



HØGSKULEN I VOLDA

# Ma

**Masteroppgåve i helse- og sosialfag  
- meistring og myndiggjering**

## **God amместart – også ved keisarsnitt?**

Foreldreopplevingar av ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt

Elin Hansen Ytterbø  
Desember 2013  
45 studiepoeng

HØGSKULEN I VOLDA | BOKS 500 | 6101 VOLDA  
WWW.HIVOLDA.NO | T: 70 07 50 00 | F: 70 07 50 51

## Forord

Det er mange som skal takkast for at oppgåva kom i hamn. Først og fremst dei som har gjort studien mogleg, dei fire foreldrepara, som velvillig har delt sine forteljingar om å amme. Dei har stilt opp i ein hektisk kvardag som småbarnsforeldre, ikkje berre til eitt men til to og tre born. Å bli invitert inn i heimen deira så vidt kort tid etter eit keisarsnitt er ei raus og gjestfri handling. Eg er særleg takksam for at dei fire fedrane takka ja til å late seg intervjuje, ikkje fordi dei er viktigare enn mødrene, men fordi temaet gjer det meir utfordrande å få menn i tale. Om eg skal mistenke kvinnene å ha ein finger med i spele, veit eg ikkje. Uansett kjønn takk til kvar og ein av dykk!

Medstudentar, og kollokviegruppa i sær – tusen takk for utviklande og inspirerande samvær og diskusjonar, og for sosiale «friminutt».

Professor Jon Olav Myklebust ved Høgskulen i Volda fortener stor takk for konstruktiv og realistisk rettleiing.

Takk til dei gode hjelperane, Kristine, Anne Marit, Lene og Tore Johan, som har lest korrektur og gitt nyttig tilbakemelding før oppgåva blei ferdigstilt.

Arbeidsgjevars positive innstilling og støtte har vore nødvendig for å kome i mål til planlagt tid. Utan permisjon i slutfasa ville det blitt vanskeleg.

Til sist vil eg takk mine nærmaste som har støtta og oppmuntra gjennom heile prosessen, ikkje minst i innspurten når det stod på som mest. Tusen takk!

Vegsund 1. desember 2013

Elin Hansen Ytterbø

## Samandrag

Morsmjølk og amming blir rekna som ein viktig helseressurs for mor og barn.

Ammeførekosten i Noreg har hatt positiv utvikling dei siste 40 åra, medan keisarsnittfrekvensen har gått motsett veg. Ved fødselen startar 99 % av kvinnene å amme, men mange avsluttar tidlegare enn det styresmaktene tilrår. Keisarsnitt er ein av fleire faktorar som aukar risikoen for at fullamming (barnet får åleine morsmjølk) blir avvikla. Direkte hud-til-hud (HTH) kontakt mellom mor og barn, frå like etter fødselen til første amminga er etablert, blir rekna som eit viktig tiltak for ammestarten. Ved fleire fødeinstitusjonar blir tiltaket også praktisert ved planlagt keisarsnitt.

Formålet med denne kvalitative studien var å få kunnskap om foreldres oppleving av ammeprosessen når fødemåten var planlagt keisarsnitt. Kva såg dei som vilkår for å skulle meistre amminga, og korleis opplevde dei tilrettelegging for amming under sjukehusopphaldet? Sentralt i utforskinga var korleis foreldreparet opplevde barnefars rolle i ammeprosessen.

Studien er ein retrospektiv kasusstudie og inkluderer fire foreldrepar. Mannen og kvinna i kvart foreldrepar blei intervjuva kvar for seg. Dei uttalte seg om den same fødselen og ammeperioden. Alle hadde erfaring med amming frå tidlegare, og dei var innstilt på å amme også denne gongen. Journalgjennomgang frå barselopphaldet er brukt som supplerande datakjelde. Keisarsnitta blei utført ved to ulike sjukehus på Vestlandet.

Det er gjennomført narrativ analyse basert på fortetta historier om dei fire foreldrepara. Tre berande element blei utarbeidd frå historiene: amming – naturleg og sjølvsgagt, foreldre i møte med ekspertsystem, og amming og foreldreskap. Vidare blei det utvikla underkategoriar for bruk i drøfting med tidlegare forskning og teori. Foreldras opplevingar av ammeprosessen kan summerast i følgjande hovudpunkt:

- I svangerskapet var foreldra lite opptatt av den komande ammeperioden. Dei såg amming som naturleg og sjølvsgagt også når fødselen skulle skje ved keisarsnitt.
- HTH-kontakten mellom mor og barn like etter fødselen blei ikkje opplevd einsidig positivt av foreldra. Dei forklarte dette med lukt av blod og fostervatn, plassmangel, kvalme og svimmelheit. Foreldrepara var også lite budde på denne praksisen ved keisarsnitt.

- Foreldrepar opplevde seg som ei eining under barseloppholdet. Erfaringa deira viste at personalet ikkje alltid såg det slik. Foreldra forstod ikkje kvifor dei ikkje fekk bu saman under barselsopphaldet når det var det dei ønska.
- På ulikt vis opplevde foreldrepara ammeprosessen som eit felles prosjekt.
- Dei fire mennene brukte i større og mindre grad «vi»-forma når dei snakka om amming.

**Nøkkelord.** Keisarsnitt, keisersnitt, amming, morsmjølk, morsmelk, barnefar, far, partner, hud-til-hud, hud-til-hud kontakt.

## Summary

Breast milk and breastfeeding are considered important health resources for both mother and child. Norwegian breastfeeding rates have had a positive development over the past 40 years, whereas caesarean section rates have gone in the opposite direction. At birth, 99% of women start breastfeeding, but many cease breastfeeding earlier than recommended by the authorities. Caesarean sections are one of the factors that increase the risk of exclusive breastfeeding being ceased. Direct skin-to-skin (STS) contact between mother and child, from immediately after birth and until the first breastfeed has been established, is considered an important step for the initiation of breastfeeding.

The purpose of this qualitative study is to gain knowledge of the parents' experience of the breastfeeding process when the birthing method is a planned caesarean section. What did the parents see as prerequisites in order to master breastfeeding, and how did they facilitate the breastfeeding during the hospital stay? A central part of the study is aimed at finding out how the parents experienced the father's role in the breastfeeding process.

The study is a retrospective case study of four sets of parents. The man and woman of each couple were interviewed separately. They spoke about the same birth and breastfeeding period. All of them had previous experience with breastfeeding, and had intentions of breastfeeding this time as well. Medical records from the post-natal ward have been used to supplement the available data. The caesarean sections were carried out at two separate hospitals in Western Norway.

A narrative analysis has been carried out based on condensed stories about the four couples. Three main elements were derived from their stories: breastfeeding – a natural and obvious choice, the parents' experience of expert systems, and breastfeeding and parenthood. Furthermore, theories were formed for the discussion of existing research and theory. The parents' experiences of the breastfeeding process can be summarised as follows:

- During the pregnancy, the parents were not concerned about the upcoming breastfeeding period. They considered breastfeeding to be a natural and obvious choice, even if the birth itself would be a caesarean section.
- The STS-contact between mother and child immediately following the birth was not experienced as solely positive by the parents. This was explained by the smell of blood and amniotic fluid, lack of space, nausea and dizziness.

