Hjälmhult og Økland 2012). Etablering av amming kan oppleves som angstfremkallende og stressende, noe helsepersonell skal være svært klart over (Sundhedsstyrelsen 2013), og ikke minst forberede mødrene på.

Det er derfor viktig at mødrene, i samarbeid med sykepleiere, blir involvert i prosessen med å finne løsninger til hvordan deres problemer kan løses da mødrene må takle de utfordringene den nye situasjonen byr på, forså å lære konkret problemløsning (Tuft 2005). Problemløsningen i slike situasjoner kan både være ammeopphør, om det er noe mødrene selv ønsker, samtidig som det også kan være videre forebygging og behandling rundt de utfordringene som eventuelt oppstår. Avgjørelser og problemløsning er noe mødrene selv skal bestemme etter god rådgivning fra helsepersonell. Sykepleier skal til enhver tid inkludere pasienten, noe som er nedfelt i lov. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 belyser pasientens rett til medvirkning i sin behandlingssituasjon. Og i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2011) skal pasienten ta selvstendige avgjørelser på bakgrunn av tilstrekkelig og tilpasset informasjon fra sykepleieren. Sykepleieren skal på bakgrunn av pasientens rettigheter, og sykepleierens plikter sørge for at informasjonen som er gitt er forstått.

En skal reflektere over tanken om mødre skal amme til en hver pris, og hvordan en skal møte mødre som finner utfordringene så uutholdelige at de velger og terminere amming. Som sykepleier skal man også være forsiktig med å legge press på mødre i den nye forelderrollen i forhold til amming. Sykepleieren kan raskt legge føringer for hvordan forløpet skal forekomme, og ta beslutninger som bidrar til å bygge ned ammingen isteden for å bygge det opp.

Det er et faktum at amming gir muligheten for god kontakt mellom barnet og mor. Men når ammingen ikke går som ønsket, er det viktig at det ikke går på bekostning av mor-barn kontakten (Sundhedsstyrelsen 2013). Funn som viser at amming kan påvirke mor-barn kontakten negativt, understøttes av Hvatum m.fl. (2014) som beskriver i sin studie at mødre som opplever utfordrende ammeproblematikk, kan føle tap av nærhet til barnet. En person med sterk opplevelse av sammenheng vil i følge Antonovsky (2012) kunne prioritere hva slags områder som er viktigst for å opprettholde opplevelsen av sammenheng. I dette tilfellet vil det være nærheten til barnet versus morsmelkens helsefremmede effekt.

Det er også viktig at mødre møtes med respekt om de bestemmer seg for at de ikke ønsker å fortsette ammingen uansett årsak, planlagt eller ønsket (Sundhedsstyrelsen 2013). Larsen (2007) hevder i sitt studie at mødre skal støttes i valget de har tatt, og få tilbudet om å snakke om veien videre, og anerkjennes for det valget som er tatt. Slik støtte og annerkjennelse kan bidra til å gjøre situasjonen meningsfull. I en studie gjort av Tufte (2005) belyses det at kvinner kan føle at de opplever et krysspress om de støter på problemer de ikke får til å løse i forbindelse med amming, selv om de ønsker å amme. Mødrene i Tuftes studie ønsket å fortsette å amme på grunn av morsmelkens helsefremmede effekt, samtidig som de ikke fant noen utvei fra problemene de opplevde. Hun resulterer videre med at mødre føler ammepresset etter de opplever problemer, da det kan være mer traumatisk å slutte før de ønsket det, eller på grunn av at de ikke får det til, da amming er norm i Norden (ibid).

I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (NSF 2011) skal sykepleieren sørge for håp og mestring til pasienten. Sykepleier i møte med mødre som opplever utmattelse, angst, ubehag og problemer i forbindelse amming, kan en oppmuntre og fortelle om mødre som har strevd med ammingen i lang tid, og som har fått kreftene tilbake når de endelig har fått det til (Helsing og Hæggkvist 2008). Samtidig skal man også motsatt poengtere at man heller ikke ser på det som mislykket om en ikke får til, eller at en ikke ønsker å fortsette å amme. Det er ikke slik at barn skal ammes til en hver pris. En skal derfor godta at det er best at



mødre slutter å amme om de ikke trives med det (Sundhedsstyrelsen 2013). Sykepleieren kan betrygge mødrene om at de fortsatt er gode mødre da de fortsatt gir barnet andre livsviktige behov som kjærlighet, varme og bekreftelse, selv om de ikke ammer (Helsing og Häggkvist 2008). Sundhedsstyrelsen (2013) og Lawrence og Lawrence (2011) belyser også at en god mor er den som stopper å amme om belastningen blir for stor.

Som sykepleier kan en legge vekt på om mødrene møter disse utfordringene, har gjort det som har stått i sin makt for å få til å amme, og selv om en har nedlagt massiv innsats, er det ikke alltid det går. Og det er greit (Helsing og Häggkvist 2008).

Om mor er bekymret eller ikke slapper av når barnet ammes vil melkeproduksjonen hemmes (Helsing og Häggkvist 2008). I følge Sundhedsstyrelsen(2013) vil utfordringer knyttet til for lite melk oppstå i ammeforløpet hos mødre da de føler seg usikre på om de klarer å mette barnet. Flere av mødrene vil post partum oppleve at de har for lite melk (Helsing og Bærug 2001). Resultatet i dette studiet viser at troen på lite melk var en særlig utfordring i forbindelse med amming, noe som understøttes av Amir og Cwikel (2005) der 44% av mødrene i deres studie oppga troen på for lite melk som den vanligste årsaken til ammeopphør innen 3 måneder post partum.

Denne type utfordring er i følge Sundhedsstyrelsen (2013) en av de mest alminnelige årsakene til ammeopphør.

