



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Mødres erfaringer med å gi morsmelk til premature /
Mother's experiences with giving breastmilk for
preterm infants**

Lillian Havnes og Hilde Eriksen Tøvik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 66

Molde, 10.04.15



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Elin Mordal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.03.15

Antall ord: 11 834

Forord

”I want to produce enough so he doesn’t have to have formula. I try to think that this is gonna help prevent future problems. This is his life now and it’s just, okay, let’s see what we can do to keep him healthy and stable” (Rossman et al. 2013, 362).

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år fødes over 15 millioner prematurt på verdensbasis, det tilsvarer 1 av 10 og tallet er stigende. I Norge fødes det ca. 4400 prematurt. Morsmelk er å foretrekke for disse barna med tanke på barnets utvikling og overlevelsesprognose. Når et barn fødes prematurt kan det være flere grunner til at muligheten for å gi morsmelk blir forstyrret. Det finnes mye forskning på helsefordelene ved tilførsel av morsmelk til premature, men ikke på hva mødres erfaringer er. Vi ønsket derfor å finne ut mer om disse erfaringene.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse hvilke erfaringer mødre har med å gi morsmelk til premature.

Metode: Systematisk litteraturstudie der 10 forskningsartikler er benyttet. Alle artiklene har blitt analysert og hovedfunn identifisert. Det er inkludert kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

Resultat: I litteraturstudien kom det frem mange og ulike erfaringer. Vi endte på 2 hovedtema med 4 ulike undertema. De ulike hovedfunnene var «mødres erfaringer for å gi morsmelk» og «mødres erfaringer ved å gi morsmelk». Undertemaene var: miljøets betydning for å kunne gi morsmelk, kjente behov for støtte, å gi morsmelk lindret skyldfølelse og følelsen av å være unik for barnet

Konklusjon: Det er ingen tvil om at det å gi morsmelk til premature gir mødre mange og ulike erfaringer. På bakgrunn av ulike forutsetninger kan det være vanskelig å vite hvordan og på hvilken måte de ulike mødre reagerer. Det er viktig med ytterligere forskning på området for å øke bevisstheten og kunnskapsnivået rundt disse erfaringene.

Nøkkelord: mor, premature, morsmelk, amming, erfaring.

Abstract:

Background: Each year 15 million infants are born prematurely worldwide, in Norway about 4400. This corresponds to 1 out of 10 and the number is rising. Breast milk is to prefer for these children in terms of child development and survival prognosis. When a child is born prematurely, it may be several reasons why the possibility of giving breastmilk is disturbed. There is lots of research on the health benefits for premature infants but not so much about maternal experiences. We therefore wanted to find out more about these experiences.

Purpose: The purpose of this study was to explore the experiences mothers have around giving breastmilk to premature infants.

Method: We used a systematic literature review, which is based on 10 articles. All the articles are analyzed and key findings identified. It includes both qualitative and quantitative articles.

Results: In all, we arrived at 2 main findings. Which was “Maternal experiences to provide breast milk” and “maternal experiences by giving breastmilk”. 4 different sub-topics were identified. This was: environmental factor, need of support, feeling of being unique for the child and the use of breastmilk as compensation of guilt.

Conclusion: There is no doubt that mother’s experienced many and different experiences with supplying breastmilk for premature infants. On the basis of various assumptions it can be difficult to know how and in what way the various mothers’ react. It’s necessary with further research in the area to raise awareness and knowledge around maternal experiences.

Key-words: Mother, preterm infant, breastmilk, breastfeed, experience

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Hva vil det si for mor å få et prematurt barn?	2
2.1.1 Prematur	3
2.1.2 Morsmelk til premature	4
2.2 Neonatal avdelingen	5
3.0 Metode	7
3.1 Datainnsamling	7
3.2 Etske vurderinger	11
3.3 Systematisering av søk og kvalitetsvurdering	11
3.4 Analyse	12
4.0 Resultat	14
4.1 «Mødres erfaringer for å kunne gi morsmelk».....	14
4.1.1 Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk	14
4.1.2 Kjente behov for støtte	16
4.2 «Mødres erfaringer ved å gi morsmelk»	18
4.2.1 Å gi morsmelk lindret skyldfølelse	18
4.2.2 Fikk følelsen av å være unik for barnet.....	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Datainnsamling	21
5.1.2 Kvalitetsvurdering.....	24
5.1.3 Analyse.....	24
5.2 Resultat diskusjon.....	25
5.3 «Mødres erfaringer for å kunne gi morsmelk».....	25
5.3.1 Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk	25
5.3.2 Kjente behov for støtte	28
5.4 «Mødres erfaringer ved å gi morsmelk»	29
5.4.1 Å gi morsmelk lindret skyldfølelse	29
5.4.2 Fikk følelse av å være unik for barnet.....	30
6.0 Konklusjon	32
6.1 Forslag til videre forskning	32
8.0 Litteraturliste	34

Vedlegg 1: PIO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk ved systematisk søk

Vedlegg 3: Søkehistorikk ved manuelt søk

Vedlegg 4: Modell for litteraturstudiets hovedtema

Vedlegg 5: Antall artikler under de ulike temaene

Vedlegg 6: Liste over relevante funn

Vedlegg 7: Artikkelloversikt

Vedlegg 8: Fagfelle vurdering

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge World Health Organization (2014) er det estimerte antallet barn som blir født prematurt hvert år 15 millioner på verdensbasis, og dette tallet er stigende. Dette tilsvarer 1 av 10 fødsler. Komplikasjoner etter prematurfødsel er den ledende årsaken til død blant barn under 5 år. I 2013 døde rundt 1 million barn som følge av prematuritet. WHO anslår også at $\frac{3}{4}$ av disse barna kunne vært reddet ved tilstrekkelig pleie og kostnadseffektive tiltak som tilførsel av morsmelk, varme, antibiotika til behandling av infeksjoner og tilstrekkelig oppfølging av kvinner i risikoutsatte grupper. Det at antallet prematurfødsler er økende, viser til at dette kommer til å bli et enda større problem i fremtiden. Selv om over 60 % av premature fødsler skjer i Afrika og Sør-Asia er dette et globalt problem (WHO 2014).

I løpet av sykepleiestudiet er vår erfaring at det finnes lite pensum om det premature barnet og på mors erfaring ved å gi morsmelk til premature. Vi har erfart at i praksis finnes det mange studier som viser fordelene ved å gi premature morsmelk, men ikke så mye forskning på mors erfaringer. Vi ble derfor interessert i å finne ut mer på dette området, da vi mener at økt bevissthet og kunnskap om temaet kan være nyttig for sykepleieryrket i fremtiden.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse mødres erfaring med å gi morsmelk til premature.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 *Hva vil det si for mor å få et prematurt barn?*

Årsakene til prematur fødsel kan være mange og sammensatte (Markestad 2008). De viktigste kjente faktorene er blødning under graviditeten, stress, svangerskapsforgiftning, tungt kroppsarbeid, svak livmorhals, infeksjoner hos mor eller foster, flerlinger eller tidlig vannavgang. Ved halvparten av prematurfødsle er likevel årsakene ukjente (Saugstad 2009).

Mødre til premature barn har et annet behov for støtte og omsorg enn foreldre til friske fullbårne. Ved prematurfødsel har de naturlige forberedelsene blitt avbrutt, og kanskje har mor vært syk eller opplevd at hennes liv var i fare. Mange har en redsel for barnets helse og at det kanskje ikke vil overleve, i tillegg kan de oppleve å være i sjokk og føle skyld over ikke å ha gått et helt svangerskap (Sandstrø 2009). Det å få et prematurt barn vil ofte komme brått på de fleste da et normalt svangerskap uten forvarsel kan bli forvandlet til en prematurfødsel. Ofte er foreldrene unge, har et nyetablert samliv, førstefødende eller enslige mødre. Det er viktig å huske på at alle de møter med ulike forutsetninger og erfaringsbakgrunn (Saugstad 2009). Ofte blir mødrene møtt med at de skal være lykkelig over at barnet overlevde, men ofte tør de ikke å få tak i de følelsene og behovene som de har (Sandstrø 2009).

Det er viktig å merke seg at mor ofte er fysisk og psykisk medtatte etter en prematurfødsel, og mange kan ha lite krefter den første tiden etterpå. Det kan oppleves som stressende for foreldrene å ha barnet sitt innlagt på en intensivavdeling. De står ofte fremfor et lengre sykehusopphold, og det kan være med på å forsterke følelsene rundt dette (Ravn 2009).

Prematurfødsler forekommer ofte spontant, dette kan føre til at foreldre opplever det som en akutt krise. Vanlige følelsesmessige, kognitive, perseptuelle, kroppslige og bevissthetsmessige reaksjoner kan bli forsterket og sårbarhet kan komme tydelig frem. Mødre som har gjennomgått en traumatisk fødsel kan oppleve at mestringsfølelsen uteblir og hun kan gå inn i en krise (Brudal 2000).

Brudal (2000) henviser til Caplans kriseteori fra 1961, og i følge Brudal (2000) er dette en teori som legger vekt på at kriser er sunne og en naturlig reaksjon etter voldsomme

hendelser. Videre vises det til Cullbergs kriseteori fra 1976 som beskriver livet som en kontinuerlig prosess hvor ulike livsfaser avløser og påvirker hverandre. Den første perioden av en krise er preget av sjokk, da det er vanlig å miste overblikk i situasjonen og oppleve forvirring. Følelser som sinne, angst og fortrenghing er vanlige i sjokkfasen. Forekomst av krise, og hvilken grad mor opplever det etter en prematurfødsel, vil variere og være avhengig av forberedelsene på forhånd og alvorlighetsgraden til barnet (Ravn 2009).

2.1.1 Prematur

Et normalt svangerskap har en varighet på 37-42 svangerskapsuker med gjennomsnittslengde på 40. Barn som er født mellom svangerskapsuke 23 og 37 kalles prematurt, og i Norge fødes ca. 7,5 % prematurt som utgjør ca. 4400 barn per år (Markestad 2008).

Det er flere grader av prematurfødsler og det kan være hensiktsmessig å dele de inn i tre hovedgrupper:

- 1) *Lett premature* er barn født i svangerskapsuke 32-36. I Norge fødes ca. 3400 i denne gruppen hvert år. Disse barna har sjelden alvorlige problem. De kan ha problem med pusting og ha behov for ekstra oksygen, og en sjelden gang er det behov for respiratorbehandling. Flere av dem kan få problemer med å spise, da de før 34-35 svangerskapsuke ikke klarer å suge selv. Det er store individuelle forskjeller. De kan i tillegg ha problem med å opprettholde kroppstemperaturen.
- 2) *Moderat premature* er barn født i 28-31 svangerskapsuke. I Norge fødes ca. 430 i denne gruppen hvert år. Større andel av barna har umodne lunger og trenger pustehjelp enten i form av CPAP eller respirator for en kortere periode.
- 3) *Svært premature barn* er født med svangerskapslengde mindre enn 28 uker. Det fødes under 300 barn i Norge hvert år i denne gruppen. De har nesten alltid umodne lunger og trenger i de aller fleste tilfellene respiratorbehandling eller CPAP. (Saugstad 2009).

I Norge går grensen mellom prematurfødsel og abort ved 23. svangerskapsuke. Vanligvis vil fødsel i 23. svangerskapsuke, med en fødselsvekt under 400 gram, lede til en restriktiv holdning til oppstart av intensivbehandling og eventuell resuscitering, da levedyktighet ved

ekstremt prematurfødsel er omdiskutert (Medberg 2010). Barn som er født fra svangerskapsuke 24 har større overlevelsesprognose, og sjansene for overlevelse øker for hver uke (Markestad 2008). Bedre svangerskapskontroller og fødselsmedisin har de siste 20 – 30 årene bidratt til å øke overlevelsesprognosene (Saugstad 2009).

2.1.2 Morsmelk til premature

Gravide har melk i brystene fra midten av svangerskapet, men melken fra mødre til premature har en annen sammensetning enn melken til fullbårne. Hos de mødre som føder prematurt inneholder kolostrum (råmelk) en større mengde antistoffer som er viktig for det umodne immunsystemet, større mengder proteiner som er gunstig for vekst samt en større mengde fettsyrer som er viktig for utvikling av hjerne og syn (Hansen 2010).

Tidlig kontakt med brystet skal ikke avhenge av barnets gestasjonsalder eller vekst, men av barnets helse. Premature er en gruppe nyfødte med stor variasjoner i modenhet og vekst. Til forskjell fra barn født maturt, har premature en stor utfordring i forhold til koordineringen av suge-, svelge- og pustebevegelsene. Det er også viktig å merke seg at premature i forhold til barn født maturt, har en annen måte å vise søkereflex og sugetegn. Noen barn kan bruke dager på å lære seg å die, mens andre har behov for måneder på denne prosessen (Hansen 2010).

Hos premature klarer vi ikke gi tilstrekkelig med ernæring som barnet ville fått i mors liv den første tiden etter en fødsel. Et større prematurt barn får tilstrekkelig med melk med sonde fra første dag. De aller minste må venns til å tåle morsmelk, mens de i mellomtiden får de mye av morsmelken intravenøst. Siden morsmelk er den beste næringen, oppfordres mor til å pumpe seg (Saugstad 2009). Grunnen til at premature bør så tidlig som mulig få morsmelk er at tarmen blir kolonisert med apatogene mikrober, og tarmkanalens motorikk, funksjonelle og anatomiske utvikling stimuleres (Medberg 2010). Dette gjør at selv kun små dråper så raskt som mulig etter fødselen er hensiktsmessig. Deretter går man videre med en eller noen få milliliter, avhengig av barnets størrelse. I Norge starter vi med å gi barnet ½-1 ml melk i løpet av de første 12 timene etter fødsel. Matmengden kan økes dersom magesekken er tom eller nesten tom. Et realistisk mål kan være å gi barnet 0,5-1 ml /kg per time slik at det totale volumet barnet får i seg er opp til 10-15 ml/kg i døgnet de

første to døgnene. Er det et barn som veier over 1000 gram kan, det økes raskere (Saugstad 2009).