- The couples considered themselves a unit during the stay at the post-natal ward, but their experiences demonstrate that staff did not always share this view.
- In various ways, the couples considered the breastfeeding process to be a joint project.
- The four men used the word 'we' to a greater or lesser extent when discussing breastfeeding.

**Key words:** caesarean, caesarean section, caesarean delivery, cesarean, cesarean section, cesarean delivery, c-section, breastfeeding, lactation, breastfeeding support, breastfeeding cessation, partner, father, skin-to-skin, skin-to-skin contact.

## **Innhold**

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Bakgrunn og problemstilling .....                             | 1  |
| 1.1   | Bakgrunn for val av tema og problemstilling .....             | 1  |
| 1.2   | Presisering av problemstilling og forskings spørsmål .....    | 4  |
| 1.3   | Relevante offentlige føringer .....                           | 5  |
| 1.4   | Oppbygging av oppgåva .....                                   | 6  |
| 2     | Tidlegare forskning .....                                     | 7  |
| 3     | Teoretisk bakteppe .....                                      | 14 |
| 3.1   | Amming – naturleg og sjølvsagt .....                          | 15 |
| 3.1.1 | Amming som helseressurs .....                                 | 15 |
| 3.1.2 | Ammeprosessen .....   | 16 |
| 3.1.3 | Korleis forstå amming? .....                                  | 19 |
| 3.2   | Møte med ekspertsystem .....                                  | 21 |
| 3.2.1 | Perspektiv på tillit .....                                    | 22 |
| 3.2.2 | Kommunikasjon og samhandling .....                            | 24 |
| 3.2.3 | Makt og kontroll .....  | 26 |
| 3.3   | Meistringsperspektiv på amming .....                          | 27 |
| 3.3.1 | Meistringsforventning – samspel mellom individ og miljø ..... | 29 |
| 3.3.2 | Å forstå kvarandre – og det kvinnelege og mannlege .....      | 30 |
| 4     | Design og metode .....  | 34 |
| 4.1   | Vitskapsteoretisk utgangspunkt .....                          | 34 |
| 4.2   | Kasusstudie som forskingsdesign .....                         | 35 |
| 4.3   | Kriterium for utvalet .....                                   | 38 |
| 4.4   | Datainnsamling .....  | 41 |
| 4.4.1 | Planlegging av intervju .....                                 | 41 |
| 4.4.2 | Samtalane .....   | 42 |
| 4.4.3 | Omsetjing av tale til tekst .....                             | 44 |
| 4.4.4 | Pasientjournal .....  | 45 |
| 4.5   | Narrativ analyse .....  | 45 |
| 4.5.1 | Kjenneteikn ved narrativ analyse .....                        | 45 |
| 4.5.2 | Analysestrategi .....   | 48 |
| 4.6   | Etisk refleksjon .....  | 49 |
| 4.6.1 | Informasjon og konfidensialitet .....                         | 51 |
| 4.6.2 | Om å intervju par .....                                       | 52 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 4.6.3 | Mi rolle som forskar .....                            | 53  |
| 4.7   | Metodisk refleksjon .....                             | 55  |
| 5     | Foreldrepara sine historier .....                     | 60  |
| 5.1   | Anne og Arild .....                                   | 60  |
| 5.2   | Berit og Bjørn .....                                  | 66  |
| 5.3   | Eva og Eirik .....                                    | 72  |
| 5.4   | Hanne og Håkon .....                                  | 78  |
| 6     | God ammestart – også ved planlagt keisarsnitt .....   | 85  |
| 6.1   | Innleiing til drøfting .....                          | 85  |
| 6.2   | Amming – naturleg og sjølvst .....                    | 86  |
| 6.2.1 | Amming – både naturleg og «normalt» .....             | 86  |
| 6.2.2 | Samtale om amming .....                               | 89  |
| 6.2.3 | Tidlegare ammeerfaring .....                          | 90  |
| 6.2.4 | Når amminga blir mekanisk .....                       | 91  |
| 6.3   | Foreldre i møte med ekspertsystem .....               | 93  |
| 6.3.1 | Foreldras møte med sjukehuset før keisarsnittet ..... | 93  |
| 6.3.2 | Hud-til-hud-kontakt – tilbod eller norm? .....        | 96  |
| 6.3.3 | Barseloppald – på godt og vondt .....                 | 101 |
| 6.4   | Amming og foreldreskap .....                          | 106 |
| 6.4.1 | Barnefar i møte med den nyfødde .....                 | 107 |
| 6.4.2 | Vi opplever oss som ei eining, men .....              | 109 |
| 6.4.3 | Å vere far til det diande barnet .....                | 111 |
| 6.4.4 | Det er «vi» som ammar .....                           | 115 |
| 7     | Avslutning .....                                      | 117 |
|       | Litteratur .....                                      | 122 |

## Vedlegg:

- 1: Godkjenning frå NSD
- 2: Spørsmål om å delta i intervju
- 3: Spørsmål om samtykke til innsyn i fødejournal
- 4: Godkjenning frå fødeinstitusjon om rekruttering
- 5: a. Intervjuguide – barselkvinne; b. Intervjuguide – barnefar
- 6: Skjema for aktuelle opplysningar (bakgrunnsinformasjon)



# 1 Bakgrunn og problemstilling

Innleiingsvis vil eg synleggjere mitt engasjement for å utforske ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt. For eit heilskapleg bilete vil eg skissere dei siste tiåras endring i bruk av keisarsnitt som fødemåte. På same måte vil eg trekkje fram hendingar som har vore viktige for korleis vi forstår amming i dag. Også fedrars involvering i svangerskap, fødsel og barseltid har endra seg i perioden. Ei rekke utfordringar melder seg når fødselen skjer ved planlagt keisarsnitt, ikkje minst i forhold til ammeprosessen. Den blir gjerne sett på vent den første fasen etter at barnet er fødd. Gjennom foreldras perspektiv tar eg sikte på å gi lesaren forståing av ammeprosessen sine kompleksitet – samspelet som skjer på individ- og systemnivå.

## 1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Verdens helseorganisasjon (WHO) og Unicef tilrår at spedbarn blir fullamma dei første seks levemånadene. Det vil seie at morsmjølk åleine er barnets næringskjelde. Den nasjonale tilrådinga fastslår at ein skal halde fram med delamming til barnet er minst 12 månader (Helsedirektoratet 2001: 13). WHO tilrår å halde fram med morsmjølk som supplement til fast føde til barnet er minimum to år (WHO 2001: 2). Mykje tyder på at vi kan trekkje fram høg ammefrekvens gjennom barnets første leveår som ein av dei viktigaste positive effektane for folkehelsa nasjonalt og globalt (Løland mfl. 2007: 2395-98; Jones et al. 2003: 65-70).