Utdrivningsrefleksen reguleres av oxytocin, et hormon som skiller ut av hypofysebakklappen og som får melkekjertlene til å kontrahere. Det er utdrivningsrefleksen som sender melken fra melkekjertlene, ned til melkegangen og ut til brystknoppen (Sundhedsstyrelsen 2013, Helsing og Häggkvist 2008). Når mor blant annet er stresset og fortvilet kommer hormonet adrenalin inn i bildet. Adrenalin får kapillærer til å kontrahere, og blodstrømmen blir omdirigert. Adrenalin fører til at oxytocinet ikke når frem, og får ikke muskelcellene rundt melkekjertlene til å kontrahere – noe som igjen fører til nedsatt utdrivningsrefleks (Helsing og Häggkvist 2008). Mødrene kan oppleve at de har for lite melk som en konsekvens av ineffektiv dietak og melkespreng (Helsing og Häggkvist, Sundhedsstyrelsen 2013), som er beskrevet tidligere.

Sykepleieren må informere mor om melkeproduksjon og hvordan denne kan stimuleres slik at bekymringer knyttet mot at barnet får i seg for lite melk kan unngås. Om mødrene går

under den tro at de har for lite melk, kan sykepleieren forklare at hormonproduksjonen stimuleres desto oftere barnet ligger på brystet, jo lengere barnet får ligge på brystet, og hvor mye melk en lar barnet ta. En kombinasjon av disse tiltakene vil til sammen føre til at de produserer mer melk (Helsing og Häggkvist 2008). Ved å tilegne mødrene denne informasjonen, vil det føre til at mødrene unødvendigvis undres over egen melkeproduksjon, samtidig som det forebygger unødvendig bekymring i fremtiden (Sundhedsstyrelsen 2013). En skal også sørge for at mødrene får tilstrekkelig med hvile, og gjerne tilbringe hvilestunden hud mot hud med barnet for å stimulere melkeproduksjonen (Helsing og Häggkvist 2008, Lawrence og Lawrence 2011, Sundhedsstyrelsen 2013).

I følge Helsedirektoratet (2014) skal informasjon ha som hensikt å gi foreldre (mødre) en følelse av mestring i sin nye rolle, som i tillegg til mestring, sørger for sikkerhet. Det innebærer at informasjonen som er gitt er saklig og konkret. Pasienters og brukeres rett til informasjon er nedfelt i Pasient- og bruker rettighetsloven (1999) § 3-2:

*”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Brukeren skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter”*

I Helsepersonellloven §10 er det vektlagt helsepersonellens tilsvarende plikt til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2. I følge Sundhedsstyrelsen(2013) er helsepersonell, og deriblant sykepleiere, en svært viktig informasjonskilde til nye mødre.

Resultatet viser at mødrene som mottok informasjon, opplevde informasjonen forskjellig fra sykepleier til sykepleier. Kronborg (2006) belyser at den informasjonen mødrene mottar kan være forskjellig fra hverandre da helsepersonell og sykepleieren ofte kan gi informasjon ut ifra egne erfaringer og holdninger innen amming. For å forebygge forvirring i forhold til informasjon, vil det være viktig at mødrene i tillegg til muntlig informasjon mottar skriftlig informasjon fra sykepleier, slik at en i større grad har noe konkret å forholde seg til. Helsedirektoratet (2014) bekrefter denne påstanden, og anbefaler at all muntlig og praktisk informasjon også bør gis skriftlig.

I tillegg til skriftlig og muntlig informasjon, vil det i følge helsedirektoratet (2014) være fornuftig at mødrene tidlig i sitt ammeforløp mottar forsterket veiledning og støtte.

Lawrence og Lawrence (2011) belyser at mødre vil ha større sjans for å lykkes med ammingen om de mottar kunnskapsrik og psykisk støtte fra helsepersonell. Sett i lys mot Antonovsky's OAS vil meningsfullhet innebære hvordan en følelsesmessig ser situasjonen som forståelig, og på bakgrunn av det kan velge hvilke utfordringer en velger å legge engasjement og innsats i for å komme seg best mulig gjennom (Antonovsky 2012). En som sykepleier kan på bakgrunn av disse faktorene bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig for mødre slik at de videre kan oppleve situasjonen som meningsfull.

Selv om det er anbefalt forsterket veiledning og støtte, viser litteraturstudiets funn at noen mødre ikke følte de fikk tilfredsstillende hjelp og støtte fra sykehusets helsepersonell. Disse funnene understøttes av Tuft (2005) der 35% av mødre i hennes studie ikke var tilfredsstillt med den hjelpen de hadde mottatt. Lawrence og Lawrence (2011) hevder også at sykepleiere kan oppleves som en negativ kilde for god støtte. En kan undres over disse funnene da omsorgen, i følge Helsedirektoratet (2014), som gis skal ha betydelig organisering, ha tydelig tilrettelegging med konkret oppgavefordeling, og helsepersonell skal ha en faglig kompetanse om det å bli foreldre og føde barn.

Tuft (2005) beskriver for at en skal forebygge uheldigheter og etablere amming, er det behov for aktiv støtte. For å best mulig forebygge at mødre opplever liten støtte fra sykepleierne, vil det være viktig å kartlegge hvilken hjelp/støtte mødre ønsker, og på hvilken måte kan sykepleieren vise støtte til mødre. Det er også viktig at den hjelpen og støtten som tilbys til mødre skjer tilpasset hvert enkelt individ, da mødre har ulike personligheter og utgangspunkt, vil ha forskjellig behov for støtte.

#### **4.1.3 Mødrenes sosiale bakgrunn**

I følge Helsedirektoratet (2014) vil sosiale ulikheter spille en rolle på ammeforekomsten, på samme måte som ellers helse generelt. Forskjellige sosiale faktorer har i følge Sundhedsstyrelsen (2013) betydning for om ammingen vil etableres tilfredsstillende. Selv om omstendighetene er mot flere av mødre, vil det være vesentlig at de ikke ser på seg selv som et offer. Er man i stand til å se bort i fra at en er et offer for omstendigheten, har man i følge Antonovsky en sterk opplevelse av håndterbarhet (Antonovsky 2012).

Resultatet i dette litteraturstudiet belyser at mødre med lavere utdanning er utsatt for tidlig ammeopphør, og hadde større utfordringer med å etablere tilfredsstillende amming enn mødre med høyere utdanning. Funnet gjort rundt mødrenes utdanning og dens påvirkning

på amming, understøttes av Kristiansen m.fl. (2010) og Kronborg (2006) som hevder at mødre med lavere utdanning ammer kortere enn mødre med lengre utdanning.