For å opprette en god melkeproduksjon er det viktig for mor å starte så tidlig som mulig etter fødselen. De fleste må starte med å pumpe seg for å gi på sonde eller på kopp til barnet er klar til å die fra brystet. Hvis barnets tilstand tilsier det, oppfordres mor til å ha barnet til brystet (Hansen 2010).

Det er også viktig at næringstilførselen starter innen de første timene etter fødsel. De aller minste barna som ligger på respirator klarer ikke å ta imot tilstrekkelig med melk, og man gir da parenteral ernæring. Premature kan ikke suge selv før rundt svangerskapsalder på 33-34 uker. De har da ofte en langsom og dårlig sugeteknikk og det krever tålmodighet ved matsituasjonen. Ved uke 35-36 klarer barnet å spise bedre selv. Før barnet har utviklet sugerefleksjonen må de mates med sonde. Barn som har svært lav fødselsvekt har et større og annerledes behov for næringsstoffer enn de barna som blir født maturt. Premature barn trenger tilskudd av jern, folsyre og barn med fødselsvekt under 1500 gram har i tillegg behov for ekstra proteiner (Saugstad 2009).

2.2 Neonatal avdelingen

Tidligere ble foreldrene ofte betraktet som tilskuere i pleien, nå regnes de som viktige deltagere. Pleiepersonalet fungerer som viktige støttespillere som sørger for at barnet får optimal pleie og behandling. Dette kan ses i utviklingen av NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) der barnets familie er kjernen i og utgangspunktet for all behandling vedrørende barnet (Saugstad 2009).

Tanken bak dette er at de skal sørge for å etablere en tidligere relasjon mellom foreldre og barn. Moderne neonatalavdelinger må ha egne foreldrerom som sikrer nærheten til barnet i intensivfasen samt mer privatliv sammen med barnet. Dette styrker eierforholdet til barnet og foreldrekompentansen øker (Medberg 2010). Tanken er at helsepersonell skal komme «på besøk» til barnet og familien, og ut fra dette kan man si at miljøet skal tilpasses barnets behov. Foreldrene skal pleie barnet sitt så langt det er mulig og for helsepersonell er det viktig med omsorg for hele familien. Målet med sykehusoppholdet er at de skal bli uavhengig av sykehuset. Dette skjer ved at de gis økende ansvar for barnet etter hvert som tilstanden forbedrer seg (Saugstad 2009).

De fleste nyfødtavdelinger ønsker at foreldrene skal være tilstede så mye som mulig, men her er praksisen ulik fra land til land. Ernæringsrutinene de praktiserer vil også variere (Saugstad 2009). Det er i hovedsak tre forhold som er avgjørende for om premature kan bli hos mor eller flyttes over til neonatalavdelingen. Barnet skal puste selv uten ekstra oksygen, klare å holde på kroppstemperaturen og det skal spise selv. Barn født etter svangerskapsuke 34 får ofte bli på barselavdelingen med mor. En nyfødtavdeling kan være organisert på mange ulike måter, avhengig av graden av intensivbehandling som utføres der og avdelingens utforming. Miljøet de premature barna lever i er hektisk og ofte omgitt av teknisk utstyr (Saugstad 2009).

3.0 Metode

Vi er i denne bacheloroppgaven ute etter å svare på en hensikt, og etter Høgskolen i Molde sine *Retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie (2014)* har vi utført en systematisk litteraturstudie. Forsberg og Wengström (2013) definerer en systematisk litteraturstudie til å ha en tydelig formulert hensikt som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge og analysere relevant forskning.

3.1 Datainnsamling

Et av kriteriene for systematisk litteraturstudie er at man tydelig beskriver kriterier og metode for søking og utvalg av artikler (Forsberg og Wengström 2013). Etter at vi i felleskap hadde bestemt oss for tema vi ville fordype oss i, begynte vi først med å samle inn relevant bakgrunnsstoff. Etter å ha kommet frem til en hensikt, satte vi opp aktuelle søkeord både på norsk og engelsk i et PICO- skjema. Vi har ikke tatt med C, da vi ikke er ute etter å sammenligne noe. Sommeren 2014 hadde vi vår første veiledningstime med bibliotekar i forkant av prøvesøk i databaser. På dette tidspunktet valgte vi å fokusere ut i fra sykepleieperspektivet i forhold til erfaringer om amming av premature. Bakgrunnen til dette var at vi opplevde at det var nevnt lite om dette i pensumlitteraturen og at vi da ønsket å undersøke dette nærmere. Vi foretok etter denne veiledningstimen prøvesøk i Ovid Medline.

Høsten 2014 deltok vi på Litteratur- og metodeseminar ved Høgskolen i Molde der vi bestemt oss for å fokusere ut i fra sykepleieperspektivet. Vi ble stående fast i søkeprosessen da vi fant flere artikler som fokuserte på mødrenes erfaring/opplevelse av problemet. Etter nøye beslutning valgte vi i desember 2014 å endre perspektiv. Dette var på grunn av at vi fant få artikler som omhandlet sykepleierens erfaring med tilførsel av morsmelk til premature som kunne gitt oss svar på vår daværende hensikt. Vi så på ulike problemstillinger til hensikten, men vi har kun valgt å bruke hensikt da de ble så lik hverandre. Vi satt opp aktuelle søkeord inn i PIO- skjema på nytt.

PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte elementer.

P står for populasjon, hvilken type pasientgruppe eller populasjon spørsmålet gjelder.

I står for intervention, hvilket tiltak eller hvilken intervensjon ønsker vi å finne.

C står for comparsion – når vi sammenligner tiltak opp mot hverandre.

O står for outcome, hvilket utfall eller endepunkter er vi interessert i (Nortvedt 2012).

Under P plasserte vi ordene premature*, low birth weigth*, birth preterm og mother* og under I ordene breast feed*, breastfeed* og breastmilk. Under bokstaven O plasserte vi ordet experience*, siden vi var interessert i å finne ut mødrenes erfaringer. Vi var ikke ute etter å sammenligne et tiltak med et annet, så vi har valgt å utelukke bokstaven C fra vårt PIO-skjema. I vedlegg 1 finnes en oversikt over PIO- skjemaet vårt. Vi benyttet SveMed for å finne synonym på noen av ordene, for eventuelt å kunne da benytte oss av flere søkeord av samme betydning.

For å spesifisere søkene våre, satt vi opp en liste over inklusjons- og eksklusjonskriterier. I følge Forsberg og Wengström (2013) er det viktig for å gjennomføre en systematisk litteraturstudie at man tydelig beskriver kriterier og metode for søking og utvalg av artikler. Vi endte på disse:

Inklusjonskriterier

- Artikler med mødreperspektiv til premature født i svangerskapsuke 23-37.
- Språk: norsk, dansk, svensk, engelsk da dette er språk som blir behersket.
- Kvalitative og kvantitative artikler
- Artikler fra 2000 til dags dato
- Alle artiklene skal være etisk vurdert
- Alle artiklene skal være fagfellevurdert og ha nivå 1 eller 2

Eksklusjonskriterier

- Review artikler
- Artikler med sykepleieperspektiv

Etter at vi hadde endret perspektivet i oppgaven, hadde vi ny time hos bibliotekar hvor vi startet hovedsøkene våre. Det gjorde vi ved å gå inn på Høgskolen i Molde sine nettsider, og derifra inn på bibliotekets oversikt over de ulike databasene som er tilgjengelige ved høgskolen i Molde. Her brukte vi Ovid Medline, ProQuest og Cinahl som hoveddatabaser i

søkeprosessen. Her utførte vi søk med utgangspunkt i PIO- skjemaet vårt. Vi brukte MeSH-termer (Medical Subject Headings)(vedlegg 2) og søkeord med trunkeringstegn (*), som vi kombinerte med bolske operatørene «OR» eller «AND» for å knytte søkeordene sammen. Ved å bruke trunkeringstegn får man treff som inneholder grunnstammen av ordet. For å avgrense søket ytterligere la vi inn begrensninger (limits) som språk (norsk, engelsk, svensk og dansk), årstall fra 2010 – current og i ProQuest la vi inn alder på 19-44 år. I mars 2015 hadde vi ikke funnet nok relevant forskning i henhold til gjeldende retningslinjer, derfor valgte vi å gjennomføre søkene på nytt hvor vi utvidet publiseringsårene fra 2000 – current, i håp om å finne mer relevant forskning som kunne belyse vår hensikt. Selv etter å ha gjort dette hadde vi bare 7 artikler fra systematisk søk. Da vi ikke hadde funnet nok relevant forskning ved søk i Ovid Medline, ProQuest og Cinahl, så valgte vi å bruke søkemotorene Oria og Google Scholar for å finne flere relevante artikler. Vi valgte også å bruke et manuell søk i tillegg for å finne forskning som kunne svare på hensikten vår. I vedlegg 2 er det en oversikt over søkehistorikken fra systematiske søk og vedlegg 3 søkehistorikk over det manuelle søket.

Ovid Medline

Vi foretok søk Ovid Medline to ganger:

- 2.1.2015: med tidsbegrensning på 2010-current fikk vi 37 treff. Vi leste 15 abstrakt. Vi inkluderte 5 artikler fra dette søket.
- 14.3.2015: fikk vi 157 treff, med tidsbegrensning på 2000- current. Vi leste 6 abstrakt, 6 i full tekst og valgte å inkludere 1 artikkel fra dette søket.

ProQuest

Vi foretok to søk i denne databasen.

- 23.2.2015: fikk vi 445 treff, derfor valgte vi å legge inn begrensning på alder og fikk treff 53 artikler. Leste 21 abstrakt, 8 artikler i full tekst og vi valgte å inkludere 1 artikkel.
- 14.3.2015: endret vi publiseringsåret og fikk 113 treff. Leste 19 abstrakt, 4 i full tekst, men valgte ikke å inkludere noen av dem.

Cinahl

Vi foretok to søk i denne databasen.

- 23.1.2015: fikk vi treff på 150 artikler. Vi leste 15 abstrakt og satt igjen med 2 artikler, men de var allerede inkludert etter søk i Ovid Medline.
- 14.3.2015: endret vi publiseringsåret og fikk 389 treff. Leste 6 abstrakt, 6 i full tekst, men valgte ikke å inkludere noen av dem da de ikke svarte på hensikten.

Oria

Vi foretok tre søk i denne søkemotoren.

- 6.3.2015: fikk vi 12 treff med setningen ” Mothers experiences breastfeeding premature”. Vi leste 2 artikler, men inkluderte ingen da de ikke var relevant for hensikten.
- 12.3.2015: fikk vi 12 treff med setningen ”Breastmilk to premature infants mothers experience”. Vi leste 12 titler, men ingen ble inkludert da de ikke svarte på hensikten.
- 12.3.2015: fikk vi 16 treff med setningen ”Mothers experience feeding premature”. Da vi gikk inn på de ulike artiklene, kom det opp flere artikler som ble anbefalt til vårt søk, men ingen svarte på hensikten.

Google Scholar

Vi foretok i alt to søk i denne søkemotoren.

- 6.3.2015: fikk vi 19 100 treff med setningen ”mother’s experience of expressing breast milk for their preterm infants”. Vi inkluderte en artikkel da den svarte til hensikten.
- 6.3.2015: fikk vi 32 200 treff med setningen ” mothers experience breastfeeding preterm infants”. Vi valgte å inkludere en artikkel da den svarte til hensikten.

Manuelt søk

Vi foretok et manuelt søk i Brage, som er høgskolens åpne arkiv for faglige og vitenskapelige arbeid foretatt av ansatte og studenter.

- 6.4.2015: Skrev vi inn ordene «amming» og «prematuro» i søkefeltet. Vi fikk treff på 3 bacheloroppgaver. Vi valgte å se på litteraturlisten til Albertsen og Haas (2011) og fant ut fra dette en artikkel som vi valgte å inkludere.

3.2 Etiske vurderinger

Når man arbeider med forskning stiller det etiske krav. I arbeidet med en systematisk litteraturstudie er det viktig å gjøre etiske vurderinger (Dalland 2010). Grunnlaget for dagens tenkning om forskningsetikk bygger på Nürnbergkoden fra 1946, denne er senere videreført i Helsinkideklarasjonen fra 1964. Bakgrunnen for denne deklarasjonen bygger på at det i løpet av 1960-årene var en oppsving i interessen for medisinsk forskning (Dalland 2010). Vi vektla sterkt etiske vurderinger under søkeprosessen samt i arbeid med analyse og kvalitetsvurdering av artiklene. Vi hadde som krav at artiklene skulle være godkjent av en etisk komité, og at det var gitt tilstrekkelig informasjon om studien til deltagerne. Deltagerne skulle ha gitt et informert samtykke og på forhånd fått en grundig forklaring, og på bakgrunn av dette kunne de ta stilling til om de ønsket å delta med sin kunnskap/erfaringer i forskningsprosjektet. Artikler som ikke viste til etiske vurderinger ble ekskludert fra studiet. Oversikt over etiske vurderinger i inkluderte artikler i finnes i vedlegg 7.