Det er kjent at så mange som 99 % av mødrer i Noreg starter å amme like etter fødselen. Ein norsk studie (Hägkvist et al. 2010: 2076-86) syner at berre 44 % held fram med fullamming ved fire månaders alder, og så få som 2 % ved seks månader. Studiens datagrunnlag er henta frå «*Den norske mor og barn undersøkinga (MoBa)*», og inkluderer 29 621 mor-barn par. Forfatterane undersøker samanhengen mellom forhold under og like etter fødselen og risiko for opphør av fullamming før barnet er seks månader gammalt. Dei avdekka tre hovudfunn som auka risikoen for at mødrer sluttar å fullamme ved ein månads alder og i tida mellom ein og tre månaders alder. Ei årsak var når barnet første leveveke hadde fått morsmjølkerstatning, sukkervatn eller vatn, ved sidan av morsmjølk. Den andre årsaka var når fødselen skjedde ved keisarsnitt. Tredje grunn var dersom mor hadde hatt ammeproblem.

Studien til Hägkvist et al. (ibid.) påpeiker at det er nødvendig å studere nærmare faktorar knytt til opphør av fullamming. I denne studien har eg valt å sjå på utfordringar knytt til

ammeprosessen når barnet kjem til verda ved hjelp av planlagt keisarsnitt. Korleis foreldre i graviditeten førebur seg på det å skulle amme, og erfaringa dei har frå tidlegare, er sentralt i utforskinga. Eg ser på korleis dei opplever den første tida etter at barnet er fødd. Vidare har barnefar, som sjølvstendig forelder og som støtteperson i ammeprosessen, fått ein sentral plass i oppgåva.

I vestlege land er auken i keisarsnittfrekvens ei utfordring. Først og fremst er utfordringa knytt til folkehelseperspektivet, men er òg relatert til økonomi og andre ressurs spørsmål. Årsak til auka førekomst er ikkje godt nok kartlagt, men er mange og komplekse, og kan relaterast til både medisinske og ikkje-medisinske faktorar (Tollånes 2009: 1329-1331; Bergsjø 2007: 185). Kvar kryssingspunktet går for når keisarsnitt er nødvendig og føremålstenleg, og når det får meir trugande karakter for mor og barn, og over tid folkehelsa, er ikkje eintydig. Uansett er det problematisk å skulle forsvare å utføre kirurgiske inngrep dersom det ikkje er klar medisinsk indikasjon for ei slik handling. Tollånes (ibid.) viser likevel til at WHO i 1985 publiserte retningslinjer for teknologiske inngrep under fødsel, der dei uttrykkjer at keisarsnittrate utover 10-15 % vanskeleg kan forsvarast. Frå 1976 og fram til 2012 har keisarsnittfrekvensen i Noreg gått frå knapt 2 % til 16,5 %. Det vil seie at nærare 11 000 barn kvart år kjem til verda på denne måten. For om lag 4 000 av desse skjer det som planlagt keisarsnitt (Medisinsk fødselsregister 2013). Sjukehus med lågast keisarsnittfrekvens ligg på rundt 10 % av alle fødselar. Institusjonar med høgst frekvens ligg opp mot 25 %, og skilnaden har vore stabil over fleire år (ibid.). Mellom fem og ti prosent av alle keisarsnitt i Noreg blei i 2005 gjort på indikasjonen mors ønskje, eller med tynn medisinsk grunngeving. Fleirgangsfødande representerte 80 % av desse. Årsak var frykt for fødsel, med bakgrunn i tidlegare fødselsoppleving (Bergsjø 2007: 186).

Kolås et al. (2003: 864) gjorde ein studie der indikasjonar for keisarsnitt i Noreg blei undersøkt. I underkant av 3000 keisarsnitt utført ved 24 fødeavdelingar, ca. 70 % av alle keisarsnitt i ein periode på 8 månader, blei inkludert. Forfattarane konkluderte med at 45 % av keisarsnitta var planlagt. Dei vanlegaste indikasjonane for denne gruppa var ikkje uventa tidlegare keisarsnitt og mors eige ønskje. Kvinner med tidlegare keisarsnitt blei i nesten halvparten av tilfella også forløyyst med keisarsnitt i neste svangerskap. Häger et al. (2004: 430) viste i ein annan studie av same datamaterialet at over 21 % av alle keisarsnitt hadde ein eller fleire korttidskomplikasjonar.

Karlström et al. (2013: 481) fann at kvinner som fekk utført planlagt keisarsnitt, utan at det var medisinsk indikasjon, hadde nærare sju gonger auka risiko for ammekomplikasjonar enn kvinner som fødde vaginalt. Når keisarsnittet blei utført akutt var risikoen berre ein til to gonger større. Dersom det er slik at barn fødd ved hjelp av planlagt keisarsnitt har vesentleg dårlegare ammekår, samanlikna med dei som kjem til verda etter akutt keisarsnitt, vil det vere endå større grunn for å sette lys på denne gruppa gravide og fødande. Det blir viktig både å halde inngrepet på eit lågast forsvarleg nivå og å optimalisere ammestarten.

Etter at fødsels- og barselomsorga i Noreg blei lagt til sjukehusa gjekk ammefrekvensen ned. Tidsskjema for kor lenge og ofte barnet skulle ligge ved brystet, og ideen om å skilje mor og barn i dagane etter fødselen er truleg dei viktigaste grunnane til nedgangen. I tillegg blei mistillit til morsmjølk sett i system. Mange kvinner fekk høyre at mjølka dei produserte ikkje hadde tilfredsstillande kvalitet og volum. Det skapte ei mistru til moderne kvinners evne til å amme. Ammeførekosten var på sitt lågaste i 1967, og har sidan bevegde seg i positiv retning. I løpet av den neste tiårsperioden gjekk prosentdelen av barn som blei amma i tre månader eller meir, frå 30 % til 75 %. Fleire samtidige hendingar er med på å forklare utviklinga. Mellom anna fekk kvinnene tilgang på skriftleg informasjon om morsmjølk og amming, og den frivillige organisasjonen *Ammehjelpen* blei stifta. Intensjonen var at kvinnene skulle ta tilbake kontrollen med spedbarnsernæringa, og organisasjonen arbeidde i fleire år mot etablerte medisinske rutinar (Helsing og Hæggekvisst 2008: 316-327). Ellingsæter (2005: 377) trekkjer fram eit feministisk empowerment-perspektiv i det offentlege engasjementet i denne perioden. Ho påpeiker vidare at Noreg fekk sin første offisielle ernæringspolitikk i 1976, der tilrådingar om amming var integrert.

I dag er dei fleste norske føde-barselavdelingar godkjente som *Mor-barn-vennlege* (MBV), etter WHO og Unicef (1989) sin definisjon. Truleg som eit direkte resultat av arbeidet med *Mor-Barn-Vennlig Initiativ* (MBVI) fekk vi ei ny stigningskurve for ammefrekvensen i byrjinga av 1990-åra (Statens helsetilsyn 1996). *Nasjonalt kompetansetjeneste for amming* (tidlegare: Nasjonalt kompetansesenter for amming) blei oppretta i 1999, og Unicef/WHO sine ti trinn for å bli godkjent som mor-barn-venleg sjukehus blei oversett til norsk. Det er i dag forventat at den offisielle ammepolitikken inngår i kunnskaps- og handlingsgrunnlaget for mor og barn både i sjukehus og i kommunene. Ifølgje Ellingsæter (2005: 378) gir dette ammetilrådingane ein heilt annan status enn andre statlege kosthaldsråd.