I Lande (2003) sitt studie viser det seg at mødre som har lengre utdanning er forbundet med høyere forekomst av amming. Helsing og Hæggkvist (2008) legger derimot vekt på at lengde på utdanning er en faktor som endres ofte, og at det er høyt utdannede i andre land enn Norge som ikke ammer. En mulig årsak kan være at individer med høyere utdanning investerer mer i helsen sin i tillegg til at de i større grad søker informasjon, som gjerne er nyere og oppdatert informasjon, om det som angår dem helsemessig (Cutler og Lleras-Muney 2006).

Det er påpekt at det er sannsynlig at førstegangsfødende ammer kortere enn flergangsfødende (Sundhedsstyrelsen 2013). Som resultatet viser, var det flere førstegangsfødende som opplevde utfordringer med ammingen, og som tidligere terminerte amming, enn flergangsfødende. En kan undres over om det er de flergangsfødende sin erfaring innen amming, eller selve faktoren at de har flere barn som er hovedårsaken, da flergangsfødende tidligere kan ha opplevd ammeutfordringer, og i den forbindelse har lært seg og beherske disse utfordringene samtidig som de i større grad vet hva de går til enn førstegangsfødende.

Faktorer som alder og utdanning kan i følge Sundhedsstyrelsen (2013) ikke forandres. Som sykepleier bør en være bevisst over at disse mødre kan ha behov for ekstra hjelp for å etablere ammingen. Det kan også være hensiktsmessig at sykepleieren lar mødre som er i risikogruppen for å ikke etablere vellykket amming og som er utsatt for tidlig ammeopphør, få ekstra liggedøgn på barselavdeling. I dagens barselomsorg er det vanlig med 1-3 liggedøgn på barselavdeling før hjemreise, hvor flergangsfødende reiser tidligere hjem enn førstegangsfødende. De få liggedagene post partum, kan medfører at mødre reiser hjem før ammingen er vel etablert og før mødrene føler de mestrer ammingen (Helsedirektoratet 2014). Sett opp mot resultatet i dette studiet, som belyser forskjellige utfordringer som kan oppstå i forbindelse med amming, vil få liggedøgn på barselavdeling være uheldig. Den korte tiden på barsel kan dermed bidra med å føre ammehyppigheten en har i Norge i dag, i en utilfredsstillende retning (ibid). Om mødrene som er førstegangsfødende, yngre og lavere utdannet (en såkalt "risikogruppe" i følge resultatet), får være på barsel til etableringen av amming er tilfredsstillende, gjerne 3-5 dager for førstegangsfødende, kan det bidra til å

oppretholde den nasjonale forekomsten av amming (ibid). Flere liggedøgn på barselavdeling, og større fokus på mødre med økt risiko for å ikke etablere vellykket amming, vil bidra til å forebygge uheldige utfordringer i forbindelse med amming.

Følgende funn kan sees i sammenheng med Antonovskys Håndterbarhet komponent i OAS, der han legger vekt på at man kan gjenvinne eller oppnå kontroll ved at man har ressurser til å håndtere utfordringer (Antonovsky 2012). Sykepleieren kan i denne situasjonen være pasientens ressurs, da mødre bruker sykepleieren som en ressurs for å søke kunnskap, og ikke minst styrke sin egen situasjon, til å etablere amming slik at en på lengre sikt forebygger de ammeutfordringene som kan oppstå.

#### 4.2 Metodediskusjon

Det er i litteraturstudiet søkt i få databaser. Det kan anses som en styrke å bruke flere anerkjente databaser, men de anvendte databasene ble vurdert som tilstrekkelige søkemotorer. Det ble brukt flere ordkombinasjoner i søkeprosessen. Når en bruker ulike ordkombinasjoner, kan det ha påvirket at relevante artikler ble ekskludert, samtidig som relevante artikler kan forekomme. Det var først ønskelig med sykepleieperspektiv, men på grunn av begrenset funn i søket, ble ideen forkastet. Studiet er basert på et pasientperspektiv, da hensikten er å belyse hva pasienten, i dette tilfellet mødre, opplevde som utfordrende i forbindelse med amming. Velger å anse bruken av pasientperspektiv som en styrke, da det i litteraturstudiets hensikt er ønskelig å vektlegge pasientens opplevelser. Det ble i diskusjonen anvendt sykepleier og pasientperspektiv, da det var relevant å diskutere hensikten fra flere perspektiver.

En svakhet i litteraturstudiet er at det er et stort antall kvantitative artikler som er brukt, i forhold til kvalitative artikler. Det hadde vært mer hensiktsmessig å hatt flere kvalitative artikler i forhold til litteraturstudiets hensikt, da kvalitative artiklene i større grad tar opp meninger og opplevelser som ikke like enkelt lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2006). Kvantitative artikler sikrer derimot at informasjonen formes om til målbare enheter, som igjen gjør det mulig å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (ibid).

Samtlige av de inkluderte artiklene har flere meningsbærende likhetstrekk, noe som er ansett som en styrke da det bekrefter utfordringene ytterligere. Samtidig gjorde disse likhetstrekkene det utfordrende å diskutere funnene opp mot hverandre og har derfor ført til et homogent resultat.

Felles for alle inkluderte artikler er at de er engelskspråklige, noe som bydde på enkelte tolkeutfordringer. I tilfeller der det engelske språket bydde på utfordringer ble det anvendt ordbok for å forebygge mistolking av data. Annet fellestrekk blant artiklene er at de er utenlandske, noe som kan betraktes som en svakhet, da det var ønskelig med Norske artikler. Dessverre var det få Norske artikler som ville besvare oppgavens hensikt, og som var fra nyere tid. De utenlandske artiklene ble betraktet som overførbare da utfordringene mødrene opplevde i forbindelse med amming, kan tenkes er lik hva en kan oppleve i Norge – noe som ble ansett som en styrke. En svakhet er kulturelle forskjeller som er knyttet til svangerskapspermisjon, da vi i Norge har et unikt permisjonstilbud som ikke er overførbart til mange av landene flere hvor artiklene som ble inkludert stammer fra. En annen svakhet er at artiklene omtaler mødre som ”yngre” ”eldre” ”høyere utdannet” , ”lavere utdannet”, og ”flergangsfødende”. Det er ikke alltid definert konkret hva som ligger i hver enkel betegnelse, men ser det som positivt at det er brukt mødre i alle aldre i dette studiet. I studiene hvor spesialsykepleiere og studenter er anvendt, er det ansett at deres erfaringer er overførbart til sykepleiere. En styrke for denne oppgaven er at den belyser akkurat hvorfor mødres opplevde ammeutfordringer er relevant for sykepleiere, da så mange som litteraturstudiets funn viser, opplever utfordringer i forbindelse med amming – noe som setter krav til sykepleiere som jobber innen barselomsorg. På grunn av begrenset omfang og tid, ble det begrensede tiltak fra sykepleier i det forebyggende arbeidet.