3.3 Systematisering av søk og kvalitetsvurdering

Etter at vi hadde utført søkene i de ulike databasene satt vi igjen med en oversiktsliste fra hver database med treff som måtte gjennomgås. Vi begynte først med å lese tittelen på artikkelen, og hvis denne virket av interesse valgte vi å lese abstraktet for å se om den samsvarte med hensikten. Vi undersøkte så om artiklene var fagfellevurdert. Virket artikkelen hensiktsmessig ble den skrevet ut i PDF format eller bestilt tilgang til fra et annet bibliotek for ytterligere gjennomgang. Vi kopierte opp et eksemplar til hver før vi begynte å gjennomgå dem hver for oss, der vi ekskluderte artikler som ikke var relevant for hensikten. Artikler som var relevant ble kvalitetssikret ved bruk av sjekklister for vurdering av forskningsartikler som var tilpasset den enkelte artikkelen som er lastet ned fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). Sjekklister er godkjent av Høgskolen i Molde sine *Retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie* (2014). Sjekklister for kvalitative studier og RCT- studier ble brukt. Her var spørsmål vi kunne svare ja, nei eller uklart på. Med utgangspunkt i disse sjekklister dannet vi oss et helhetlig bilde av artiklene og ga artiklene skår på god, middels eller dårlig. Artikler som fikk skår på god eller middels ville bli inkludert, mens artikler med dårlig skår ble ekskludert. For at artiklene skulle få god skår var det viktig at de var etisk vurdert,

metoden var grundig beskrevet og at utvalget var hensiktsmessig for å få svar på hensikten til studien. Sjekklistene gir oss en mer oversiktlig helhet av artiklene og de kan brukes som et arbeidsverktøy i kvalitetsprosessen. Når begge hadde foretatt kvalitetsvurdering, satt vi oss sammen for å gjennomgå artiklene i felleskap. Vi diskuterte hvilke artikler som skulle inkluderes i studien, og vi endte opp med å inkludere 10 artikler i vår litteraturstudie. Alle inkluderte artikler er fagfellevurdert gjennom publiseringskanalen til Database for statistikk og høyere utdanning (2015) og der så vi hvilket nivå tidsskriftet hadde. Av de inkluderte artiklene er det 7 artikler som hadde nivå 1 og 3 artikler som hadde nivå 2 (vedlegg 8).

3.4 Analyse

Evans (2002) beskriver at det er viktig å være systematisk i arbeidet med analyse og deler analyseringen inn i fire faser, der han beskriver i den andre fasen at funnene i hver artikkel må analyseres. Etter å ha utført kvalitetsvurderingen av artiklene, satt vi igjen med 10 artikler og ga dem nummer 1 - 10. Hver for oss gikk vi igjennom artiklene og noterte ned egne funn. Vi hadde hele tiden hensikten i bakhodet, mens vi lette i hver artikkel etter funn som kunne ha betydning for hensikten vår.

I Evans (2002) tredje fase av analysering skal man kategorisere funnene i ulike tema, og gyldigheten av disse funnene skal vurderes. Etter hvert som vi fant ulike funn i artiklene begynte vi å fargelegge dem med ulike farger i selve artikkelen for å dele dem opp i ulike tema. Dette gjorde vi hver for oss etter å ha blitt enig om ulike farger. Etter å ha fargelagt de ulike funnene i artiklene, ble det ført over på egne ark for hver farge. Vi gikk så i felleskap igjennom hverandres ark for å kontrollere om det da var funn som var oversett av den ene. Deretter førte vi temaene inn i en tabell som viser hvor mange artikler som har de ulike temaene, for å få en oversikt over antallet. Se vedlegg 5.

De ulike fargene vi brukte for fargelegging i artiklene var:

- **Lilla:** Å gi morsmelk lindret skyldfølelse
- **Blå:** Kjente behov for støtte
- **Oransje:** Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk
- **Grønn:** Fikk følelsen av å være unik for barnet
- **Rød:** Behov for kunnskap

Evans (2002) beskriver den fjerde fasen av analyseringen ved at man beskriver fenomenet ved å formulere tema med referanse til datamaterialet. Ut i fra dette valgte vi å dele funnene i 2 hovedtema med to undergrupper for å få en bedre struktur. Tittel på de ulike hovedfunnene ble: «Mødres erfaring for å kunne gi morsmelk» og «Mødres erfaring ved å gi morsmelk». «Behov for kunnskap», var i utgangspunktet et eget undertema, men etter den andre gjennomgangen ble vi enige i å flytte dette, da det kan ses i sammenheng med behov for støtte. For skjematisk fremstilling, se vedlegg 4.

Under «Mødres erfaring for å kunne gi morsmelk» kom temaene:

- Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk
- Kjente behov for støtte

Under «Mødres erfaring ved å gi morsmelk» kom temaene:

- Å gi morsmelk lindret skyldfølelse
- Fikk følelsen av å være unik for barnet

4.0 Resultat

I dette kapitlet skal vi presentere de ulike funnene fra de forskningsartiklene vi har valgt å inkludere i studien. Vi valgte å dele hovedfunnene inn i to ulike hovedtema med tilhørende undertema. Dette for å presentere dem på en oversiktlig måte. Se vedlegg 4.

4.1 «Mødres erfaringer for å kunne gi morsmelk»

4.1.1 Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk

Det kom frem at hvordan avdelingen er organisert og hvordan miljøet rundt er, påvirker muligheten for å gi morsmelk (Swanson et al. 2012, Hurst et al. 2013, Dowling et al. 2012, Sisk et al. 2010, Flacking et al. 2006, Bernaix et al. 2006, Lee et al. 2009 og Padovani et al. 2011).

“ I wanted to be near Agnes. But there was no given place for us. The effect of this is that... when you are as sensitive as I was then you can easily become alienated from the child. You feel as if this is not really your child” (Flacking et al. 2006, 74).

Det å kunne ha muligheten til å være i nærheten av barnet førte til at de følte tilknytting og på den måten lettet prosessen med å gi morsmelk. Samtidig følte mødre som ikke hadde muligheten å være i nærheten av barnet at det ble vanskeligere både opprettholde melkeproduksjonen, men også å føle tilknytting til barnet. Noen mødre hadde et bilde av barnet eller en bamse i nærheten for motivasjon når de ikke kunne være i nærheten. Dette for å hjelpe på utdrivningsrefleksen (Swanson et al. 2012, Hurst et al. 2013, Dowling et al. 2012, Bernaix et al. 2006, Sisk et al. 2010, Flacking et al. 2006, Lee et al. 2009 og Padovani et al. 2011).

«I would love to put him to breast. I pump every 2-3 hours, but it's hard pumping here. I use a locked patient room and haven't any good luck with breast milk supply. I don't have a baby here, you know, to hold or latch on like most mothers do. I get only about 10-15 mL each time, but I've tried all the suggestions they have given me. Non of them have help» (Bernaix et al. 2006, 98).

Det er viktig å merke seg at i studien til Hurst et al. (2013) kommer det frem et motstridende funn. Mødrene i denne studien følte på det å kunne være i nærheten av barnet som positivt, men også veldig ukomfortabelt for deres evne å produsere melk. Følelsen av å være nær barnet og allikevel ikke være i stand til å die fra brystet, forsterket negative følelser som skyld.

I studien til Hurst et al. (2013) og Rossmann et al. (2013) utrykte mødrene et paradoks angående pumpingen. De hadde motstridende følelser rundt det å måtte pumpe seg. Noen av mødrene følte at pumpen var årsaken til både tilknytting, men også årsaken til separasjonen fra barnet. Det førte til at mødrene hadde både positive og negative erfaringer med å pumpe seg, de valgte likevel å fortsatte siden de viste at morsmelk var bra for opprettholdelse av barnas helse (Rossmann et al. 2013, Hurst et al. 2013).

Flere av mødrene uttrykket at hvordan avdelingen var organisert med tanke på muligheten for privatliv hadde en innvirkning på deres mulighet for å gi morsmelk. Mangel på privatliv førte til at prosessen ble vanskelig for dem og noen av dem valgte derfor å pumpe seg hjemme. Andre fant seg et privat område på avdelingen. Ønske om privatliv ble også et problem når de hadde begynt å jobbe igjen (Sisk et al. 2010, Hurst et al. 2013, Flacking et al 2006) og Dowling et al. 2012).

“It (breastfeeding) felt very private and difficult and I saw that the others with big babies and those walking by were checking how we did, whether Lina sucked or not” (Flacking et al. 2006, 76).

Flere mødrene så på prosessen med amming og pumping som en tidkrevende prosess. Mangel på tid fikk en negativ innvirkning på deres mulighet for å gi morsmelk. Det å skulle opprettholde melkeproduksjonen over lengre tid uten at barnet kunne suge direkte fra brystet, var utmattende for noen av mødrene (Sisk et al. 2010, Hurst et al. 2013, Flacking et al. 2006 og Lee et al. 2009).

”It felt like he was allowed to breastfeed but the clock ruled so much. I had to put him to the breast a quarter of an hour before feeding time and then I had a quarter of an hour to hurry him and trying to get him to feed. There wasn’t any tranquility.

And then perhaps thought it was odd that he only took 15 (ml). It was hard doing it against time” (Flacking et al. 2006, 77).

“Everyday feeding occupied the majority of my time. I feed her every three hours. The nurse told me to express even at night to supply efficiently. I felt my sleep was dissected into several segments. After I finish bottle-feeding her, I had to hold her for at least 30 minutes. Then, I had to express breast milk for the next feeding. By the time I finished, the next feeding cycle would start” (Lee et al. 2009, 2528).

4.1.2 Kjente behov for støtte

Støtte er avgjørende for mor for å kunne gi morsmelk etter en prematurfødsel (Flacking et al. 2006, Padovani et al. 2011, Rossmann et al. 2011, Sisk et al. 2010, Lee et al. 2009 og Swanson et al. 2012). Det hadde påvirkning på mors melkeproduksjon. Mødre som opplevde støtte hadde sterkere positiv erfaring med å gi morsmelk, mens fravær av støtte kunne ha en negativ innvirkning på deres evne til å gi barnet morsmelk. Graden av mødre som opplevde at de var i et støttende miljø varierte fra veldig støttende til helt fravær av støtte. Hvem som fungerte som støttepersoner varierte også individuelt. Noen så på støtte fra helsepersonell som viktig, andre brukte partner, familiemedlemmer eller andre mødre som var i samme situasjon som dem selv (Flacking et al. 2006, Padovani et al. 2011, Rossmann et al. 2011, Sisk et al. 2010, Bernaix et al. 2006, Lee et al. 2009 og Swanson et al. 2012).

”I never thought I would be pumping breast milk for 3 months. But it works. I had a really strong goal and that was to breastfeed him. That’s why I’ve done it. It’s all about motivation and encouragement. I was often told that I had such good milk. It sounds corny but it was really important” (Flacking et al 2006, 77).

Støtte fra helsepersonell er viktig for mødrene etter en prematurfødsel (Flacking et al. 2006, Lee et al. 2009, Swanson et al. 2012, Rossmann et al. 2011, Sisk et al. 2010).

“They didn’t make a big affair like: oh, now he has to get it right and you have be aware not to pump before. It was mostly: Well let’s try this and if it works it’s great

but it can take time. I didn't feel any pressure but I felt support" (Flacking et al. 2006, 75).

Det at mødre opplevde støtte fra helsepersonell i forbindelse med å gi morsmelk til premature gjorde igjen at morsfølelsen økte og de følte større selvsikkerhet i morsrollen (Flacking et al. 2006, Lee et al. 2009, Swanson et al. 2012 og Sisk et al. 2010).

"It was when they saw me as her mother that I became her mother" (Flacking et al. 2006, 77).

"(The BPC) counseled me, and she let me know 'if you want to stop, that's okay, there's no problem. You're the mom. You can do that.'... 'you should just try to keep going for him at least while he's in the hospital,' and she just really talked to me about how good it is for him but also made me feel okay with stopping and not letting me feel like I'm being selfish or anything for not pumping more"
(Rossmann et al. 2011, 19).

Noen nevnte at støtte i form av informasjon og kunnskap fra helsepersonell gjorde det lettere for dem i prosessen med pumping. Mødrene uttrykte at de synes det er viktig at de fikk god informasjon og undervisning fra helsepersonell. Dette kunne omhandle viktigheten av å tilføre morsmelk til barnet, som igjen ble en motiverende faktor til å fortsette pumping/amming (Rosmann et al. 2011). Et av funnene viser at etter en prematurfødsel har mødre et behov for kunnskap i form av å lære seg å kjenne barnets søke- og sugetegn, samt tekniske ferdigheter for å kunne sørge for morsmelk til barnet. Dette kan dreie seg om å lære å kjenne barnets behov, men også hvordan teknisk utstyr ved sondeernæring og pumping fungerer. Hvis kunnskapen uteble påvirket det negativt mors evne til å kunne gi barnet morsmelk (Rosmann et al. 2011, Sisk et al. 2010, Padovani et al. 2011 og Swanson et al. 2012).

"I asked them how to do it. It was one night I came down 'cause I couldn't sleep. So she showed me and said the next time I could just do it myself. So the next time I did and I was, like, brilliant!" (Swanson et al. 2012, 1375).

Flere av mødrene beskrev at det ikke bare var behov for støtte fra helsepersonell, men også viktig med støtte fra partner, familiemedlemmer samt andre mødre i samme situasjon som

dem selv (Flacking et al. 2006, Lee et al. 2009, Sisk et al. 2010, og Swanson et al. 2012). En mor i artikkelen til Flacking et al. (2006) understreker at i noen tilfeller kan mor oppleve manglende støtte fra far i forhold til amming når han ikke blir inkludert i prosessen like stor grad som henne selv.