Då MBVI blei introdusert på midten av 1990-talet var det allereie etablert rutinar for at fedrar kunne vere med på fødselen. Derimot gjekk det lengre tid før dei fekk høve til å vere med under keisarsnitt. Intensjonen var at mannen skulle ha ei støttande rolle overfor kvinna og at dei saman skulle få oppleve barnets fødsel.

Studien til Häggkvist et al. (2010) har gitt motivasjon til nærmare utforsking av eitt av hovudfunna presentert i artikkelen. Målet er å bidra med utfyllande kunnskap frå eit foreldreperspektiv. Eg vil utforske foreldra sine erfaringar knytt til ammeprosessen når barnet kjem til verda ved planlagt keisarsnitt. Gjennom val av design og metode meiner eg studien kan sjåast som supplement til eksisterande kunnskap. Formålet med studien min er å bidra til auka forståing for kva som verkar inn på den tidlege fasen i ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt. Ved å studere enkeltkasus i lys av det vi alt har kunnskap om, påpeiker Stake (2005: 451) at vi kan få fleire dimensjonar å sjå samanhangar ut i frå.

## **1.2 Presisering av problemstilling og forskingsspørsmål**

Prosessen med å spesifisere problemstillinga og tilhøyrande forskingsspørsmål har vore lang og krevjande. Den endelege problemstillinga har blitt til gjennom tilbakevendande dialog med eksisterande forskning på ammefeltet generelt og i tilknytning til keisarsnitt spesielt. Gjennom utforsking av dei teoretiske perspektiva, og i arbeid med det empiriske materialet, er problemstillinga i fleire omgangar blitt justert. Erfaringar som jordmor i eit aktivt fagmiljø har vore eit viktig bakteppe for å forstå den sosiale verkelegheita eg studerer. Brillene eg ser verda gjennom har sjølvsagt prega prosessen og den endelege utforming av problemstillinga:

### **Foreldreopplevingar av ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt.**

Problemstillinga er vidare presisert i fire forskingsspørsmål:

1. Kva ser foreldre som vilkår for å skulle meistre amminga når barnet blir fødd ved hjelp av planlagt keisarsnitt?
2. Korleis opplever foreldre tilrettelegging for amming under sjukehusopphaldet?
3. Barnefars rolle:
  - a) Korleis opplever barnefaren si rolle knytt til amming den første tida etter keisarsnittet?

- b) Korleis opplever barselkvinnar barnefarens rolle knytt til amming den første tida etter keisarsnittet?
4. Foreldres erfaring med tilrettelegging for hud-til-hud kontakt mellom mor og den nyfødde i samband med keisarsnittet:
- a) Korleis opplever mor å få hud-til-hud kontakt med sitt nyfødde barn den første tida etter fødselen?
  - b) Korleis opplever far det om barnet får hud-til-hud kontakt med mor den første tida etter fødselen?

Amming er av stor offentleg interesse, og problemstilling og forskingsspørsmål må sjåast i lys av aktuelle føringar på feltet. Eg vel å presentere nærmare dei viktigaste for denne studien.

### **1.3 Relevante offentlege føringar**

*Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Oppskrift for et sunnere kosthold (2007-2011)* (Helse- og omsorgsdepartementet 2007) er tydeleg på amminga sin sentrale plass i det norske kosthaldet:

Amming er et av de mest effektive tiltakene for å fremme helse og forebygge sykdom hos barnet og kan også ha gunstig effekt på helsen senere i livet. Det er derfor viktig å opprettholde og styrke den positive ammekulturen i Norge (ibid.: 35).

Handlingsplanen poengterer samfunnet og helsetenestene sine oppgåver med å gjere det så enkelt som mogleg for kvinner å amme. Tilgang på kunnskapsbasert rettleiing er ei målsetting, slik at mødrer kan amme med minst mogleg problem, og ikkje sluttar grunna manglande støtte.

*Anbefalinger for spedbarnsernæring* (Helsedirektoratet 2001) er eit supplement til dei offisielle næringsstoff-tilrådingane og er primært retta mot helsepersonell. Den er uendra sidan 2001. I 2011 blei det starta eit arbeid med å revidere dei eksisterande tilrådingane. Mellom anna blir kunnskapsgrunnlaget for lengda på fullamming gjennomgått. Ferdigstilling av *Nasjonalt faglig retningslinje for spedbarnsernæring* er planlagt i løpet av 2014 (Helsedirektoratet 2012). I dag er det fortsatt *Anbefalinger for spedbarnsernæring* som gjeld: «Spedbarn bør få morsmelk som eneste ernæring de første seks levementene. (...) Ammingen bør opprettholdes gjennom hele det første leveåret» (Helsedirektoratet 2001: 13).

Eit sentralt dokument er stortingsmelding nr. 12, *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Familievenleg barselomsorg er eit aspekt som blir vektlagt ved sidan av eit breitt brukarperspektiv. Barnefars sentrale rolle som omsorgsperson i vekene omkring fødsel, blir understreka. Stortingsmeldinga kjem også inn på fedrars lovfesta omsorgspermisjon i samband med fødselen. Dei to vekene manglar refusjon i trygdesystemet og om ikkje arbeidsgjevar gir dette godet må permisjonen takast utan løn (ibid.: 54-55). For mange kan det bli for krevjande økonomisk.

*Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (Sosial- og Helsedirektoratet 2005) tilrår at gravide får tilbod om samtalar om amming i grupper eller individuelt. «Forberedelse til amming omfatter praktisk og teoretisk informasjon og undervisning om morsmelk og amming» (ibid.: 51). Dersom kvinna er fleirgangsfødande bør ammeerfaring alt i starten av svangerskapet dokumenterast i *Helsekort for gravide*. Jordmor eller lege skal gjere gravide kjent med kva dei kan forvente seg av eit MBV sjukehus. Kvinner med tidlegare negativ ammeerfaring skal ha særleg merksemd i svangerskapet. I retningslinjene blir det vist til ei brukarundersøking frå 2003 som fortel at svangerskapsomsorga i liten grad bidrar til å førebu komande fedrar på det som ventar dei og familien etter fødselen. 87 % av menn som skal bli fedrar seier at det betyr mykje å få vere med under ultralydundersøking i svangerskapet, medan berre 55 % seier det er viktig å få vere til stades ved svangerskapskontrollane.