## 5.0 Konklusjon

Utfordringer i forbindelse med amming er et svært vanlig fenomen blant ammede mødre. Litteraturstudiets funn viser fysiske utfordringer knyttet mot såre bryster, brystsprenng, smerter og nedsatt dietak og festelse til brystet. Psykiske utfordringer i forbindelse med amming er mødres tro på for lite melk, lite støtte, angst, stress, utmattelse og frustrasjon. Funns viser også at mødrenes utdanning og fødehistorie har en innvirkning på ammeutfordringer.

Ammeutfordringer som oppstår post partum kan forebygges ved at mødrenes kunnskapsnivå forbedres gjennom veiledning og informasjon gitt av blant annet sykepleiere på barselavdeling. Ammeutfordringer kan forebygges ved å opplyse mødre om årsaken til hvordan diverse utfordringer oppstår, og hvordan de forebygges med konkrete tiltak. Det er også et faktum at mødre opplever ulike utfordringer i forskjellig grad i forbindelse med ammingen som kan føre til tidlig terminering av amming. De ulike utfordringene som oppstår i møte med amming er svært individuelle, og sykepleien som gis til mødre bør på bakgrunn av dette innrettes etter mødrenes individuelle behov og ønsker.

Videre vil det vært aktuelt med forskning som omhandler mødres ammeutfordringer da slik forskning kan benyttes i forebyggende arbeid ved at sykepleiere vil tilegne seg kunnskap om forekomst og type ammeutfordringer og hvordan de aktuelle utfordringene kan. Også studier, gjerne Norske, innen hvilke konkrete utfordringer norske kvinner møter på i forbindelse med amming da Norge er på verdenstoppen innen amming. Det hadde også vært ønskelig med studier om hvordan helsepersonell konkret kan forebygge de vanligste ammeutfordringene og studier som viser hvordan antall liggedøgn på barsel kan påvirke ammeutfordringene hos norske mødre.

## Litteraturliste

Ahluwalia I B, Morrow B og Hsia J (2005) Why do women stop breastfeeding? Finding From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring system, *American Academy of Pediatrics*, 116 (6), s. 1408-1412

Amir H L og Cwikel A (2005) Why do women stop breastfeeding? A closer look at 'not enough milk' among Israeli women in the Negrev region, *Breastfeeding review*, 13 (5) s. 7-13

Antonovsky A (2012) *Helsens Mysterium: Den salutogene modellen*, 1.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Arbeidsmiljøloven§12-8 (2005) *Lov om arbeidsmiljø, Arbeidstid og stillingsvern m.v.* LOV-2005-06-17-62.

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

[Lastet ned 27.04.14]

Berntzen H, Danielsen A og Almås H (2010) Sykepleie ved smerter, i: Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R (red.) *Klinisk sykepleie*, bind 1, s.355-399, 4.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Biagoli F (2003) Returning to work while breastfeeding, *American family physician*, 68 (11) s. 2201-2208

Brown A (2013) Maternal Trait personality and Breastfeeding Duration: the importance of confidence and social support, *Journal of Advanced Nursing*, 70 (3), s. 587-598

Callen J og Pinelli J (2004) Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe and Australia: a literature review, *Birth*, 31, s. 285-292

Cooke M, Sheehan A og Schmied V (2003): A description of the relationship between Breastfeeding Experiences, Breastfeeding satisfaction and weaning in the first 3 months after birth, *Journal of human lactation*, 19 (2) s. 145-156

Cutler DM og Lleras-Muney A (2006) Education and Health: Evaluating theories and evidence. *National bureau of economics*.

[http://www.nber.org/papers/w12352.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w12352.pdf?new_window=1)

[Lastet ned: 21.04.14]

Dalland O (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 3.utg., Oslo, Gyldendal



Akademisk

Declercq E, Labbok M, Sakala M & O'Hara MA (2009) Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed, *American Journal of Public Health*, 99 (5) s. 929-955

Everson RJ og Simon R W (2005) Clarifying the relationship between parenthood and depression, *Journal of health and social behavior*, 46, s. 341-358

Fletcher D og Harris H (2000) The implementation of the HOT program at the royal woman's hospital, *Breastfeeding review*, 8 (1) s. 19-23

Forsberg C og Wengström Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier, Värdering, analys och presentation av omvårdsforskning*, 3.utg., Stockholm, Natur & kultur

Goyal C R, Banginwar S A, Ziyu F og Toweir AA (2011) Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling - A hospital based study in Libya, *Journal of family and Community Medicine*, 18 (2) s. 74-79

Hauck Y L, Fenwick J, Dhaliwal S S og Butt J (2011b) A Western Australian Survey of Breastfeeding initiation, Prevalence and Early cessation Patterns, *Maternal child health journal*, 15, s. 260-268

Hauck Y L, Fenwick J, Dhaliwal S S, Butt J og Schmied V (2011a) The association between women's perceptions of Professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: A western Australian study, *Journal of Human Lactation*, 27 (1) s. 49-57

Helsedirektoratet (2012) *Hvordan du ammer ditt barn- Noen råd den første tiden*, 10.utg., Oslo, Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014) *Nytt liv og trygg barseltid for familien: Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*, Oslo, Helsedirektoratet

Helsepersonelloven§10 (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02-64.