“Suddenly he was disconnected. We were used to being two. Both being just as important and responsible. They (the staff) took it away from us, us being the parents. It became the staff and I, when it came to breastfeeding. And the fathers were excluded - they who could give the best support, as they had been there from the start” (Flacking et al. 2006, 76).

I artikkelen til Sisk et al. (2010) kommer det frem at mødre opplevde fedrene som støttende, men at de følte at de ikke hadde forståelse for hvor ofte de måtte pumpe seg og at pumpingen var psykisk utmattende. I artikkelen til Lee et al. (2009) kom det også frem at mødre opplevde besteforeldre til barnet som for mye støttende, i form av velmente råd. De følte på en smal balansegang mellom støtte og stress.

Noen mødre synes det var greit å dele erfaringer med andre mødre når de begynte å amme. Det å dele erfaringer med noen som viste hva de selv gikk igjennom, var positivt (Flacking et al. 2006, Rossmann et al. 2011, Sisk et al. 2010 og Swanson et al. 2012). En av mødre i artikkelen til Flacking et al. (2006, 76) hadde erfart at ”When we (she and the son) started to breastfeed, we (she and other mothers) began to speak the same language”.

“The fact that they did walk in my shoes and they’ve been through some of the same exact things that I was going through... made your experience of going through this a little easier to bear” (Rossmann et al. 2011, 18).

4.2 «Mødres erfaringer ved å gi morsmelk»

4.2.1 Å gi morsmelk lindret skyldfølelse

Mødrene opplever det å få et prematurt barn som en uventet handling som de ofte føler skyld for. På grunn av denne skyldfølelsen, har de et ønske om å kompensere. Gjennom at

de greier å gi morsmelk til barna blir negative følelser som skyld, angst og frustrasjon satt til side og de opplever positive følelser som stolthet, glede og oppfyllelse. Dette fører til at morsmelk hjelper dem å kompensere for skyldfølelsen, gjenoppbygge et normalt forhold til barnet og øke morsfølelsen (Sisk et al. 2010, Swanson et al. 2012, Rossmann et al. 2013, Flacking et al. 2006, Hurst et al. 2013, Bernaix et al. 2006 og Lee et al. 2009).

”I had experienced so much discomfort during the pregnancy, so my baby chose to come out early and bear the discomfort for me. She bore the hard work I should have suffered. She is very filial. I would try my best to feed her breast milk” (Lee et al. 2009, 2526).

4.2.2 Fikk følelsen av å være unik for barnet.

Det å oppleve en prematur fødsel kan påvirke morsfølelsen (Flacking et al. 2006, Sisk et al. 2010, Swanson et al. 2012, Lee et al. 2009 og Rossmann et al. 2013).

”It was the only thing I could do for her” (Swanson et al. 2012, 1375-76).”

Mødrene beskriver i flere studier at når de er i stand til å gi morsmelk til barnet sitt, fikk de følelsen av at de var unik for barnet. Det hjalp dem med morsfølelsen ved at de på den måten følte tilknytting til barnet. Når de ikke fikk det til, hadde de følelsen av å være uten betydning for barnet. Det å kunne gi morsmelk til barnet var noe som bare mor kunne gjøre, og på den måten følte hun seg unik. Mødrene beskrev det med å kunne gi melk med ”å gi liv” til barna (Flacking et al. 2006, Sisk et al. 2010, Swanson et al. 2012, Lee et al. 2009, Rossmann et al. 2013 og Bernaix et al. 2006).

“I’m giving him life, medicine, food and a part of me, all in a feeding every 2 hours (Rossmann et al. 2013, 29).”

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse mødres erfaringer når de tilfører morsmelk til premature. I dette kapitlet vil vi drøfte metoden som ble anvendt, resultatene fra søkene og våre egne erfaringer opp mot relevant teori. Vi har valgt å dele kapitlet opp i metodediskusjon og resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Vi startet studien vår med sykepleieperspektivet, da vi ville få frem hvilke erfaringer sykepleiere har med å fremme tilførselen av morsmelk hos mødre som har opplevd prematurfødsel. Etter noen søk fant vi ut at det ble vanskelig å finne nok relevant forskning for vår daværende hensikt. Vi valgte derfor å bytte til mødre perspektivet, da det var mer forskning på mødres erfaringer med å gi morsmelk til premature.

I inklusjonskriteriene våre har vi valgt å inkludere kvalitativ og kvantitativ forskning. Vi kan se i ettertid at dette kunne ha påvirket resultatet. Da det er i utgangspunktet en hensikt med en kvalitativ tilnærming som vi håpet ville belyse individuelle forskjeller. En utfordring ved å inkludere kvantitative artikler i tillegg til kvalitative er at disse kan «lede» svarene, da vi opplever at de ofte har et ferdig oppsett som ikke gir like stort uttrykk for individuelle forskjeller som kvalitative. En utfordring ved bruk av bare kvalitative er at disse artiklene gir bilde fra et begrenset utvalgt, da det er utfordrende og lite hensiktsmessig å dybdeintervju en større folkemengde. Dette var grunnen til at vi valgte å inkludere begge typene.

Det var vanskelig å skaffe alle artiklene som krevdes til denne studien ved kun å bruke artikler fra de siste fem årene, derfor utvidet vi publiseringsåret til 2000- current. Ideelt sett ønsket vi å kunne inkludere 10 forskningsartikler innenfor tidsrammen på de siste 5 år, men dette var ikke mulig. Det kan det være en svakhet å inkludere eldre artikler, men de eldre artiklene som vi inkluderte hadde ikke noen signifikante forskjeller fra nyere forskning. Siden vi fant få artikler innenfor angitt tidsramme, kan det tyde på at det finnes lite forskning på området. Dette er vi overasket over, da vi hadde forventet mer relevant forskning innenfor emnet. Selv om vi ikke har funnet mer relevant forskning er vi åpne for at det likevel kan foreligge relevant forskning der ute som vi av ulike årsaker har oversett.

Vi mener det kan ses på som en styrke da vi på den måten har fått sett om det er noen forskjeller i eldre og nyere forskning.

Vi mener at det er viktig for sykepleiere å kartlegge mødres erfaring med å gi morsmelk til premature, da dette er en stor del av omsorgsområdet. Slik vi ser det er det viktig å legge vekt på at mødres erfaringer med å gi morsmelk til premature, bygger på individuelle forutsetninger som påvirker opplevelsen. Det at vi har valgt å inkludere artikler fra flere forskjellige verdensdeler, ser vi kan være både en styrke og svakhet for oppgaven. Det kan være en svakhet ved at vi på den måten kan få en skjevhet i resultatene som følge av ulike kulturer, men en styrke ved at vi ikke ekskluderer erfaringene på bakgrunn av ulike forutsetninger som f. eks kulturforskjeller. Ulike land innebærer også ulike kulturer for amming, og vi ser at det kan ha vært med på å påvirke resultatet. Det var vanskelig å gjøre en begrensning på bakgrunn av land og verdensdeler, og en kan stille seg spørsmål om studier med erfaringer fra Brasil og Taiwan har overførelsesverdi til vår praksis. Vi mener at man da også må stille seg undrende til om land som USA har en overførelsesverdi, da de fleste inkluderte artikler er fra USA, som er et stort land med mange ulike kulturer. Vi mener det var vanskelig å utelukke artikler på bakgrunn av dette, og valgte ikke å ekskludere artikler som følge av hvilket land eller verdensdeler studiene er utført i.

Det å skulle finne frem til relevant forskning ved bruk av systematisk litteraturstudie, synes vi har vært spennende og utfordrende på samme tid. Vi har lært en systematisk metode for å arbeide med forskning som kan være en fordel for oss i fremtiden. Det at vi ikke fant nok relevant forskning var en utfordring. Vi har lært en systematisk metode å arbeide med forskning, noe som kan være en fordel som i fremtiden for å holde oss faglig oppdatert. Etter hvert som vi utviklet mer kunnskap om prosessen, synes vi også at det ble en mer interessant måte å jobbe på. Vi har ved hjelp av denne systematiske litteraturstudien fått mer interesse for forskning. Det kan være en styrke for faget at vi anser forskning som viktig for utviklingen av sykepleiefaget i fremtiden.

5.1.1 Datainnsamling

Vi startet datainnsamlingen vår med å samle inn stoff som vi begge synes var interessant for hensikten. Vi har tatt utgangspunkt i Evans fire faser (2002) og den første fasen går ut på å samle inn datamaterialet som skal analyseres. Det at vi valgte å bruke Evans (2002) som

utgangspunkt gjorde at vi hadde en oversiktlig fremgangsmåte, og det ble lettere å forstå hvordan vi skulle gå frem. Etter å ha bestemt oss for emne å fordype oss i, formulerte vi en passende hensikt.

Ut i fra hensikten ble søkeordene vi ville bruke skrevet ned. Vi brukte lang tid på denne prosessen. Vi fikk problemer med å finne nok relevant forskning ved bruk at de søkeordene som vi hadde. Det er en mulighet for at vi ville funnet mer relevant forskning hvis vi hadde benyttet andre eller flere søkeord, men vi føler likevel at de ordene vi valgte å bruke var dekkende for hensikten

Vi hadde to veiledertimer med bibliotekar og hadde stor nytte av disse veiledertimene. Hun hjalp oss til å få en enda bedre struktur ved å gi oss ideen om å bruke databasen SveMed for å søke opp synonymord både på norsk og engelsk. Det at vi systematisk så etter synonymord i SveMed kan ses på som en styrke for det videre arbeidet. Vi så her at ordet breastfeed kunne skrives både som breast feed* som to ord, og som breastfeed*. Vi valgte da å inkludere begge ordene i håp om å få treff på flere artikler.

Vi tok i bruk databasene Ovid Medline, ProQuest og Cinahl samt søkemotorer som Goolge Scholar og Oria. Også manuelt søk ble utført da vi ikke klarte å finne nok artikler ved systematiske søk. Så langt vi så det, så var bare mulighet å bruke MeSH-termer i Ovid Medline. Dette kan ses på som en fordel og en ulempe for innsamling av datamaterialet. Fordelen var at vi kan ha fått flere artikler rettet mot hensikten vår, men en ulempe ved at resultatet kan ha blitt påvirket. I ettertid kan vi se at denne kunne ha påvirket funnene våre, men at vi vil likevel ha gjort dette ved senere søk i Ovid Medline. I noen av søkene har vi valgt å bruke begrensninger i søket, mens i andre har vi ikke valgt å bruke dette. Det at vi ikke har utført alle søkene med like begrensninger, ser vi i ettertid kan virke noe usystematisk. En fordel med begrensning var at vi fikk begrenset søket ytterligere. I ProQuest valgte vi å bruke begrensning på alder, 19-44 år. Vi gikk da fra å ha 445 treff til kun å ha 53 treff. Det kan tenkes at relevante artikler har blitt ekskludert på grunn av dette, men vi føler likevel at aldersbegrensningen på 19-44 er forsvarlig, da aldersbegrensningen samsvarer med alderen på mødrene i de andre artiklene som vi allerede hadde inkludert. Vi ser i ettertid at vi likevel kunne ha sett gjennom det søket da vi ikke hadde funnet nok relevant forskning. Vi valgte heller i mars 2015 å foreta nye søk i databasene med tidsbegrensning helt tilbake til år 2000, for å se om vi på den måten kunne klare å få treff på

relevante artikler ut i fra systematisk søk. Dette er noe som vi ville gjort annerledes i ettertid. Vi fikk også se om det hadde kommet ny relevant forskning som kunne belyse hensikten. Ved å utvide tidsbegrensingen i de systematiske søkene, valgte vi å inkludere en ny artikkel og hadde totalt 7 artikler ved bruk av systematisk søk. Ved hjelp av søkemotorer fikk vi i tillegg inkludert to artikler. Vi ser i ettertid at utvalg av de ulike databasene og søkemotorene kan ha vært med å påvirke resultatet. Grunnen til at vi valgte å bruke de ulike databasene, er at dette er databaser som vi er kjent med. Det at vi valgte å bruke kjente databaser, kan ses på som en fordel fordi det lettet søkeprosessen. Det kan tenkes at relevante artikler kan ha blitt ekskludert på bakgrunn av utvalgte databaser. Vi kunne ha brukt mer tid på å lære oss de ulike databasene. På grunn av omfanget til litteraturstudien, valgte vi å holde oss til de vi allerede kjente.

Vi leverte inn seminarversjonen vår med ni artikler, da det viste seg at den ene artikkelen vi hadde inkludert var en fagartikkel og ikke en forskningsartikkel. Dette fant vi ut i siste liten og vi valgte da å ekskludere denne i henhold til gjeldene retningslinjer. Det kan diskuteres om vi på det tidspunktet hadde for svakt datamateriale, men ved hjelp av manuelt søk greide vi likevel å inkludere en siste artikkel i tråd med retningslinjene før innlevering.

I artiklene er det redegjort for karakteristika for mødre som er inkludert på bakgrunn av alder, utdanning, økonomisk status, tidligere ammeerfaring, sivilstatus, nasjonalitet, språkerfaringer etc. Disse varierer fra studie til studie. En tanke er at det kan ha oppstått skjevheter (bias) på bakgrunn av dette, men i de artiklene som vi har valgt å inkludere mener vi at det er tilstrekkelig redegjort for utvalget som er inkludert i studien.