#### **1.4 Oppbygging av oppgåva**

Intensjonen med kapittel 1 var å introdusere og aktualisere studiens tema og problemstilling. I kapittel 2 vil eg presisere korleis litteratursøk er gjennomført og vidare presentere aktuell forskning på feltet. Det valte teoretiske bakteppe har fått plass i kapittel 3. Vidare vil eg i kapittel 4 gi ei utdjupande framstilling av design og metode og kva val som er gjort for datainnsamling og analyse. I kapittel 5 blir det empiriske materialet presentert gjennom fire narrativ, der kvart foreldrepar er definert som eitt kasus. Kapittel 6 er drøftingsdelen, der eg søker å diskutere empirien mot eksisterande forskning og det teoretiske bakteppe. Kapittel 7 gir ei oppsummering der også refleksjon knytt til vidare utforsking får plass.

## 2 Tidlegare forskning

Hovudsøk etter litteratur blei gjort hausten 2012 og vinteren 2013. Søk blei gjort i databasane Bibsys, Norart, Idunn, NORA, Cristin, Ovid Nursing Database, Medline og CINAHL.

Søkeorda eg har nytta finst i samandraget (norsk og engelsk). Bibsys er i utstrekkt grad blitt brukt, både for artikkel- og tidsskriftsøk. For oversiktsartiklar har eg søkt i The Cochrane Library og PubMed. Når treff i Helsebiblioteket ikkje gav resultat blei Google Scholar nytta, både med tanke på forfataroversikt og for tilgang til artikkelsamandrag. Aktuelle artiklar blei vidare bestilt i fulltekst. Referanselister i forskingsartiklar, studentoppgåver og doktorgradsarbeid er nytta for å spore aktuell litteratur.

Internasjonalt er det dei siste tiåra forska breitt på området morsmjølk og amming. Dei 15 publikasjonane som er tatt med i oversikta er alle fagfelleverdert. Tabellen inkluderer tolv enkeltstående forskingsstudiar og tre systematiske oppsummeringar. Desse er gjennomgått for analytisk kopling og diskusjon mot eigen empiri. Ei rekke andre forskingsartiklar er i tillegg nytta som referansar i arbeidet med studiens teoretiske bakteppe (kapitel 3).

For å avgrense litteraturtilfanget har eg valt å konsentrere meg om nyare forskning. Studiane er publisert i tiårs perioden 2003-2013, ei naturleg avgrensing sidan tilråding om fullamming i seks månader blei framsett av norske styresmakter i 2001 (Helsedirektoratet 2001: 13). Skulle eg basert litteraturgjennomgangen berre på norsk forskning ville eg stå igjen med få artiklar, og utan nødvendig fagleg breidde. Når det gjeld einskildstudiar, har eg i hovudsak konsentrert meg om dei nordiske landa, Sverige og Danmark. Velferdspolitiske ordningar og helsetenester knytt til svangerskap, fødsel- og barseltid vil i store grad kunne samanliknast med den norske modellen. Vidare er Sverige det land i Norden som er lengst framme når det gjeld forskning på området. To studiar frå Italia (Zanardo et al. 2012; Gouchon et al. 2010) er inkludert sidan dei har særleg relevans for oppgåvas tematikk. Sjølv om velferdspolitikken her byggjer på eit tradisjonelt kjønnsrollemønster er ikkje det tema for desse to studiane. Dei undersøker fysiologiske prosessar hos mor og barn i den tidlege ammeprosessen og hud-til-hud (HTH) kontakt etter keisarsnitt. Ein studie frå Kanada er inkludert (Rempel and Rempel 2011). Velferdspolitikken ligg her nærmare den nordiske modellen, og det gjer at eg kan forsvare å ta den med. Når det gjeld dei systematiske oversiktsartiklane har dei i større grad eit globalt perspektiv som det er nødvendig å ha ei reflektert haldning til.

I oversikta er den norske studien av Hægkvist et al. (2010) presentert først for å understreke utgangspunktet for denne studiens problemstilling og forskings spørsmål. Vidare kjem dei systematiske oversiktane, før enkeltstudiane får omtale.

| Forfatter(publ.år)/Nasjon/Tittel   | Formål  | Design og metode/Utval   | Konklusjon  |
|--|---|--|---|
| Hægkvist, A-P., A.L. Brandsæter, A.M. Grjibovski, E. Helsing, H.M. Meltzer & M. Haugen. (2010)/Norge/<br><i>Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding.</i> | <u>To formål:</u><br>1) Undersøke utbreiing av fullamming og delamming dei første 6 månader<br>2) Undersøke samanhengar mellom forhold under og like etter fødselen og risiko for å avslutte fullamming   | Data frå Den norske Mor-Barn undersøkinga (MoBa) – <u>kohort database</u> for tidsrommet 1999-2008. Analysen er gjort på bakgrunn av MoBa's Q4-skjema - <u>retrospektive spørjeundersøking</u> 6 månader etter fødsel / 29 621 kvinner som fødde i 2002-05. Må ha svart på alt om barnets ernæring   | 1)Tilleggsmat første leveveke, 2)ammeproblem og 3)forløyising med keisarsnitt er alle tre assosiert med tidleg opphør av fullamming. Funna støttar ei tilbakeholdande tilnærming til tilleggs mating i barnets første leveveke  |
| Moore, E.R., G.C. Anderson, N. Bergman & T. Dowswell. (2012)/<br><i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.</i><br><br>(Review)  | Vurdere effekt av tidleg HTH-kontakt mellom mor og barn etter fødsel/keisarsnitt, med verknad på:<br>1)etablering og framhald av amming<br>2)barnets fysiologiske tilpassing (m.a. temperaturregulering, respirasjon- og hjertefunksjon)<br>3) «mor-barn åtfærd»  | Inkluderte forskingsartiklar er <u>randomiserte, kontrollerte studiar</u> (RCT)/ Mødrer og friske nyfødde til termin + “lett” premature (svangerskapsveke 34-37) med tidleg HTH-kontakt (innan 24 t etter fødsel). Kontrollgruppene: standard oppfølging. 34 RCT-studiar inkludert (2177 mor-barn par )  | 1)Signifikant positiv effekt av tidleg HTH-kontakt på amming ved 1-4 mnd. alder<br>2)Blodsukker 1,5 t etter fødsel høgare hos barn som fekk HTH-kontakt.<br>Tidleg HTH-kontakt positivt for mor og barn på alle område. Forskinga, som er systematisk gjennomgått, finn ingen negativ verknad på mor og barn  |
| Prior, E., S. Santhakumaran, C. Gale, L.H. Philipps, N. Modi & M.J. Hyde. (2012) /Storbritania/<br><i>Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature.</i><br><br>(Review)  | Avdekke samheng mellom fødemåte, tidleg amme start, og ammeførekost 6 månader post-partum   | <u>Systematisk oversikt og meta-analyse av observasjonsstudiar</u> publisert før jan-2011 (inkluderer òg ikkje-engelskspråklege)/ <u>Review:</u> 53 studiar (33 nasjonar)/ <u>Meta-analyse:</u> 48 studiar (31 nasjonar). Studiar med berre kvalitative data blei ekskludert   | Negativ assosiasjon mellom planlagt keisarsnitt og tidleg amme start. Er amming først etablert har fødemåte ingen tydeleg verknad på kor mange som ammar 6 månader etter fødsel. Kvinner og helsearbeidarar bør ha merksemd på den negative samanhengen, og konsekvensar det har for barnet vidare  |
| Renfrew, M.J., F.M. McCormick, A. Wade, B. Quinn & T. Dowswell. (2012)/ <i>Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies.</i><br><br>(Review)   | <u>Fire formål:</u><br>1)Beskrive former for amme støtte –tid/situasjon for iverksetjing<br>2)Undersøke effekt av ulike støttetiltak, og om tiltak både i graviditet og barseltid er meir effektive enn når tiltak berre skjer etter fødsel<br>3)Undersøke effekt av ulike omsorgspersonars involvering og opplæring<br>4)Utforske samheng mellom gjeldande amme-førekost og effekt av støttetiltak | Den systematiske oversikta inkluderte <u>randomiserte kontrollerte studiar</u> der ekstra støtte til ammande mødrer blir samanlikna med ammande mødrer som mottar “standard” barselomsorg. Dei nyfødde var friske terminbarn, og mødrene var også friske. Alle former for ekstra støtte blei analysert samla/ 52 studiar (56 451 mor-barn par) frå 21 land | 1)Alle former ekstra støtte/ rettleiing har positiv verknad på total ammelengde og lengde på fullamming<br>2)Støtte både frå øvde lekfolk og fagpersonar verkar positivt på ammeresultat<br>3)Støtte ansikt-til-ansikt assosiert med større behandlingseffekt enn støtte pr. tlf.<br>4)Tilgjengeleg støtte berre når mødrer sjølv tar kontakt er vanlegvis lite effektiv<br><u>Konklusjon:</u> Må gi tilbod om planlagde og gjentakande heimebesøk. Støtte tilpassast situasjon og populasjon |