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell+loven>

[Lastet ned 27.04.14]

- Helsing E og Bærug A (2001) *Amming: Morsmelk, Ammemetoder, Ernæring*, 1. utg., Larvik, Kolibri Forlag
- Helsing E og Hæggkvist A P (2008) *Amming: Til deg som vil amme*, 1. utg., Bergen, Fagbokforlaget
- Heyman J, Raub A, & Earle A (2013) Breastfeeding policy: A globally comparative analysis, *Bull World Health Organ*, (91) s. 398–406
- Hjälmhult E og Økland T (2012) Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt, *Sykepleien Forskning*, 7 (3) s. 224-230
- Hoddinod P, Craig CA, Britten J & Mcinnes M (2012) A serial qualitative interview study of infant feeding experiences, *BJM open*, (5).  
<http://bmjopen.bmj.com/content/2/2/e000504.full.pdf+html>  
[Lastet ned: 02.03.14]
- Hummelvoll JK (2012) Helt- ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse, 7. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk
- Hvatum I, Hjälmhult E og Glavin K (2014) Stressfylt amming og samspill, *Sykepleien forskning*, 1 (9) s. 14-23
- Håkonsen K M (2010) *Kunnskapens veier*, i: Håkonsen K M (red.) Innføring i psykologi, 4.utg., s. 99- 131, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ingram J, Debbie J og Greenwood R (2002) Breastfeeding in Bristol: Teaching good position, and support from fathers and families, *Midwifery*, 18, s. 87-101
- Jensen SL (2008) *Amming - få en god start*, 1. utg., Oslo, Aschehoug & co
- Kaasa S (2008) *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 2. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kristiansen A L, Lande B, Øverby N C og Andersen Frost A (2010) Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway, *Public health nutrition*, 13 (12) s. 2087-2096

Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (2011) Om sykepleie i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1, s.15-28, 2. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Kronborg H (2006) *Tidlig ammeopphør- Kan det forebygges? Et forskningsprosjekt i sundhetsplejens praksisfelt*, PH. D avhandling, Aarhus universitet – institutt for folkesundhet, Århus

Lamontagne C, Hamelin A-M og St-Pierre Monik (2008) The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study, *International breastfeeding journal*, 3 (17) s. 1-13

Lande B (2003) *Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge*, Oslo, Sosial og helsedirektoratet

Larsen J S (2007) *Når amning ikke lykkes – en kvalitativ interviewundersøkelse af mødres oplevelser efter de har opgivet at amme*, Masteravhandling, Aarhus universitet – institutt for folkesundhet, Århus.

<http://folkesundhed.au.dk/fileadmin/www.folkesundhed.au.dk/sygeplejevidenskab/uddannelse/publikationer/kandidatspecialer/153jsl2008.pdf>

[Lastet ned 26.02.14]

Larsen J S og Kronborg H (2012) When breastfeeding is unsuccessful – Mothers experiences after giving up breastfeeding, *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 27, s. 848-856

Lawrence R A og Lawrence R M (2011) *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 7. Utg, Missouri, Elsevier Mosby

Lewallen L P, Dick M J, Flowers J, Powell W, Zickefoose K T, Wall Y G og Price Z M (2005) Breastfeeding Support and Early Cessation, *Journal of obstetric, Gynecologic and Neonatal nursing*, 35 (2), s. 166-172

Li R, Fein S B, Chen J og Grummer-Stawn (2008) Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers Self-reported Reasons for Stopping During the First Year, *American Academy of Pediatrics*, 122 (2), s. 69-76

Mangesi L og Downswell T (2010) Treatments for breast engorgement during lactation,

Wiley online library, DOI: 10.1002/14651858.CD006946.pub2. ,

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006946.pub2/pdf>

[Lastet ned 06.04.14]

McClellan H L, Hepworth A R, Garbin C P, Rowan M K, Deacon J, Hartmann P E og Geddes D T (2012) Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma, *Journal of human lactation*, 28 (4) s. 511-521

McGabe C (2002) Nurse-Patient communication: an exploration of patients' experiences, *Journal of Clinical Nursing*, 13, s. 41-49

Nelson A og Sethi S (2005) The Breastfeeding experiences of Canadian teenage mothers, *Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34 (5), s. 615-624

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICN etiske regler*, Oslo, NSF

[https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

[Lastet ned 27.04.14]

Odom E C, Li R, Scanlon K S, Perrine C G og Grummer-Strawn L (2013) Reasons for Earlier than Desired Cessation of Breastfeeding, *American Academy of Pediatrics*, 131 (3), s. 726-732

Ortiz J, McGilligan K og Kelly P (2004) Duration of breast-milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program, *Journal of pediatric nursing*, 30 (2) s. 111-119

Pasient og brukerrettighetsloven§3-2 (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

[Lastet ned 27.04.14]

Schardosim J M og Cechim P L R (2012) Exclusive Breastfeeding: Motivations and disincentives for nursing mothers in Eldorado do Sul, Brazil, *Invest educ enferm*, 31 (3) s. 377-384

Smith H P, Coley L S, Labbok H M, Cupito S og Nwokah E (2012) Early breastfeeding

experiences of Adolescent mothers: a qualitative prospective study, *International breastfeeding Journal*, DOI:10.1186/1746-4358-7-13,

<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/7/1/13>

[Lastet ned: 13.05.14]

Statistisk Sentralbyrå (2014) *Stabile Fødseltall* <Http://ssb.no/fodte>

[Lastet ned: 04.05.14]

Steward- Knox B, Gardnier K og Wright M (2003) what is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions, *Journal of human nutrition and dietetics*, 16, s. 265-273

Sundhedsstyrelsen (2013) *Håndbog i vellykket amming - en vejledning til sundhedspersonale*, 3.utg., København.

Tangen-Almqvist G, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J og Alm B (2011) Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age, *Acta Pædiatrica*, 101, s. 55-60

Tarrant R C, Younger K M, Sheridan-Pereira M og Kearney J M (2011) Factors Associated with duration of breastfeeding in Ireland: Potential Areas for improvement, *Journal of human Lactation*, 27 (3), s. 262-271

Tenfelde S, Zienlinski R og Heidarisa RL (2013) Why WIC women stop breastfeeding? Analysis of Maternal Characteristics and Time to Cessation, *Infant child & adolescent nutrition*, 5 (4), s. 207-2014

Tufte E (2005) *Norske kvinners amme problemer*, Masteravhandling, Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.