I hvilken svangerskapsuke barna var født i varierte fra de ulike artiklene. Vi valgte å inkludere alle gradene av prematuritet i denne studien (svangerskapsuke 23-37). De fleste av artiklene inneholdt ikke alle disse ukene, men et utvalg. Hvilke uker varierte og det kan tenkes at det også har oppstått skjevheter på bakgrunn av dette. Vi ser på det som en styrke at vi har inkludert alle svangerskapsukene de premature fødes i, da det ble vanskelig, på grunn av begrenset mengde datamateriale, å holde oss til en gruppe. Vi ser i ettertid at det ideelle ville vært å konsentrert seg om datainnsamling fra en mindre gruppe av gangen, da det er store forskjeller i de prematures modenhet. Det kan tenkes at vi kunne ekskludert mødrene til de aller svakeste barna, dette for at det kan ha ført til skjevheter i resultatene. Ved et bredere datagrunnlag kan det tenkes at vi ville gjort dette annerledes. Siden vi ikke

har noen aldersbegrensinger i hensikten føler vi likevel dette har vært forsvarlig å inkludere alle svangerskapsukene.

I noen av artiklene våre blir begrepet very low birth weight (VLBW) brukt om noen av barna istedenfor ordet prematur. I artiklene kommer det frem at disse er barna har en fødselsvekt under 1500 gr. De er ofte ikke konkret oppgitt hvilken svangerskapsuke barna er født i. På bakgrunn av at vekt under 1500 gram er langt under normal fødselsvekt, har vi likevel valgt å inkludere disse artiklene da det kan tenkes at de er premature. Om det er rett å inkludere disse kan diskuteres.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Vi kvalitetssikret artiklene våre ved å bruke sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2010). Grunnen til at vi valgte å bruke sjekklister fra en plass, er at det gir oss samme type vurdering og det blir lettere å sette dem i et system. Dette er et verktøy som var til hjelp for oss i prosessen med å velge ut hvilke artikler som skulle inkluderes. Etter å ha gått igjennom artiklene ved bruk av sjekklister og ved hjelp av egne vurderinger, rangerte vi artiklene. Vi ga dem skår på god, middels eller dårlig. Fikk artiklene dårlig skår ble de ekskludert. Ingen av artiklene vi kvalitetsvurderte fikk dårlig eller middels skår. Alle 9 ble vurdert til å ha god skår. Etter dette så om publiseringskanalene de inkluderte artiklene var publisert i var fagfelleverdert ved hjelp av «Database for statistikk og høyere utdanning» (2015). Dette var en god måte for oss å se hvor god publiseringskanalene er, og dette kan ses på som en styrke for kvalitetsvurderingen. Alle artiklene var fagfelleverdert, og det anser vi som en fordel for litteraturstudien med tanke på kvaliteten på artikkelen.

5.1.3 Analyse

Vi har valgt å bruke Evans (2002) for å gjøre analyseprosessen mer systematisk og oversiktlig. Dette ble en tidkrevende prosess, men som ble mer spennende etter hvert som vi fikk høyere kompetanse i å analysere. Det at vi valgte å gå igjennom artiklene hver for oss for senere å diskutere dem i felleskap, var nok en styrke i arbeidsprosessen. På den måten kunne vi se om det var funn som den ene hadde oversett. Ved gjennomgang av artiklene i felleskap, fant vi at det ikke var betydelige forskjeller i de ulike hovedfunnene

vi hadde merket oss. Det at vi valgte å fargekode funnene, gjorde prosessen mer systematisk og vi ser på det som en styrke for arbeidsprosessen. Fargekodingen tok vi i bruk etter å ha lest artiklene allerede en gang. I ettertid ser vi at hvis vi hadde gjort dette med en gang kunne vi ha spart oss for mye tid.

Alle artiklene som vi valgte å inkludere i denne litteraturstudien var skrevet på Engelsk, noe som gjorde at vi måtte oversette vanskelige begrep og medisinske uttrykk. Vi har begge erfaring med bruk av engelsk språk både muntlig og skriftlig, men vi har liten erfaring med å oversette forskningsartikler fra tidligere. I dette arbeidet følte vi at det var enkelte begrep som var vanskelig å oversette til Norsk, og det må tas i betraktning at feil kan ha oppstått i denne prosessen. Et begrep som vi syns har vært vanskelig er «to breastfeed» (å amme). I flere av artiklene ser vi at begrepet «to breastfeed». Begrepet blir brukt om både mødre som ammer barna direkte fra brystet, men også de som pumper og gir barna morsmelk med sonde. Ut i fra dette ble det av og til litt utfordrende med en gang å se om mødrene i studiene ammer i den forstand vi kjenner til begrepet på norsk, som vil si å legge barnet direkte til brystet eller om de ga barna utpumpet melk.

5.2 Resultat diskusjon

Litteraturstudien viser at mødre sitter igjen med ulike erfaringer for å kunne gi morsmelk og ulike erfaringer ved å gi morsmelk til premature. Det skal nå gjøres rede for funnene hvor disse integreres med bakgrunnsteori og diskuteres med tanke på konsekvenser for praksis. Dette danner utgangspunktet for resultatdiskusjonen (Bernaix et al. 2006, Dowling et al. 2012, Flacking et al. 2006, Hurst et al. 2013, Lee et al. 2009, Padovani et al. 2011, Rossmann et al. 2011, Rossmann et al. 2013, Sisk et al. 2010 og Swanson et al. 2012).

5.3 «Mødres erfaringer for å kunne gi morsmelk»

5.3.1 Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk

I flere av artiklene kommer det frem at hvordan avdelingen er organisert og hvordan miljøet rundt mødrene og barna er, påvirker muligheten for å gi morsmelk. Dette spesielt med tanke på muligheten for privatliv, behovet for nærhet og følelsen av det å gi morsmelk var en krevende prosess (Swanson et al. 2012, Bernaix et al. 2006, Hurst et al. 2013,

Dowling et al. 2012, Sisk et al. 2010, Flacking et al. 2006, Lee et al. 2009 og Padovani et al. 2011).

Funnene fra denne litteraturstudien viser at i de fleste tilfellene følte mødrene det som positivt å kunne ha nærhet til barnet når de skulle opprettholde melkeproduksjonen etter en prematurfødsel. Selv om det kom frem i artikkelen til Hurst et al. (2013) at mødrene i denne studien også følte på et ubehag av å skulle være i nærheten av barnet når de pumpet seg syns likevel det er viktig å nevne dette funnet. Det er et motstridende funn, som tyder på at nærhet til barnet var viktig for å starte og opprettholde melkeproduksjonen, men at dette ikke er tilfelle for alle mødre. Da vi mener det kan være viktig for helsepersonell å tenke over de individuelle ønskene og behovene mor har i forhold til nærhet i denne prosessen, anser vi det som viktig for at de bedre kan sørge for å støtte opp om de individuelle ønskene og behov (Swanson et al. 2012, Bernaix et al. 2006, Hurst et al. 2013, Dowling et al. 2012, Sisk et al. 2010, Flacking et al. 2006, Lee et al. 2009 og Padovani et al. 2011).

Vi syns det er viktig å tenke på at det var variasjon i hvordan de ulike avdelingene i denne studien er organisert på. De ulike avdelingene var organisert forskjellig og dette ser vi kan ha vært med på å påvirke resultatet i litteraturstudien. Det kan tenkes at resultatet har blitt påvirket på bakgrunn av ulike forutsetninger. Vår praksiserfaring er også at det er viktig med nærhet til barnet i den første tiden etter fødselen for å komme i gang med melkeproduksjonen. Vi så i praksis at uavhengig av barnets gestasjonsalder var dette med på å sørge for at mødrene kom i gang med amming. Fra praksis er vårt inntrykk at de fleste mødrene så på det med mye og tidlig hud- mot- hudkontakt som positivt i forhold til det å gi premature morsmelk. Vi ser i praksis at muligheten for å være i nærheten til barnet vil ha positivt innvirkning på mor i denne fasen. Dette kan hjelpe henne i tilknyttingsfasen, men og hjelpe på melkeproduksjonen, noe som også samsvarer med funnene i denne litteraturstudien. Dette viser også til det Hansen (2010) skriver om at tidlig kontakt med brystet skal ikke avhenge av barnets gestasjonsalder eller vekst, men av barnets helse. Hansen (2010) skriver videre at det etter fødselen er viktig å komme i gang tidlig med melkeproduksjonen.

I flere av artiklene kommer det frem at mange av mødrene ytret ønske om privatliv eller påpekte manglende mulighet for privatliv på avdelingen (Sisk et al. 2010, Hurst et al.

2013, Flacking et al. 2006) og Dowling et al. 2012). Årsakene til at de ønsket privatliv var forskjellig, men for flere var handlingen med å amme barnet eller pumpe seg en privatsak. I ettertid stiller vi oss undrende til om det at vi har med artikler som kommer fra flere land og verdensdeler kan ha vært med å påvirke dette funnet. Vår erfaring er at det samfunnet vi har i Norge er veldig åpen til det med offentlig amming, men at dette trenger ikke å være tilfelle i alle artiklene som vi har valgt å inkludere. Det er viktig at vi ser dette funnet i sammenheng av eventuelle kulturforskjeller og at dette kan føre til at det er individuelle forskjeller i hvordan kvinner opplever behovet for privatliv. Det at funnet ses i flere artikler, mener vi kan være med å underbygge at dette ikke bare forekommer i en spesiell kultur. Noe av det grunnleggende vi lærer i løpet av vår sykepleierutdannelse, er å opprettholde pasientens personlige integritet ved å sørge for å verne om pasientens privatliv i form av ikke å blottlegge pasienten unødvendig. Vi syns derfor funnet med at mødrene uttrykket at behovet for privatliv ikke bestandig ble ivaretatt som interessant. Det viser bare at det fremdeles kan være et forbedringspotensial for å optimalisere sykepleien i fremtiden.

Funnene i denne litteraturstudien viser at mødre opplever prosessen med å skulle gi morsmelk til premature som en tidkrevende prosess. Det å skulle opprettholde melkeproduksjonen over lengre tid kan virke utmattende for mor. Det blir viktig for sykepleieren å sørge for at mor får nok tid til å prøve å feile både i form av opprettholdelse av melkeproduksjon, men også direkte amming når den tid kommer (Sisk et al. 2010, Hurst et al. 2013, Flacking et al. 2006 og Lee et al 2009). En styrke for dette funnet er at vi også i fagartikkelen til Wilson (2012) så at dette funnet hadde betydning for mors evne til å gi morsmelk til barnet.

Vi føler at det er viktig å se funnene i dette undertemaet i en større helhet, og ikke bare som enkeltfunn. Mors erfaring med at helsepersonell legger til rette for mye hud- til- hudkontakt, opprettholdelse av privatliv og tilstrekkelig tid til å prøve å feile, kan hjelpe mødre både i å starte melkeproduksjonen, men også opprettholdelsen av den. Det at mor igjen klarer å gi premature morsmelk ser vi på som positivt både for henne og barnet. Det kan hjelpe dem i tilknyttingsfasen, men også på grunn av helsemessige gevinster for barnet. Man kan stille seg undrende til om helsepersonell er flinke nok til å legge til rette for disse ønskene og behovene.

5.3.2 Kjente behov for støtte

I litteraturstudien kom det frem at støtte i en eller annen form var avgjørende for mor i prosessen med å gi morsmelk. Prosessen med å skulle gi morsmelk opplevdes som krevende. Det var delte meninger om hvor mange som opplevde støtte og hvem som opplevdes som støttende personer for mor. Det var viktig med støtte både fra helsepersonell og andre personer som stod mor nær som partner, familiemedlemmer eller andre mødre i samme situasjon (Flacking et al. 2006, Padovani et al. 2011, Rossmann et al. 2011, Sisk et al. 2010, Lee et al. 2009, Bernaix et al. 2006 og Swanson et al. 2012).

Vi ser fra praksis at det kan være hensiktsmessig for mor å bearbeide sine erfaringer på en hensynsfull måte. I følge Brudal (2000) kan kvinner som har opplevd en traumatisk fødselsopplevelse oppleve at mestringsfølelsen uteblir. Det kan i en slik situasjon være viktig at mor så tidlig som mulig får anledning å snakke ut om sine følelser, og at helsepersonell setter fokus på mødrenes opplevelser (Ravn 2009). Slik vi ser det må funnet med at noen mødre i denne litteraturstudien uttrykte at de følte ulike personer som støttende ses i sammenheng med individuelle forskjeller i erfaringsbakgrunnen deres. Vi syns ikke det er vanskelig å tenke seg at behovet for støtte avhenger av individuelle forskjeller. I praksis har vi erfart at alle mødrene har forskjellige behov, og at hvilket nettverk de har rundt seg kan gjenspeile hvem de oppfatter som støttende personer til enhver tid.