|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>Kronborg, H. &amp; M. Væth (2004)/ Danmark/ <i>The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding.</i></p>  | <p>Undersøke i kva grad psykososiale faktorar påverkar ammelengde</p>   | <p>Observasjonsstudie av ein kohort av mødrer som nettopp hadde fødd (2-mnd periode hausten 1999). Dei blei følgd opp i 4 mnd. Rekruttering skjedde ved 3 sjukehus der MBVI var implementert/ inkluderte 466 etnisk danske første- og fleirgangsfødande som fødde e. 37.svangerskapsveke (ingen tvillingfødselar)</p> | <p>Betre innsatsen for å identifisere mødrer med risiko for tidleg ammeopphør, og som ønskjer å amme, for å gi desse spesifikk støtte. Utdanning, intensjon, self-efficacy, tidlegare erfaring og kunnskap om amming er faktorar som har negativ verknad på ammelengda. Dei 5 første vekene etter fødsel er særleg sårbare. Element for å betre self-efficacy og praktisk kunnskap om amming blir understreka</p>   |
| <p>Larsen, J.S., E.O.C. Hall &amp; H. Aagaard (2008)/ Danmark/ <i>Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metanalysis.</i></p>     | <p>Undersøke kva som påverka mødrenes sjølvtilitt når det gjeld amming. Få ei djupare forståing av kva som gjer at dei gir opp å amme endå dei har kunnskap om kor viktig det er å vere i stand til nettopp det</p> | <p><u>Metasyntese</u>: systematisk samanlikning av resultat frå 7 kvalitative studiar, publisert i tidsrommet 2001-2005/Utført av 7 forskarteam frå 4 land (Australia, Irland, UK &amp; Sverige/ inkluderte 883 mødrer</p>  | <p>Sjølvtilitt når det gjeld amming blir skapt av knuste forventningar og er påverka av: 1)«her-og-no» nivået (mødrenes forventning, nettverket og «ammeekspertane») og 2)diskursnivået (amming er naturleg, kvinnekroppen som «maskin» og medisinske tilrådingar må følgjast). Konklusjonen er at mødre sjølv blir ståande ansvarleg for om amminga lukkast eller ei, diskursnivået skjuler at generelle oppfatningar om amming undervurderer mødrenes sjølvtilitt og fører til knuste forventningar</p> |
| <p>Ekström, A., A-M. Widström &amp; E. Nissen. (2003)/ Sverige/ <i>Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of swedish women.</i></p>                 | <p>Beskrive former for amnestøtte, og framfor alt første- og fleirgongs mødrens sjølvkjensle knytt til lengda av ammeperioden</p>   | <p><u>Spørjeskjema</u>, 9-12 månader etter fødsel/194 første-gongs- og 294 fleirgongs fødande etter vaginal fødsel</p>  | <p><u>Hjelpestrategi for amnestøtte</u>:<br/>1)Ta opp med mødrer korleis bestemødrene oppfatar amming<br/>2)Skape eit miljø i barselavd. som gjer det mogleg for den nye familien å bu saman<br/>3)Mobilisere bestemødrene med positiv oppfatning av amming til støtte for sine døtrer</p>  |
| <p>Ellberg, L., U. Högberg &amp; V. Lindh. (2010)/ Sverige/ <i>We feel like one, they see us as two: new parents' discontent with postnatale care.</i></p>                     | <p>Undersøke korleis foreldre hadde opplevd barselomsorga</p>   | <p><u>Survey</u>: <u>Spørjeskjema</u> til 1474 par 6 månader etter fødsel ved eit sjukehus i Nord-Sverige. Skjemaet hadde både lukka og opne spørsmål om korleis dei opplevde barsel-omsorga/ 773 kvinner og 701 menn svarte</p>  | <p>Kjenslemessige band mellom foreldre blir ikkje alltid sett og støtta av personalet. Far opplevde seg ofte som utanforståande, i det han oppfatta som ei kvinneverd. Paret opplevde seg som ei eining, men blei behandla som ein pasient og ein besøkande. Utilstrekkeleg organisatorisk til rettellegging var ofte forklaringa. Forfatarane etterlyser auka merksemd på barselomsorg</p>   |
| <p>Erlandsson, K., A. Dsilna, I. Fagerberg &amp; K. Christensson. (2007)/ Sverige/ <i>Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn</i></p> | <p>Undersøke korleis verknad av HTH-kontakt med far har på gråt, og måten friske terminbarn bur seg på amming når fødselen</p>  | <p><u>RCT</u>: 29 far-barn par, randomisert til enten HTH-kontakt med far (studiegruppe), eller liggande i eiga seng ved sidan av far</p>   | <p><u>Hovudfunn</u>: HTH-kontakt mellom far og barn hadde positiv verknad på barnets gråt. I studiegruppa var barna rolegare og nådde raskare eit</p>   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <i>crying and pre-feeding behavior.</i>  | skjer ved planlagt keisarsnitt   | (kontrollgruppe)/ Lyd-opptak av lengde på barnets gråt + direkte observasjon av barnets måte å te seg på (skåring kvart 15 min ved hjelp av ein standardisert metode - NBAS)   | slumrande stadium enn i kontrollgruppa. Far bør vere primære omsorgsgjevar første tida etter keisarsnitt, når mor og barn er fråskilt. Gjennom HTH-kontakt kan han leggje til rette for barnets førebauande aktivitetar til amming   |
| Johansson, M., I. Hildingsson & J. Fenwick. (2013)/ Sverige/ <i>Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period: the importance of being able to room in after a surgical birth.</i>  | Beskrive menns opplevingar og kjensler knytt til det å bu saman med kona/partner, og den nyfødde, når keisarsnitt var fødemåte   | <u>Kvalitativ, deskriptiv design: Telefonintervju</u> analysert ved hjelp av tematisk analyse/ 21 svenske fedrar som hadde opplevd enten planlagt eller akutt keisarsnitt, og som 2 månader etter fødselen sa seg villig til intervju i samband med utfylling av eit spørjeskjema (del av ein prospektiv longitudinell kohort studie)                              | Fedrar ser det som viktig å få høve til å bu saman med partner etter keisarsnitt. Kjensle av involvering (det å kunne ta i mot og gi støtte under opphaldet) var avhengig av korleis dei blei møtt av personalet. Støtte til partner og assistere med barnet var grunnar for å bli i barselavdelinga. Opplevde barsel-tida positivt: gav varige minner og ansvarskjensle for familien. Når dei ikkje fekk bu i barselavdelinga beskrev dei rutiane som gammaldage, strenge og merkelege, dei opplevde seg ekskludert |