[http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/MPH2005-32\\_E.Tufte.pdf](http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/MPH/MPH2005-32_E.Tufte.pdf)

[Lastet ned 26.04.14]

Wagner E A, Chantry C J, Dewey K G og Nommsen-Rivers L A (2013) Breastfeeding Concerns at 3 and 7 days Postpartum and Feeding status at 2 months, *American Academy of Pediatrics*, 132 (4), s. 865-875

Wambach K A og Cohen M A (2009) Breastfeeding Experiences of Urban Adolescent Mothers, *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (4), s. 244-254

World Health Organization (1998) *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*, Geneva.

[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence_ten_step_eng.pdf)

[Lastet ned 14.05.14]

World Health Organization (2002) *World health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, Geneva

[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1)

[Lastet ned 14.05.14]

World Health Organization (2003) *Global strategy for infant and young child feeding*, Geneva

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>

[Lastet ned 11.04.14]

World health organization (2014) *10 facts about breastfeeding*, Geneva

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>

[Lastet ned: 01.03.14]

Øverby N, Kristiansen A, Andersen F og Lande B (2008) *Spedkost 6 månede- Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn 2006-2007*, Oslo, Helsedirektoratet

## Vedlegg 1) Oversikt over søkestrategi

Dato	Database	Avgrensing	Søkeord	Treff	Tittel lest	Abstrakt lest	Lest i sin helhet	Brukt
06.03.14	Medline	Fulltekst Abstrakt Tittelsøk	"Stop breastfeeding"	3	3	3	3	2
07.03.14	Cinahl	Abstrakt Fulltekst 2004-2014 Dansk, Norsk, Svensk, Engelsk.	Weaning or Breastfeeding weaning OR Infant, Newborn OR Infant feeding OR Infant AND Lactation disorders OR Lactation OR Latching, Breastfeeding OR Breastfeeding positions	152	52	11	6	3
10.03.14	Sage Journals	Abstrakt 2004-2014	Breastfeeding difficulties AND Breastfeeding Cessation AND Breastfeeding support	11	11	5	2	2

10.3.14	Sage Journals	Fulltekst, PDF Fulltekst, 2004-2014 Engelsk	Infants AND Breastfeeding AND Discontinuation	10	10	3	1	1
28.04.14	Medline	Abstrakt 2004-2014	Breastfeeding and Cessation And prevalence, Initiation	8	8	3	2	1
28.04.14	Medline	Abstrakt 2003-2014	Breastfeeding AND cessation AND early AND reason	8	8	4	2	2

Håndsrøk 1: 28.02.14

Wagner E A, Chantry C J, Dewey K G og Nommsen-Rivers L A (2013) Breastfeeding Concerns at 3 and 7 days Postpartum and Feeding status at 2 months, *American Academy of Pediatrics*, 132 (4), s. 865-875

Håndsrøk Fra: <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/Research/Support-for-breastfeeding/Early-breastfeeding-concerns-and-their-impact-on-duration/>

Håndsrøk 2: 28.02.14

Smith H P, Coley L S, Lobbok H M, Cupito S og Nwokah E (2012) Early breastfeeding experiences of Adolescent mothers: a qualitative prospective study, *International breastfeeding Journal*  
DOI:10.1186/1746-4358-7-13

Håndsrøk i Helsebiblioteket's biomed central med søkeordene: Early weaning and breastfeeding. Avgrenset søket med abstrakt, fulltekst og 2003-2014.



Håndsrøk 3: 28.02.14

Wambach K A og Cohen M A (2009) Breastfeeding Experiences of Urban Adolescent Mothers, *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (4), s. 244-254

Smith H P, Coley L S, Labbok H M, Cupito S og Nwokah E (2012) Early breastfeeding experiences of Adolescent mothers: a qualitative prospective study, *International breastfeeding Journal*, DOI:10.1186/1746-4358-7-13

Håndsrøk 4: 08.05.14

Tenfelde S, Zienlinski R og Heidarisaaga RL (2013) Why WIC women stop breastfeeding? Analysis of Maternal Characteristics and Time to Cessation, *infant child & adolescent nutrition*, 5 (4), s. 207-2014

Håndsrøk i litteraturlisten til Ahluwalia I B, Morrow B og Hsia J (2005) Why do women stop breastfeeding? Finding From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring system, *American Academy of Pediatrics*, 116 (6), s. 1408-1412

## Vedlegg 2) Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, Tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ Instrument	Deltakere/ Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Smith m.fl. (2012)  USA  International Breastfeedin g journal	Hensikten var å forstå beslutninger og den praksisen unge mødre har gjort seg om amming.	Kvalitativ  Prospective study	5 av 7 mødre gjennomført e studiet.	Ammepraksis og ammeopphør henger sammen med nye rollen som mor, kombinasjon av flere roller, lite kunnskap om amming og spedbarns utvikling. Ammeopphør ble påvirket av dårlig ammeteknikk, fysisk ubehag og smerte som de ikke var forberedt på, i tillegg til mangelfull helsehjelp på deres reelle problemer.	Godkjent av etisk komité  Relativt ny  Overførbart  Tar for seg Psykiske og fysiske utfordringer samt helsepersonell
Wambach og Cohen (2009)	Studiet tar for seg intensjonen og	Kvalitativ Descriptive study	23 av 32 mødre gjennomført e studiet.	Unge mødre ønsket å amme på grunn av morsmelkens	Godkjent av etisk komité  Overførbart

USA  Journal of pediatric nursing	avgjørelsen om å amme, og årsakene til å fortsettelse eller terminere ammingen,	Fokusgruppe r og Individuelle semi- struktureerte intervju		helsefremmede effekt. Årsaker til ammeopphør var: lite melk, såre bryster, skole og jobb kom i veien, følte seg overveldet.de som sluttet søkte ikke hjelp. De som fortsatte hadde god støtte.	Tar for seg Psykiske og fysiske utfordringer samt helsepersonell
Lewallen m.fl. (2005)  USA	Undersøker hvilken type hjelp mødre fikk med ammingen både på sykehus og hjemme. Og årsaken til terminering av amming.	Kvalitativ Descriptive design med openended questions.	379 av 399 mødre gjennomført e studiet.	68% av kvinnene ammet etter 8 uker. 37% supplementerte med erstatning. De som stoppet å amme gjorde det på grunn av: såre bryster, sugeproblematik k, jobb og skole, personlige årsaker, sykdom hos mor eller barn. Kun 55% fikk hjelp etter hjemreise.	Godkjent av etisk komité  Overførbar  Tar for seg Psykiske og fysiske utfordringer samt helsepersonell
Odom m.fl. (2013)  USA	Hensikten er å beskrive prevalensen og faktorer	Kvantitativ spørreskjem a	1177 av 2572 mødre gjennomført e studiet.	60% av mødrene sluttet å amme tidligere enn ønsket.. Dette på	Godkjent av etisk komite  Overførbar