Et av våre funn viser at mødrene følte på at behov for kunnskap påvirket deres evne til å gi morsmelk til det premature barnet. Det opplevdes som negativt på deres evne til å gi morsmelk hvis denne kunnskapen uteble (Swanson et al. 2012 og Padovani et al. 2011). Dette dreide seg blant annet om kunnskap om hvordan teknisk utstyr som pumping og sondeernæring fungerer. Vår erfaring er at det er mye som foregår rundt mor og barn de første timene etter fødsel og mødrene i denne perioden er i en sårbar situasjon. Midt oppe i alt dette er det mye informasjon som skal gis og tekniske ferdigheter som skal læres. Hansen (2010) viser til at det så raskt så mulig, helst i løpet av de første timene etter fødselen, er viktig å komme i gang med melkeproduksjonen. Saugstad (2009) viser til at hos de svakeste barna, som fremdeles ikke har utviklet søke- og sugerefleksjonen eller som av andre årsaker ikke kan die direkte fra mors brystet, vil det være nødvendig at mor pumper ut morsmelk som gis til barnet på andre måter. Selv om behovet for kunnskap er et svakt funn, mener vi det er viktig at dette nevnes. En kan stille seg undrende til om mors

grunnleggende behov for kunnskap og informasjon i denne sårbare situasjonen blir tilstrekkelig ivaretatt i dagens helsesystem. Årsakene til at dette funnet bare forekommer i to av artikler stiller vi oss også undrende til. Om dette funnet forekommer på bakgrunn av skjelheter i utvalget er vi usikre på. Egen praksiserfaring er at mødrene synes det var vanskelig å sørge for morsmelk til barnet midt opp i alt som foregikk. Informasjon og kunnskap som ble formidlet av helsepersonell måtte ofte gjentas flere ganger. Dette synes vi ikke er så rart med tanke på hva de gjennomgår. Dette ser vi samsvarer med funnene i denne litteraturstudien

I løpet av medisinsk praksis i spesialisthelsetjenesten, samt hospitering på en nyfødt intensivavdeling i forbindelse med denne litteraturstudien, fikk vi komme i kontakt med mødre som hadde opplevd prematurfødsel. I mange av tilfellene hadde fødslene skjedd fort, og uten at mødrene hadde fått forberedt seg tilstrekkelig. Mødrene var ofte i sjokk over hva som hadde hendt, og mange følte skyld og selvbebreidelse i at barnet ble født prematurt. Vi fikk inntrykk av at det var mye som skjedde rundt mor og barn på en gang. I mange tilfeller var det på grunn av komplikasjoner rundt mor eller barn som var årsaken til at prematurfødselen forekom, vi synes det da ikke blir vanskelig å tenke seg at det oppstår et behov for kunnskap hos mødrene. Vi anser dette derfor som å være et reelt funn. I følge Brudal (2000) kan prematurfødsler for de fleste oppleves som traumatisk. Det at fødselen ofte kommer plutselig og uforberedt på mødrene, kan føre til at de ikke opplever at de mestrer situasjonen. I følge Brudal (2000) vil mødrene som av forskjellige grunner opplever at mestringsfølelsen uteblir, stå i fare for å gå inn i en krisesituasjon. Uteblivelse av mestringsfølelse er igjen en viktig faktor for psykisk ubalanse. Med bakgrunn i dette, mener vi at det blir viktig for helsepersonell å sørge for at behovet for kunnskap hos mødrene blir tilstrekkelig ivaretatt.

5.4 «Mødres erfaringer ved å gi morsmelk»

5.4.1 Å gi morsmelk lindret skyldfølelse

I denne litteraturstudien ser vi at mange av mødrene følte på følelse av skyld for at fødselen fant sted prematurt. I følge våre funn slet mødrene med skyld og selvbebreidelse for at barna måtte gjennomgå en prematurfødsel. Som følge av dette brukte de muligheten av å kunne gi morsmelk som en kompensasjon for å lette på sin egen skyldfølelse og at de

på den måten følte på glede, stolthet og oppfyllelse (Sisk et al. 2010, Swanson et al. 2012, Rossmann et al. 2013, Flacking et al. 2006, Bernaix et al. 2006, Hurst et al. 2013 og Lee et al. 2009).

Dette er et sterkt funn som ses i sju av de inkluderte artiklene. Erfaringen vår fra praksis er også at mødre gir uttrykk for skyld etter å ha gjennomgått en prematurfødsel. Vi har opplevd at det ofte blir fokusert på å gi mor kunnskap om hvorfor det er viktig med tilførsel av morsmelk til premature, men ikke så mye på hennes erfaringer. Det at mor opplever glede, stolthet og oppfyllelse ved å kunne gi morsmelk mener vi kan ses på som positivt i den videre prosessen med tilknytting mellom mor og barn. Det at mor sitter igjen med følelser av skyld og selvbebreidelse, kan ses i sammenheng med det Markestad (2008) skriver om at årsakene til prematur fødsel kan skyldes fysiologiske årsaker hos mor som preeklampsi, tungt kroppsarbeid, svak livmorhals, infeksjoner eller stress. Det er ikke så vanskelig å tenke seg at mødre som opplever prematur fødsel reagerer med skyld. Det at mødrene ser på muligheten for melkeproduksjon og muligheten med å gi morsmelk som en kompensasjonsmekanisme, kan være med på å understreke hvor viktig det er for dem å mestre melkeproduksjonen og tilførselen av morsmelk til barna sine.

Vi mener at det er viktig å se dette funnet i sammenheng med det Ravn (2009) skriver om at det er viktig å merke seg ofte er fysisk og psykisk medtatt etter en prematurfødsel. Hun beskriver også at mødrene kan oppleve det som stressende å ha barnet sitt innlagt på en intensivavdeling, og at dette er med på å forsterke følelsene rundt dette.

Slik vi ser det kan det være viktig for helsepersonell å være klar over dette, da det kan tenkes at mødrene føler på en enda større skyldfølelse hvis de ikke får til produksjonen av morsmelk.

5.4.2 Fikk følelse av å være unik for barnet

Funnene i denne litteraturstudien viser til at mødre som fikk til å gi morsmelk, fikk følelsen av å være unik for barnet og at det hjalp dem i den videre prosessen med tilknytting. Videre vises det også til at de mødrene som ikke fikk til melkeproduksjonen følte på skyld og at de var uten betydning for barnet. Denne skyldfølelsen var et hinder i den videre prosessen med tilknytting (Flacking et al. 2006, Sisk et al. 2010, Swanson et al. 2012, Lee et al. 2009 og Rossmann et al. 2013 og Bernaix et al. 2006).

I følge Saugstad (2009) forekommer prematurfødsler ofte fort og uventet. I praksis har vi erfart at midt oppe i alt som foregår, skal mor få i gang melkeproduksjonen så raskt som mulig etter fødselen. Vi har også erfart at mange av mødrene i løpet av disse timene er i en krisesituasjon som følge av den plutselige og ofte uventede fødselen. Mange mødre kan også ha somatiske plager som følge av svangerskapet og forløsningen. Dette samsvarer med det Hansen (2010) skriver om at det er ikke alle som klarer å amme da dette avhenger av modenheten til barnet og mors helse.

I en fagartikkel utgitt av Wilson (2012) er også funnet med at mødrene følte muligheten for å være unik i form av å gi barnet morsmelk gjeldende. Mødrene opplevde de som positivt for morsfølelsen. Vi mener at det er viktig for helsepersonell å være klar over disse følelsene, spesielt med tanke på de negative innvirkningene som at mor kan føle på ved at hun er uten betydning for barnet. Vi mener det viktig at helsepersonell legger til rette også for de mødrene som ikke klarer å gi morsmelk. Dette kan gjøres ved at de inkluderes i pleien på en annen måte og at man kartlegge mors ønsker og behov i større grad slik at hun ikke føler seg uten betydning for barnet. Dette funnet vises i seks av artiklene. Vi synes det er interessant med tanke på at man den siste tiden ved bruk av NIDCAP – metoden har blitt mer klar over at foreldrene må settes i sentrum, og at man må gi dem en større mulighet til å delta i pleien til barnet sitt.

For helsepersonell kan det være viktig å ha kunnskap om at mødrene satt igjen med følelsen av å være unik for barnet når de kunne gi morsmelk, og på den måten følte større tilknytting til barnet. Det er og viktig for at helsepersonell også skal legge til rette for dem som ikke er i stand til å gi morsmelk, slik at de ikke føler å være uten betydning for barnet sitt hvis de ikke får det til. Det blir da viktig at helsepersonell i samarbeid med mor kan komme frem til andre måter som legger til rette for tilknytting, selv om de ikke ammer.

6.0 Konklusjon

De ulike resultatene i denne litteraturstudien viser at mødre opplevde ulike erfaringer når de gir morsmelk til barn som er født prematurt. Disse funnene kan deles inn i to hovedtema: «mødres erfaring for å gi morsmelk» og «mødres erfaringer ved å gi morsmelk». Miljøet rundt mor, som ønske om privatliv, nærhet, avstand og følelsen av tidspress påvirket deres evne til å gi morsmelk. Vi ser at mange av mødrene uttrykte behovet for støtte. Hvem de anså som støttepersoner varierte fra helsepersonell, partner, familiemedlemmer, samt andre mødre med samme erfaring som dem selv. Støtte var også viktig for å opprettholde melkeproduksjonen. Andelen av mødre om opplevde støtte varierte. Fravær av støtte hadde en negativ innvirkning på deres evne til å gi morsmelk. Det å bruke morsmelk som en kompensasjon for skyldfølelse samt følelsen av å være unik ved at de klarte å gi morsmelk, var viktig for mødrene. Dette økte morsfølelsen og hjalp dem i den videre tilknytningsprosessen. Mødre til premature barn har ulike forutsetninger for å gi morsmelk. Det kan da være vanskelig å vite akkurat hvordan de ulike individene reagerer, og hvilke erfaringer de opplever. Disse funnene mener vi kan ha positive konsekvenser for praksis, da vi i fremtiden mener at det er hensiktsmessig for sykepleiefaget å ha økt bevissthet om mors erfaringer ved å gi morsmelk til premature.

Det er ingen tvil at det å gjennomgå en prematur fødsel vil være en påkjenning for mor, uavhengig av alvorlighetsgraden. Vi er overrasket at vi ikke finner mer relevant forskning innenfor dette området, da vi tror det er viktig for praksisfeltet at bevisstheten øker rundt reaksjonene som oppstår hos mor når de gir morsmelk til premature, da antallet prematurfødsler på verdensbasis er stigende. Da dette kan bli et økende samfunnsproblem i fremtiden. Vi mener at økt bevissthet på mødres erfaring i fremtiden kan gjøre at helsepersonell står bedre rustet for hjelpe mor i den sårbare situasjonen hun befinner seg i etter en prematurfødsel.

6.1 Forslag til videre forskning

Slik vi ser det er det viktig at det forskes ytterligere på mødres erfaringer når de gir morsmelk til barn etter å ha gjennomgått en prematurfødsel. Det er mange studier som viser til fordelene ved å gi premature morsmelk, men ikke så mye forskning på mors erfaringer. Det er derfor et forslag at det forskes videre på dette i fremtiden for å øke

bevisstheten og kunnskapsnivået rundt mors erfaringer. Det å ha økt bevissthet om temaet vil være viktig for helsepersonells arbeid i fremtiden for å støtte og legge til rette for mors individuelle behov. Det er også et forslag at videre forskning også kan se etter om det er eventuelle konkrete forskjellene hos mødre i de ulike gruppene av premature.

8.0 Litteraturliste

Albertsen, Ellen Hoset og Stine Imelda Haas. 2011. *Morsmelk til premature/supplying breastmilk to preterm infants*. Bacheloroppgave, Høgskolen i Molde, Vitenskapelig høgskole i logistikk. <http://hdl.handle.net/11250/152813> (Lest: 04.04.15).

Bernaix, Laura W, Cynthia A. Schmidt, Patricia A. Jameson, Lorraine Seiter og Joan Smith. 2006. «The NICU Experience of Lactation and Its Relationship to Family Management Style». *MCN – The American Journal of Maternal / Child Nursing*. 31 (2): 95-100.

Brudal, Lisbeth F. 2000. *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, Olav. 2010. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal forlag

Database for statistikk og høyere utdanning. 2015. *Publiseringskanaler*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Lest 15.03.15)

Dowling, Donna, May-Ann Blatz og Gregory Graham. 2012. "Mother's Experiences Expressing Breast Milk for Their Preterm Infants Does NICU Design Make a Difference". *Advances in Neonatal Care*. 12 (6): 377-384.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of advanced Nursing*. 20 (2): 22-25.

Flacking, Renée, Uwe Ewald, Kerstin Hedberg Nyqvist, Bengt Starrin. 2006. "Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit". *Social Science & Medicine*. 62 (2006): 70-80.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

- Hansen, Mette Ness. 2010. «Ammeveiledning» i *Jordmorboka*. Red Anne Brunstad og Eva Tegnander. 640-658. Oslo: Arkibe AS.
- Hurst, Nancy, Joan Engebretson og Jane S. Mahoney. 2013. "Providing Mother's own Milk in the Context of the NICU: A Paradoxical Experience". *Journal of Human Lactation*. 29 (3): 366-372.
- Høgskolen i Molde. 2014. *Retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen*. Avdeling for helse og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde.
- Lee, Tzu-Ying, Ting-Ting Lee og Su-Chen Kuo. 2009. "The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants". *Journal of Advanced Nursing*. 65 (12): 2523-2531.
- Markestad, Trond. 2008. *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Medberg, Alf. 2010. «Det syke nyfødte barnet» i *Jordmorboka*. Red Anne Brunstad og Eva Tegnander. 588-613. Oslo: Arkibe forlag AS.
- Nasjonale Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2010. Tema: Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar> (lest: 01.02.15).
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Arkibe forlag AS.
- Padovani, Flavia Helena Pereira, Geraldo Duarte, Francisco Eulogio Martinez og Maria Beatriz Linhares. 2011. "Perceptions of Breastfeeding in Mothers of Babies Born Preterm in Comparison to Mothers of Full-Term Babies". *The Spanish Journal of Psychology*. 14 (2): 884-898.

Ravn, Ingrid Helen. 2009. "Samspillet mellom for tidlig fødte barn og foreldre" i *Nyfødtsykepleie 1 – syke nyfødte og premature barn*. Red: Bente Silnes Tandberg og Solfrid Steinnes.