| Karlström, A., H. Lindgren & I. Hildingsson. (2013)/ Sverige/ <i>Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a swedish case-control study.</i>  | Undersøke komplikasjonar hos kvinner og barn når fødselen skjer ved planlagt keisarsnitt på indikasjonen «eige ønskje» -og utan medisinsk årsak  | <u>Kvantitativ studie (registerstudie): Kasus-kontroll studie/ 5877</u> kvinner med planlagt keisarsnitt på indikasjon «eige ønskje» blei samanlikna med 13 774 kvinner med spontan fødselsstart. Vidare seleksjon for kontrollgruppa:<br>1) vaginalfødsel eller<br>2) akutt keisarsnitt   | Keisarsnitt utan medisinsk indikasjon så vel som akutt keisarsnitt er assosiert med auka risiko for komplikasjonar/sjukdom for mor og barn. Høgst risiko fann ein for komplikasjonar knytt til amming. Nær 7 gonger auka risiko for ammeopphør fann ein ved planlagt keisarsnitt utan medisinsk indikasjon (når korrigert for dei andre uavhengige variablane)   |
| Velandia, M., A-S. Matthisen, K. Uvnäs-Moberg & E. Nissen. (2010)/Sverige/ <i>Onset of vocal interaction between parents and newborns in skin-to-skin contact immediately after elective cesarean section.</i><br><br>Vokal (stemmelyd) interaksjon med foreldre er ein tilleggskomponent i barnets førebuing til det å die (bli amma) | <u>Tre formål:</u><br>1)Undersøke det vokale (lyd) samspelet mellom foreldre og nyfødde like etter planlagt keisarsnitt<br>2)Undersøke forskjellar i vokal kommunikasjon som oppstår når barnet er hud-til-hud (HTH) med far eller mor<br>3)Undersøke moglege forskjellar i foreldres stemmebruk når den nyfødde er HTH eller ei | <u>Observasjonsstudie: Data-innsamling ved video- og lydopptak</u> like etter fødsel av foreldre og barn med HTH-kontakt + opptak av den forelder som ikkje hadde HTH-kontakt / 37 friske nyfødde der mor var 1.gongsfødande blei <u>randomisert i 2 grupper:</u><br>1) 30 min HTH med far<br>2) 30 min HTH med mor<br>Alle barna låg dei første 5 min HTH med mor | HTH etter planlagt keisarsnitt utløyste vokalt samspel mellom foreldre og den nyfødde. Barnet initierte kommunikasjon med oppmuntrande lydar omlag 15 min etter fødsel. Barn HTH med far gråt mindre enn barn HTH med mor. Både mødrer og fedrar med HTH-kontakt med barnet var meir open for vokal samhandling enn foreldre utan HTH  |
| Gouchon, S., D. Gregori, A. Picotto, G. Patrucco, M. Nangeroni & P. Di Giulio. (2010)/ Italia/ <i>Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study.</i>   | Vurdere kor trygt det er med tidleg hud-til-hud (HTH) kontakt ved keisarsnitt, når det gjeld barnets kroppstemperatur. Vurdere fordelar ved HTH-kontakt med tanke på   | <u>RCT</u> (computer-generert randomisering)/ 34 mor-barn par etter planlagt keisarsnitt i regional anestesi. Friske barn til termin. 17 randomisert til kontrollgruppe (standard-   | Ingen auka risiko for nedkjøling ved tidleg HTH-kontakt. Barna tok brystet tidlegare, fleire amma ved utskrivning og etter 3 månader. Mødrene i studiegruppa uttrykte stor tilfredsheit med  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | første amming, kor lang tid det går før barnet grip brystet og barnets gråt. Vurdere amming ved utskriving og etter 3 månader. Kor fornøgde er mødrene med HTH? | omsorg) og 17 til studie-gruppe (tidleg HTH-kontakt)  | intervensjonen   |
| Zanardo, V., V. Savona, F. Cavallin, D. D'Antona, A. Giustardi & D. Trevisanuto. (2012)/ Italia/ <i>Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin.</i> | Vurdere samanheng mellom kvinners hormonnivå (kortisol og prolaktin) etter planlagt keisarsnitt og amme-førekost frå fødsel til 6 månader postpartum.           | <u>Kvantitativ studie:</u> Kortisol- og prolaktinnivå målt hos fødekvinne + <u>tlf.intervju</u> ved tre tidspunkt etter fødsel. <u>Samanlikning av mor-barn-par selektert i 3 grupper:</u> 1) planlagt keisarsnitt, 2) akutt keisarsnitt, 3) vaginal fødsel / totalt 106 friske kvinner og barn | Planlagt keisarsnitt viser negativ verknad på amming både ei veke og 3 månader post-partum   |
| WHO's tilrådingar er lagt til grunn.   |   |   |  |
| Rempel, L.A. & J.K. Rempel (2011)/ Kanada/ <i>The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family.</i>  | Beskrive korleis det er å vere far til barnet som blir amma, og kva rolle far har i den "ammande familien"  | <u>Kvalitativ studie:</u> Intervju av 21 foreldrepar i eigen heim, kvinna amma. Rekruttering gjennom utlagde flyers ved helsestasjonar i 2 regionar i Kanada + gjennom personleg invitasjon i barselgrupper og fedre-grupper ved helsestasjonane. Snøballteknikk blei òg nytta i rekrutteringa  | Fedrane var opptatt av at barna blei amma for å sikre at dei helsemessige fordelane. Ei viktig rolle var å oppmuntre og assistere mor i amminga, verdsette den jobben ho gjorde, og å dele på husarbeid og barnepass. Fars «amme-rolle» førte til positiv far-barn binding. Erfaringa viser at det er viktig å hjelpe fedrar å få auge på den viktige rolla dei har i den «ammande familien» |