Official journal of the American academy of pediatrics	assosiert med å ikke møte ønsket ammelengde.			grunn av mødrenes bekymringer om melk, barnets ernæring og vekt, sykdom eller behovet for å ta medisiner og assosiasjoner rundt pumpemelk.	Tar for seg fysiske utfordringer samt helsepersonell
Ahulawalia m.fl. (2005) USA Official journal of the American academy of pediatrics.	Hensikten er å beskrive mødres grunner for å ikke amme, og årsakene til hvorfor de som startet å amme, sluttet. Den tar også for seg intensjonen from amming og utfallet.	Kvantitativ spørreskjema	-	Årsaker for terminering av ammingen var: såre brystknopper, lite melk, barnet hadde sugeproblemer, mor trodde ikke barnet fikk i seg nok melk. Kvinner som bestemte seg tidlig for å amme, hadde større sjans for å gjennomføre ønsket ammelengde. Yngre kvinner hadde større sjans for terminering av	Godkjent av etisk komité Overførbar til Norge. Tar for seg fysiske, psykiske og sosiale utfordringer.

				ammingen.	
Li m.fl. (2008)  USA  Official journal of the American academy of pediatrics	Hensikten er å kartlegge årsakene til hvorfor mødre sluttet å amme innen det første året. Hvor gammelt er barnet når disse problemene oppstår, og hvilken sosial bakgrunn har mødrene som oppgir problemene?	Kvantitativ spørreskjema	1323 av 1669 mødre gjennomførte studiet.	Opptil 55.6% oppga at morsmelk alene ikke var nok til å tilfredsstille barnet, mødres bekymringer ang ernæring og laktasjon var årsaken til terminering innen 2 mnd, biting, barnet ville ikke ha brystet, og morsmelk alene var den vanligste årsaken etter 3 måneder.	Etisk godkjent  Overførbar  Tar for seg fysiske, psykiske og sosiale utfordringer.
Brown, A (2013)  England  Journal of advanced nursing	Hensikten var å finne assosiasjoner mellom mødrenes personlighet, ammelengde, intensjon og erfaringer med ammingen.	Kvantitativ  An exploratory cross-sectional survey	602 av 602 mødre gjennomførte studiet.	Mødre som er utadvendte, var emosjonelt stabil, og selvsikker hadde større sjans for å initiere og fortsette ammingen lengre enn innadvendte. Hos innadvendte og bekymrede mødre var det	Godkjent av etisk komité  Overførbar  Tar for seg mest psykiske aspekter og deres ammeproblematikk. Men også fysiske problemer

				større sjans for at de ikke søkte hjelp eller overkom ammeproblematikk.	som oppsto i tillegg til helsepersonell .
Almquist-Tangen m.fl. (2011)  Sverige  Acta pædiatrica-nurturing the child.	Kartlegger faktorer som fører til terminering av ammingen innen de første fire ukene.	Kvantitativ  Spørreskjema  Longitudinal Cohort study	2666 av 3860 mødre gjennomførte studiet.	27 % opplevde ammeproblematikk.  Ammeproblematikken var assosiert med dårlig sugeteknikk, støtte fra helsepersonell på føde/barsel, eller de trodde barnet ikke lå på seg nok vekt.	Godkjent av etisk komité  Overførbar  Tar for seg fysiske utfordringer samt helsepersonell
Tarrant m.fl.(2011)  Irland  Journal of human lactation	Hensikten å se lengden av ammingen innen 6 måneder hvilken støtte og praksis de møtte ved sykehusene og barnets fysiske egenskaper.	Kvantitative Og kvalitativ  Intervju via telefon eller direkte kontakt.	450 av 491 mødre gjennomførte studiet	Lite frihet, trøtthet, trodde de hadde for lite melk, barnet sugde ikke, lite støtte, jobb og skole var årsaker til terminering av amming på sykehus og etter hjemreise.	Godkjent av Etisk komité  Tar for seg fysiske utfordringer samt helsepersonell
Wagner m.fl. (2013)	Hensikten er å se mødres	Kvantitativ og kvalitativ	418 av 768 mødre	4179 ammerelaterte	Godkjent av etisk komité

<p>USA</p> <p>Official journal of the American academy of pediatrics</p>	<p>bekymringer om amming og assosiasjonen disse bekymringene og opplevelser har fro å stoppe å amme innen 60 dager, eller supplementering med morsmelkerstatning mellom 30-60 dager.</p>	<p>Prospektivt kohort studie</p> <p>Intervju</p>	<p>gjennomførte studiet</p>	<p>bekymringer vanligste problem: barnet hadde problemer på brystet(52%) smerter(44%) lite melk(49%).</p> <p>Mødre med disse problemene hadde stor sjans for å gi erstatning eller slutte å amme.</p>	<p>Overførbar</p> <p>Tar for seg psykiske og fysiske utfordringer.</p>
<p>Larsen og Schilling (2012)</p> <p>Danmark</p> <p>Scandinavian journal of caring sciences</p>	<p>Hensikten er å beskrive mødres opplevelser etter at de har gitt opp ammingen som de ønsket å fortsette med.</p>	<p>Kvalitativ intervju</p>	<p>7 av 7 mødre gjennomførte studiet.</p>	<p>Sluttet å amme for barnet sin skyld, og var usikre på hvordan gi barnet mat ved og ikke amme. De spurte ikke etter hjelp. Det var vanskelig å snakke om de problemene som oppsto, og de møtte ikke alltid støtte og</p>	<p>Godkjent av etisk komité</p> <p>Overførbar</p> <p>Tar for seg psykiske, fysiske aspekter og helsepersonell som bidro til ammeslutt.</p>