Rossmann, Beverly, Janet L. Engstrom, Paula P. Maier, Susan C. Vonderheid, Kathleen F. Norr og Pamela D. Hill. 2011. "They've Walked in My Shoes: Mothers of Very Low Birth Weight Infants and Their Experiences With Breastfeeding Peer Counselors in the Neonatal Intensive Care Unit". *Journal of Human Lactation*. 27 (1): 14-24.

Rossmann, Beverly, Amanda L. Kratovil, Michelle M. Greene, Janet L. Engstrom and Paula P. Meier. 2013. "I have faith in My Milk: The Meaning of Milk for Mothers of Very Low Birth Weight Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit". *Journal of Human Lactation*. 29 (3): 359-365.

Sandstrø, Hege Pettersen. 2009. "Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP" i *Nyfødtsykepleie 2 – syke nyfødte og premature barn*. Red: Bente Silnes Tandberg og Solfrid Steinnes. 57-78. Oslo: Cappelen Damm AS.

Saugstad, Ola Didrik. 2009. *Når barnet er født for tidlig*. Bergen: Spartacus Forlag.

Sisk, Paula, Sara Quandt, Nikki Parson og Jenna Tucker. 2010. "Breast Milk Expression and Maintenance in Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Supports and Barriers". *Journal of Human Lactation*. 26 (4) 368-375.

Swanson, Vivien, Helen Nicol, Rhona McInnes, Helen, Cheyne, Helen Mactier og Elizabeth Callander. 2012. "Developing Maternal Self-Efficacy for Feeding Preterm Babies in The Neonatal Unit". *Qualitative Health Research*. 22 (10): 1369-1382.

Wilson, Deb. 2012 "Perceptions of mothers expressing breast milk on the neonatal unit following preterm delivery". *Infant*. 8 (6): 187-190.

World Health Organization. 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/> (lest: 14.03.15).

Vedlegg 1: PIO-skjema

P	I	O
Prematur* Lav fødselsvekt For tidlig født* Mødre	Amming Morsmelk	Erfaring Opplevelse
Premature* Low birth weigth* Birth preterm Mother*	Breast feed* Breastfeed* Breastmilk	Experience*

Vedlegg 2: Søkehistorikk ved systematisk søk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Premature*.mp. or exp Premature Birth/or exp Infant, Premature/	02.01.2015	Ovid Medline	144232	0	0	0
Exp Infant, Low Birth Weight/ or exp Infant, Premature/ or low birth weight*.mp.	02.01.2015	Ovid Medline	67414	0	0	0
Birth preterm.mp. or exp Premature Birth/	02.01.2015	Ovid Medline	6920	0	0	0
Mother*.mp.	02.01.2015	Ovid Medline	161592	0	0	0
1 or 2 or 3	02.01.2015	Ovid Medline	164159	0	0	0
Limit 5 to (yr="2010-Current" and (Danish or English or Norwegian or Swedish))	02.01.2015	Ovid Medline	29976	0	0	0
Exp Breast Feeding/ or breastfeed*.mp.	02.01.2015	Ovid Medline	29970	0	0	0
Exp Breast Feeding/ or breast feed*.mp. or exp Milk, Humn/	02.01.2015	Ovid Medline	41308	0	0	0
Exp Feeding/ or exp Milk, Human/ or breastmilk.mp.	02.01.2015	Ovid Medline	37846	0	0	0
7 or 8 or 9	02.01.2015	Ovid Medline	44469	0	0	0
Experience*.mp.	02.01.2015	Ovid Medline	660022	0	0	0
4 and 5 and 10 and 11	02.01.2015	Ovid Medline	153	0	0	0
6 or 12	02.01.2015	Ovid Medline	37	15	15	5
all(premature* OR low birth weight* OR birth preterm) AND	23.02.2015	ProQuest	53	21	8	1

all((mother*)) AND all((breastfeed* OR breast feed*)) AND at.exact("Article") AND la.exact("English" OR "Norwegian" OR "Danish")						
Adult (19-44 years) Article Danish, English, Norwegian	23.02.2015	ProQuest	53	21	8	1
(Premature* or low birth weight* or birth preterm) AND mother* AND (breast feed* or breastfeed*) OR breastmilk AND experience*	23.02.2015	Cinahl	150	15	2	0
Limiters - Published Date: 20100101-; English Language; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	23.02.2015	Cinahl	150	15	2	0
Mother's experience of expressing Breast milk for their preterm infants	06.03.2015	Google Scholar	18 900	1	1	1
Mother experiences breastfeeding preterm infants	06.03.2015	Google Scholar	25 900	1	1	1
Mothers experiences breastfeeding premature	06.03.2015	Oria	12	2	2	0
Breastmilk to premature infants	12.03.2015	Oria	12	0	0	0

mothers experience						
Mothers experience feeding premature	12.03.2015	Oria	16	0	0	0
exp Infant, Extremely Premature/ or premature*.mp. or exp Premature Birth/ or exp Infant, Premature/	14.03.2015	Ovid Medline	146008	0	0	0
exp Premature Birth/ or exp Infant, Very Low Birth Weight/ or exp Infant, Low Birth Weight/ or low birth weight*.mp. or exp Infant, Premature/	14.03.2015	Ovid Medline	72973	0	0	0
Birth preterm.mp. or exp Premature Birth/	14.03.2015	Ovid Medline	7192	0	0	0
1 or 2 or 3	14.03.2015	Ovid Medline	166189	0	0	0
limit 4 to (ovid full text available and yr="2000" and (danish or english or norwegian or swedish))	14.03.2015	Ovid Medline	231	0	0	0
mother*.mp.	14.03.2015	Ovid Medline	163491	0	0	0
exp Breast Feeding/ or breastfeed*.mp.	14.03.2015	Ovid Medline	30351	0	0	0
exp Breast Feeding/ or breast	14.03.2015	Ovid Medline	30786	0	0	0

feed*.mp.						
exp Breast Feeding/ or exp Milk, Human/ or breast milk*.mp.	14.03.2015	Ovid Medline	40093	0	0	0
7 or 8 or 9	14.03.2015	Ovid Medline	46564	0	0	0
experience*.mp.	14.03.2015	Ovid Medline	668187	0	0	0
4 and 10	14.03.2015	Ovid Medline	4315	0	0	0
6 and 11	14.03.2015	Ovid Medline	14416	0	0	0
12 and 13	14.03.2015	Ovid Medline	157	6	6	1
(Premature* or low birth weight* or birth preterm) AND mother* AND (breast feed* or breastfeed*) OR breastmilk AND experience*	14.03.2015	Cinahl	0	0	0	0
Limiters - Published Date: 20000101-; English Language; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish	14.03.2015	Cinahl	389	6	6	0
all(premature* OR low birth weight* OR birth preterm) AND all((mother*)) AND all((breastfeed* OR breast feed*)) AND at.exact("Article") AND la.exact("English " OR	14.03.2015	ProQuest	113	19	4	0

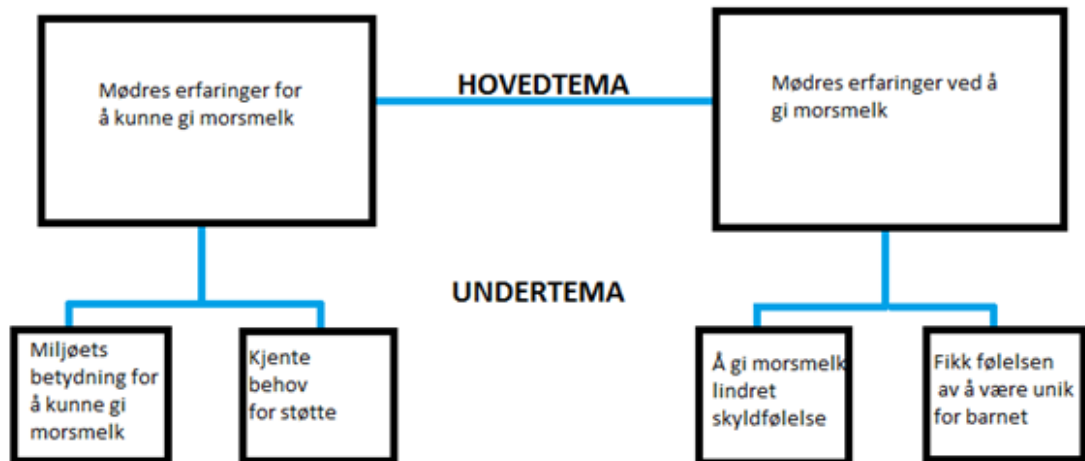
"Norwegian" OR "Danish")						
* Date: After 2000 Age group Adult (19-44 years) Document type Article Language Danish, English, Norwegian	14.03.2015	ProQuest	113	19	4	0

Vedlegg 3: Søkehistorikk ved manuell søk

Vi valgte å benytte oss av Brage via Høgskolen i Molde sine nettsider, som er høgskolens åpne arkiv for faglige og vitenskapelige arbeid foretatt av ansatte og studenter.

Vi foretok ett søk den 6.4.2015 og fikk treff på tre bacheloroppgaver. Vi valgte å se på litteraturlisten til Albertsen og Haas (2011). Ut fra dette, fant vi en artikkel og søkte den opp i Ovid Medline. Der ble artikkelen lest i fulltekst.

Vedlegg 4: Modell for litteraturstudiens hovedtema



Vedlegg 5: Antall artikler under de ulike temaene

Hovedtema	Undertema	Antall artikler
Mødres erfaringer for å kunne gi morsmelk	• Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk	8
	• Kjente behov for støtte	7
Mødres erfaringer ved å gi morsmelk	• Å gi morsmelk lindret skyldfølelse	7
	• Fikk følelsen av å være unik for barnet	6

Vedlegg 6: Liste over relevante funn

Funnene i denne litteraturstudien er delt opp i 2 hovedtema (markert med fet skrift), 4 undertema (markert med understreking) og de 33 funnene under de ulike undertemaene er markert med X.

Mødres erfaringer for å kunne gi morsmelk

Miljøet hadde betydning for å kunne gi morsmelk

- X: Ønske om nærhet i ammeprosessen.
- X: Nærhet var positivt i prosessen med tilknytting og oppstart av melkeproduksjon.
- X: Ønske om nærhet til barnet forsterket negative følelser, da barnet ikke hadde mulighet til å die fra brystet.
- X: Bruk av hjelpemidler for å holde motivasjonen oppe når nærhet ikke var mulig.
- X: Ønske om avstand til barnet under ammeprosessen.
- X: Gjennom pumping følte mor tilknytting til barnet, men også avstand.
- X: Pumping var et paradoks.
- X: Ønske om privatliv.
- X: Mangel på privatliv gjorde ammeprosessen vanskeligere.
- X: Mødrene fant alternative måter for å opprettholde privatlivet sitt.
- X: Mangel på privatliv under pumping når de begynte å jobbe igjen.
- X: Det å gi morsmelk var en tidkrevende prosess.
- X: Mangel på tid, fikk en negativ innvirkning på deres evne til å gi morsmelk.
- X: Utmattende for mor å skulle opprettholde melkeproduksjonen over lengre tid, uten at barnet kunne die direkte fra brystet.
- X: Mødre følte at klokken spilte en for stor rolle for helsepersonell, da de ikke fikk nok tid til å prøve og feile.

Kjente behov for støtte

- X: Støtte var viktig for deres evne til å gi morsmelk.
- X: Mangel på støtte fikk negativ innvirkning.
- X: Hvem de anså som støttende personer varierte.
- X: Personer de fant støtte hos var helsepersonell, partner eller andre familiemedlemmer og mødre som er/var i samme situasjon som dem selv.
- X: Varierte i hvilken grad de følte støtte.
- X: Opplevde de støtte, var det til hjelp for morsfølelsen og de følte mestring.

X: Følte at fedrene ikke forsto hvor slitsomt de var for dem å skulle pumpe seg, og de ga ikke tilstrekkelig støtte i denne prosessen.

X: For mye støtte i form av velmente råd.

X: Det er en smal balansegang mellom støtte og stress.

Mødres erfaringer ved å gi morsmelk

Å gi morsmelk lindret skyldfølelse

X: Gjennom at de greide å gi morsmelk til barna ble negative følelser som skyld, angst og frustrasjon satt til side og de opplever positive følelser som stolthet, glede og oppfyllelse.

X: Morsmelk hjelper dem å kompensere for skyldfølelsen og til å gjenoppbygge et normalt forhold til barnet, som igjen økte morsfølelsen.

Fikk følelsen av å være unik for barnet

X: Når de er i stand til å gi morsmelk til barnet sitt, fikk de følelsen av å være unik.

X: Det å gi morsmelk var bare noe mor kunne gjøre for barnet sitt.

X: Mødre beskrev det å gi morsmelk som «å gi liv» til barnet.

X: Å være unik for barnet gjennom å kunne gi morsmelk var til hjelp i tilknytningsprosessen.

X: Følte at de kunne gjøre det samme som andre mødre.

X: Det å ikke få til å gi morsmelk, gjorde at de følte på å være uten betydning for barnet.

X: Det å ikke kunne gi morsmelk til barnet forsterket negative følelser.

Vedlegg 7: Artikkelloversikt

Forfatter	Bernaix et al.
År	2006
Land	USA
Tidsskrift	MCN – The American Journal of Maternal / Child Nursing
Database	Manuelt Søk
Tittel	The NICU Experience of Lactation and Its Relationship to Family Management Style
Hensikt	<p>3 ulike hensikter med studien:</p> <p>1: Hvordan definerer foreldrene erfaringen med å ha et prematurt barn på en NICU avdeling?</p> <p>2: Hvordan definerer foreldre erfaringen med å sørge for morsmelk til en prematur på en NICU avdeling?</p> <p>3: Er laktasjons atferden i denne studien i samsvar med FMS typologien som er identifisert av Krouse?</p>
Metode / instrument	<p>Kvalitativ</p> <p>Separate semistrukturerte intervju av foreldrepar ble tatt opp på lydbånd og gjort om til skriftlig materiale.</p>
Deltagere	9 foreldrepar bestående av mødre og fedre.
Frafall	<p>0</p> <p>Fedres erfaringer i denne studien har blitt ekskludert, da vi kun har valgt å inkludere mødres erfaringer i henhold til hensikten vår.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjenning innhentet fra en lokal etisk komite.
Hovedfunn	<p>Erfaringene med å ha et prematurt barn på en NICU var at de opplevde det som stressende, skremmende og vanskelig.</p> <p>Muligheten til å gi morsmelk ga dem endrede erfaringer. Amming var vanskelig og nedslående. For dem som fikk det til, ble amming sett på som en belønning som gjorde dem stolt over at de mestret det.</p>
Kritisk vurdering	<p>Nivå: 1</p> <p>Kvalitet: God</p>

Forfatter	Dowling et al.
År	2012
Land	USA
Tidsskrift	Advances in Neonatal Care
Database	Ovid Medline
Tittel	Mothers' experience expressing breast milk for their preterm infants. Does NICU Design Make a Difference?
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke om det var forskjeller hos mødre som ønsker å tilby morsmelk til premature før og etter åpningen av single familierom på nyfødtintensivavdelinger. Har dette en innvirkning på ammingen?
Metode	Kvantitativ beskrivende design
Instrument	RCT
Deltagere	51 valgte å delta. 40 fullførte og disse er delt inn i to grupper 15 stk som var i den originale nyfødtavdelingen. 25 stk var i gruppen som prøvde single familierom
Frafall	11 frafall.
Etisk vurdering	Studien er godkjent av: The institutional review board (IRB) at University Hospitals Case Medical Center in Cleveland, Ohio.
Hovedfunn	Majoriteten av mødrene var mest komfortabel med å pumpe seg hjemme, på grunn av behovet for privatlivet, uavhengig av de to gruppene. Man ser også at de mødrene som bodde på familieromet sammen med barnet var mer komfortabel i å pumpe sammen med barnet. Mødrene utrykte også bekymringer angående melkeproduksjonen og 47 % rapporterte om problemer relatert til brystene.
Kritisk vurdering	Nivå: 1 Kvalitet: God

Forfatter	Flacking et al.
År	2006
Land	Sverige
Tidsskrift	Social Science & Medicine
Database	Google Scholar
Tittel	Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit
Hensikt	Utforske hvordan mødrene til ekstremt premature opplevde ammeprosessen følelsesmessig, og hvordan dette kan relateres til prosessen ved å bli mor både før fødsel og frem til utskrivelse fra nyfødt intensivavdelingen
Metode / instrument	Kvalitativ metode Semistrukturerte intervju
Deltagere	25
Frafall	0
Etisk vurdering	Mødrene signerte informert samtykke og frivillig deltagelse. Studien ble etisk godkjent av: The Research Ethics Committee of the Medical Faculty at Uppsala University.
Hovedfunn	Studien viser til viktigheten av sosiale bånd med barnet, far, ansatte og andre mødre på avdelingen for å oppnå følelsen av "å bli mor". De sosiale båndene ble påvirket både av mellommenneskelige forhold, men også av miljøet og rutinene på avdelingen. Hud- til hud kontakt ble sett på som positivt for ammingen. De følte avstand, å være ubetydelig for barnet, mangel på nærhet til barnet (mangel på plass i avdelingen) og følelsen av å ikke være hovedforsørger for barnet.
Kritisk vurdering	Nivå: 2 Kvalitet: God

Forfatter	Hurst et al.
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Human Lactation
Database	Ovid Medline
Tittel	Providing Mother`s own milk in the context of the NICU: A paradoxical Experience
Hensikt	Erfaringene rundt daglig pumperutine til mødre innlagt på en nyfødt intensivavdeling med ekstremt premature barn.
Metode	Studien er en del av en større ”mixed method studie” som har både en kvalitativ tilnærming, kombinert med en kvantitativ bestående av data fra mødrenes pumping.
Instrument	Semistrukturerte intervju, 2 uker etter fødsel (ved kun pumping) og 4-6 uker etter at amming var introdusert.
Deltagere	14 mødre
Frafall	5
Etisk vurdering	Studien godkjent av:”The university of Texas Health Science Center and Baylor College of Medicine review boards”.
Hovedfunn	Mødrene i denne studien følte at prosessen med å bli mor ble forstyrret på grunn av det premature barnet. Et av hovedfunnene var at de hadde masse motstridende følelser til pumpingen. Mødrene så på pumpen som både en tilknytting til barnet sitt, men også en årsak til at de følte avstand.
Kritisk vurdering	Nivå: 1 Kvalitet: God

Forfatter	Lee et al.
År	2009
Land	Taiwan
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing
Database	Ovid Medline
Tittel	The experience of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants
Hensikt	Beskrive erfaringene til mødre hos ekstremt premature med tilførsel av morsmelk.
Metode	Kvalitativ metode
Instrument	Semistrukturerte dybdeintervju som ble tatt opp på lydbånd og gjort om til skriftlig materiale.
Deltagere	31
Frafall	0
Etisk vurdering	Mødrene mottok skriftlig informasjon og signerte informert samtykke. Studien ble etisk godkjent av en lokal etisk komité.
Hovedfunn	Det at mødre opplevde skyldfølelse og klandret seg selv etter en prematur fødsel, motiverte dem til å ønske å gi morsmelk til barna. De uttrykket også behov for støtte fra helsepersonell, partner og familie.
Kritisk vurdering	Nivå: 2 Kvalitet: God

Forfatter	Padovani et al.
År	2011
Land	Brasil
Tidsskrift	The Spanish Journal of Psychology
Database	ProQuest
Tittel	Perceptions of breastfeeding in mothers of Babies Born Preterm in comparison to Mothers of full – Term Babies
Hensikt	Hensikten med denne studien var: a) å undersøke følelsene rundt amming hos mødre til premature barn, i forhold til mødre som ammer mature. B) i tillegg var hensikten med studien å undersøke om disse forskjellene hadde en sammenheng med angst og depresjon hos mødre. Hensikt b har vi valgt å utelukke, da den ikke er relevant for vår hensikt.
Metode	Både kvalitativ og kvantitativ (Cross-sectional study)
Instrument	Til hensikt a. ble det brukte dybde intervju og pumpelogg.
Deltagere	Totalt 75, fordelt i to grupper.
Frafall	50 mødre i gruppen med premature barn (født før svangerskapsuke 37 med en vekt under 1500 gram) i tillegg deltok 25 mødre i gruppen med barn født til maturt. Disse 25 har vi valgt å utelukke fra vår studie da de ikke er av betydning for vår hensikt
Etisk vurdering	Mødrene signerte informert samtykke og studien ble godkjent av «The Research Ethics committee» ved HCFMRP-USP
Hovedfunn	Noen av faktorer som forstyrret/hindret ammeprosessen: - Emosjonelt stress - Mangel på interesse/ønske - Mangel på psykologisk støtte Noen av faktorene som hjalp i ammeprosessen: - Emosjonelt velbehag - Psykologisk støtte - Positive følelser knyttet til barnet
Kritisk vurdering	Nivå: 1 Kvalitet: God

Forfatter	Rossmann et al.
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Human Lactation
Database	Ovid Medline
Tittel	“I have faith in my milk”: The Meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit
Hensikt	Beskrive betydningen av morsmelk for mødre som tilførte morsmelk til barn med lav fødselsvekt (under 1500 g) i sitt opphold i en nyfødt intensivavdeling.
Metode	Kvalitativ metode
Instrument	Semistrukturerte dybdeintervjuer som ble tatt opp på lydbånd.
Deltagere	23
Frafall	0
Etisk vurdering	Deltagerne signerte informert samtykke. Studien godkjent av “ <i>The institutional review board (IRB) of Rush University Medical Center</i> ”.
Hovedfunn	Mødrene hadde tiltro til at melken hadde en helende effekt på barna og sammenlignet det med «å gi liv» til barnet. Mødrene hadde tiltro til at melken deres ville minske risiko for komplikasjoner, holde barna friske og stabile. Det å kunne tilby morsmelk til barna, lettet deres egne følelser av skyld og mislykkethet etter en prematurfødsel. Mødre knyttet bånd via å kunne tilby morsmelk. Noen av mødrene opplevde en paradoks ved at de mislikte pumpingen, men ønsket likevel å tilby morsmelk til barnet sitt.
Kritisk vurdering	Nivå: 1 Kvalitet: God

Forfatter	Rossmann et al.
År	2011
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Human Lactation
Database	Ovid Medline
Tittel	They've walked in my shoes": Mothers of very low birth weights and their experience with breastfeeding per counselors in the Neonatal intensive care unit
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive erfaringen hos mødre til ekstremt premature som mottok ammeveiledning fra sertifiserte «Breastfeeding peer counselors», med spesiell forkunnskap for nyfødt intensivavdelinger.
Metode	Kvalitativ metode.
Instrument	Semistrukturerte dybdeintervju som ble tatt opp på lydbånd.
Deltagere	21
Frafall	0
Etisk vurdering	Mødrene signerte informert samtykke. De ble lovet konfidensialitet. Studien ble godkjent av: Institutional Review Boards of the University of Illinois at Chicago and Rush university medical center.
Hovedfunn	Denne studien understreker viktigheten av støttende relasjoner for moren. I denne studien kommer det frem at mødre synes det var positivt med bruken av «breastfeeding peer counselors» (mødre som selv har opplevd prematur fødsel, og som senere er blitt sertifisert som ammeveiledere) i form av at mødre opplevde at BPC hadde en felles forståelse for hvor vanskelig det kan være å skaffe morsmelk, når man har et barn på en nyfødt intensivavdeling.
Kritisk vurdering	Nivå: 1 Kvalitet: God

Forfatter	Sisk et al.
År	2010
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Human Lactation
Database	Ovid Medline
Tittel	Breast milk expression and Maintenance in Mothers of very low birth weight infants: support and barriers
Hensikt	Utforske hvilke faktorer som støttet/hindret utdrivelse og opprettholdelse av melkeproduksjonen hos mødre til ekstremt premature.
Metode	Kvalitativ metode
Instrument	Semistrukturerte dybdeintervju
Deltagere	32
Frafall	0
Etisk vurdering	Studien godkjent av: <i>“The institutional Review Boards for Wake Forest University School of medicine (WFUSM) and Forsyth Medical Center”</i> .
Hovedfunn	<p>I denne studien kom det frem en rekke utfordringer som hindret/støttet melkeutdrivelsen og opprettholdelsen av melkeproduksjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på privatliv fra ansatte og familiemedlemmer • Avstand og separasjon til barnet • Vanskelig balansegang med jobb og pumping • Mødres holdning til pumpingen • Behovet for støtte fra både ansatte og familie. • Pumpingen var en tidkrevende prosess
Kritisk vurdering	<p>Nivå: 1</p> <p>Kvalitet: God</p>

Forfatter	Swanson et al.
År	2012
Land	United Kingdom
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Database	Manuelt søk: Google Scholar
Tittel	Developing Maternal Self-Efficacy for Feeding Preterm Babies in the Neonatal Unit
Hensikt	Utforske mødres erfaring av deres selvtillit, angående det å lære seg barnets ernæringsadferd, og opplevelse av å være selvstendig etter en prematurfødsel.
Metode / instrument	Kvalitativ metode Semistrukturerte intervjuer
Deltagere	20
Frafall	1
Etisk vurdering	Deltagerne signerte informert samtykke og alle deltagerne ble sikret anonymitet. Studien ble godkjent av: <i>The West of Scotland National Health Service Research Ethics Committee.</i>
Hovedfunn	Det å kunne gi morsmelk symboliserte legemlig kontakt med barnet og økte deres selvtillit i morsrollen. Mødrene søkte kunnskap og ferdigheter i ernæringsssituasjonene. Støtte fra helsepersonell og partner/familie var viktig for dem i prosessen med å bli selvstendige. Følelsen av å være unik for barnet når de kunne tilføre morsmelk. Mødrene assosierte det å kunne tilby morsmelk med positive og negative følelser. Positive følelser: kjærlighet, stolthet, engasjement, tilfredsstillelse. Negative følelser: fysisk smerte, fatigue, ubehag, separasjon fra barnet. Flere av deltagerne i studien opplevde også ”mixed emotions”, som f. eks glede over å kunne tilby morsmelk ble avbrutt av følelsen av at det var vanskelig, krevende, utslitende og krevde engasjement.
Kritisk vurdering	Nivå: 2 Kvalitet: God

Vedlegg 8: Fagfellevurdering

(Database for statistikk om høyere utdanning: publiseringskanaler,

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>)

Forfatter	Tidsskrift	Nivå
Bernaix et al.	MCN – The American Journal of Maternal Child Nursing	1
Dowling et al.	Advances in Neonatal Care	1
Flacking et al.	Social Science & Medicine	2
Hurst et al.	Journal of Human Lactation	1
Lee et al.	Journal of Advanced Nursing	2
Padovani et al.	The Spanish Journal of Psychology	1
Rossmann et al. (2013)	Journal of Human Lactation	1
Rossmann et al. (2011)	Journal of Human Lactation	1
Sisk et al.	Journal of Human Lactation	1
Swanson et al.	Qualitative Health Research	2