				forståelse fra omgivelsene.	
Schardosim og Cechim (2012) Brasil Invest educ enferm	Hensikten er å belyse hvilke motivasjonsfaktorer og demotivasjons faktorer kvinner opplever for å fullamme til barnet er 6 måneder gamle.	Kvalitativ  Descriptive exploratory study  Intervju med åpne spørsmål.	25 av 25 mødre gjennomførte studiet	Årsaker til at de ønsket å amme: helsemessig for barnet, praktisk og økonomisk, godt for relasjonen.  Sluttet å amme: Lite eller mistet melk uten grunn, måtte tilbake på jobb og brystkneppeproblematikk.	Godkjent av etisk komité  Tar for seg fysiske og psykiske utfordringer.
Tenfelde m.fl. (2013) USA Infant, Child & Adolescent nutrition	Hensikten er å undersøke mødrenes sosialdemografi og når og hvorfor kvinner sluttet å amme.	Kvantitativ  Descriptive correlational study	238 av 309 Mødre gjennomførte studiet.	Lite melk, retur til jobb og skole var det oppgitte grunnen til ammeopphør, latinske kvinner opplevde flest disse problemene.	Godkjent etisk komité  Overførbar  Tar for seg en god del fysiske utfordringer.
Hauck m.fl. (2011a) Australia Journal of human Lactation	Hensikten er å se sammenheng en mellom ammeproblematikk, hjelp fra jordmødre og	Kvantitativ  Cross sectional survey	2669 av 2669 mødre gjennomførte studiet.	Førstegangsfødende opplevde flere problemer enn flergangsfødende. Opplevde at de fikk forskjellig informasjon fra helsepersonell.	Godkjent av etisk komité  Tar for seg psykiske, fysiske utfordringer samt



	barnesykepleiere og årsaken til ammeopphør.			Sluttet å amme på grunn av dårlig støtte, mye problematikk, dårlig informasjon.	helsepersonell .
Hauck m.fl.(2011b) Australia Maternal child Health journal	Hensikten er å belyse intensjon og utbredelse av amming, og utforske mønster og årsaker for ammeopphør i Australia.	Cross sectional survey spørreskjema	2669 av 5538 mødre gjennomførte studiet	Flergangsfødende ammet eksklusivt i forhold til førstegangsfødende, mødre sluttet å amme PGA troen på lite melk, smerter og emosjonelle grunner. Mødre med lavere utdanning var forbundet med tidlig ammestopp	Etisk godkjent Tar for seg fysiske og psykiske årsaker til ammeutfordringer.

### Vedlegg 3) Oversikt over analyse

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
<p>-Mødre fant ammingen for smertefullt til å fortsette.</p> <p>- Kvinner fant det ubehagelig at de lakk melk hele tiden</p> <p>- Smerte og ubehag i forbindelse med brystsprenng.</p> <p>- Problematisk og amme på grunn av smertefulle brystknopper/inverterte brystknopper</p> <p>- Barnet hadde problemer med å feste seg/ suge seg fast til brystet/ mor fikk ikke til å legge til barnet</p> <p>-Barnet likte seg ikke ved brystet eller var ikke fornøyd etter mating.</p> <p>- Barnet fikk tenner og gnagde på brystet.</p> <p>- Mødre måtte ta medisiner som førte til at de ikke ammet.</p> <p>-Mødre fikk mastitt eller annen infeksjon som gjorde ammingen utfordrende.</p> <p>-Barnet ble sykt å kunne ikke ammes</p> <p>-Ønsket å forlate barnet i lengre tid /Følte seg isolert</p>	<p>Brystrelaterte utfordringer</p> <p>Medisinske årsaker som gjør ammingen utfordrende</p> <p>Praktiske utfordringer i hverdagen</p>	<p>Fysiske utfordringer i forbindelse med amming</p>

<p>når de ammet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hadde mange andre plikter i hjemmet som kom i veien med ammingen.</li> <li>- Jobb og skole kom i veien for å amme</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mødrene opplevde at partneren støttet lite</li> <li>-Mødrene opplevde lite støtte fra familien</li> <li>-Mottok like støtte fra helsepersonell.</li> <li>- Mødrene mottok motstridende informasjon fra helsepersonell.</li> <li>-Flaut å legge til barnet til brystet</li> <li>-Følte seg isolert hjemme på grunn av ammingen</li> <li>-Mødre fant det ubehagelig å amme i offentligheten</li> <li>-Skjemtes over at de lakk brystmelk</li> <li>-Forbante ammingen med stress og frustrasjon</li> <li>-Amming var for slitsomt og trøttende</li> <li>-Følte seg ukomfortabel med ammingen</li> <li>-Mødrene følte seg deprimerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bekymringer knyttet til amming</li> <li>-Utfordringer knyttet mot informasjon og støtte fra helsepersonell og pårørende</li> </ul>	<p>Psykiske utfordringer i forbindelse med amming</p>
<p>-Flergangsfødende hadde mindre problemer enn</p>	<p>- Ulikheter mellom flergangsfødende versus</p>	<p>Mødrenes sosiale bakgrunn</p>

<p>førstegangsfødende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Førstegangsfødende opphørte amming tidligere enn flergangsfødende</li> <li>- Mødre som ikke ammet like lenge som ønsket på grunn av ammeutfordringer var i større grad assosiert med flergangsfødende.</li> <li>-Ugifte ammet kortere enn ønsket</li> <li>- Ugifte hadde mindre sjans for å fortsette amming etter opplevd ammeutfordringer.</li> <li>- Mødre med lavere utdanning hadde mindre sjans for å etablere vellykket amming, og var også utsatt for tidligere ammeopphør.</li> </ul>	<p>førstegangsfødende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mødrenes sivilstatus og dens betydning på amming</li> <li>-</li> <li>- Mødrenes utdanning og dens betydning på amming.</li> </ul>	
--	---	--

## Vedlegg 4) 10 trinn for vellykket amming

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel får ha uforstyrret hudkontakt i minst 1 time eller til det har skjedd en naturlig start på ammingen.
5. Vise mødrene hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.
6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.
9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert.
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingene og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpsgrupper (WHO 1998).