I helsevesenet generelt, og i den medisinske forskingskulturen spesielt, er den kvantitative forskinga overrepresentert. Sjølv om vi ikkje lenger treng omfattande argument for å legitimere bruk av kvalitativ metode, er det mange som reknar kvantitative metodar, særleg randomiserte, kontrollerte studiar (RCT), som gullstandar (Malterud 2011: 10). Den presenterte forskingsoversikta er eit klassisk døme, der alle, utanom tre studiar (Johansson et al. 2013; Larsen et al. 2008; Rempel and Rempel 2011) har kvantitativ tilnærming. Måling og teljing er styrande komponentar i kunnskapsproduksjonen. Den kvalitative studien til Johansson et al. (2013) beskriver opplevingar og kjensler hos fedrar knytt til opphaldet i sjukehus når barnet blir fødd ved keisarsnitt. Larsen et al. (2008) undersøker mødrers sjølvtilitt knytt til amming, medan Rempel and Rempel (2011) beskriv korleis det er å vere far til det diande barnet. Dei kvantitative prosjekta i oversikta er derimot opptatt av å kartlegge, avdekke, undersøke og/eller vurdere samanhengar mellom HTH-kontakt og amming, keisarsnitt og amming, eller fødemåte og amming i ulike kontekstar.

Kalleberg (1996: 38-39) er opptatt av kva spørsmål ein som forskar stiller, om dei er konstaterande, vurderande eller konstruktive. Han hevdar at det vanlegvis er den første typen

spørsmål som gjer seg gjeldande, både innan dei positivistiske og dei kvalitative tradisjonane. Underforstått er det berre desse spørsmåla det er legitimt å stille. Kritiske og konstruktive analysar blir ifølgje forfattaren definert som vitenskapleg illegitime, med bakgrunn i at dei kan innhalde moralske vurderingar. Kalleberg ser det vanskeleg å forsvare ein slik argumentasjon sidan samfunnsforskarar nettopp er både kritiske og konstruktive i sine handlingar, og fordi vitenskapsteori er normativ.

Studiane i oversikta viser tydeleg merksemd på koplinga mellom keisarsnitt og tidleg opphør av amming. Uavhengig av fødemåte er det vist overtydande positiv verknad av tidleg HTH-kontakt på ammelengde. Oversiktsartikkelen til Moore et al. (2012) viser til at direkte HTH-kontakt mellom mor og barn er ein naturleg og enkel metode som kan koplast til ei rekke positive verknader. Barna har meir stabil kroppstemperatur, høgare blodsukker og lågare hjerte- og respirasjonsfrekvens. Dei gret mindre og bruker derfor mindre energi for å oppretthalde kroppens likevektstilstand (homeostasen). HTH støttar på denne måten barnet si omstilling til tilværet utanfor livmora. Den systematiske oversikta viser ingen negativ verknad av HTH på mor og barn.

Prior et al. (2012) konkluderer med at keisarsnitt er negativt for ammestarten. I særleg grad gjeld det for planlagt keisarsnitt. Det er likevel viktig å merke seg at dersom amminga først er etablert, ser ikkje fødemåte ut til å ha negativ innverknad på amming ved seks månaders alder. Med andre ord er den tidlege fasen mest sårbar. Den tidlege og vedvarande HTH-kontaken vil vere med å leggje til rette for etablering av amminga. Prior påpeiker at kvinner generelt, og fagfolk spesielt, bør vere klar over den negative samanhengen som finst mellom keisarsnitt og tidleg ammestart, og påfølgjande konsekvensar for barnet.

Dei hormonelle prosessane i kvinns kropp, i samband med svangerskap, fødsel og barseltid, viser seg å ha betydeleg innverknad på ammestarten. Ved planlagt keisarsnitt er konsentrasjonen av hormona kortisol og prolaktin i mors blod lågare enn når fødselen skjer vaginalt. Dette er hormon med viktige roller i morsmjølkproduksjonen, og av den grunn kan forstyrre ammeprosessen (Zanardo et al. 2012). Fødselsvekt og svangerskapslengde er lågare når barn kjem til verda ved planlagt keisarsnitt, samanlikna med barn fødd vaginalt, eller ved akutt keisarsnitt. Det er kjent at å bli fødd veker, ja sjølv få dagar før terminberekning og fullgått svangerskap, kan ha mykje å seie for barnet, og også ammestarten. Det nyfødde barnet er ikkje like godt budd på det som ventar utanfor livmora (Karlstöm et al. 2013).

Studiane til Kronborg og Væth (2004) og Larsen et al. (2008) har begge merkeemd på psyko-sosiale forhold knytt til amming. Dei utforskar kva som påverkar sjølvtiliten til ammande kvinner og kva forventningar dei har til å amme. Vidare undersøkte dei korleis kvinnaas nettverk verka inn i ammeprosessen. Oversiktsartikkelen til Renfrew et al. (2012) viser at individuelt tilrettelagt støtte til ammande kvinner er viktig, og at kvinnene sjølv må sleppe å oppsøke støttetiltaket. Dei tilrår at fagpersonar kjem heime til kvinna for å gi støtte ansikt-til-ansikt. Seks av studiane undersøker barnefars rolle knytt til amming (Velandia et al. 2010; Johansson et al. 2013; Erlandsson et al. 2007; Ellberg et al. 2010; Ekström et al. 2003; Rempel and Rempel 2011). Der det fell naturleg vil nokre av studiane i forskingsoversikta blir omtalt i kapitel 3.

### 3 Teoretisk bakteppe

For at forfattar og lesar skal ha same utgangspunkt og ramme for forståing, er det nødvendig å klargjere sentrale omgrep i problemstilling og forskings spørsmål. Skal ein unngå generelle og mindre nyttige forklaringar, er det nødvendig å trekkje kontekst inn som ein del av forståinga.

Ekeland (2007: 44) understrekar at kontekst er eit viktig, men mangetydig omgrep. I kommunikasjon handlar kontekst om å hjelpe oss å finne meiningssamanheng i det vi kommuniserer. Som forskar er det også nødvendig å ha ei bevisst haldning til korleis ein forklarar eller kommuniserer dei omgrepa ein tek i bruk. Forskarens formidling vil fungere som teoretiske briller og er med på å gi retning til måten ho ser og tolkar datamaterialet (Leiulfsrud og Hvinden 1996: 234).

Intensjonen med kapitlet er at lesaren skal ha grunnlag for å forstå dei perspektiv som er nytta i analysen. Korleis eg som forskar vel å forklare omgrepa brukt i problemstillinga og forskings spørsmåla er ikkje uvesentleg for den som les oppgåva. Alt i forskingsprosessens tidlege fase blei utvalde omgrep retningsgivande for det vidare arbeidet. Forskingsopplegget, som i utgangspunktet er «teoridrive», har likevel undervegs gjennomgått fleire justeringar. Som Leiulfsrud og Hvinden (ibid.: 239) påpeiker, bør ei kvar analyse i nokon grad også vere «datadrive». Forskaren må vere open for observasjonar og funn som ikkje passar inn i den på førehand planlagde analytiske tilnærminga. Denne måten å arbeide på vil også virke inn på den skisserte teoretiske ramma. Gjennom å justere allereie utarbeidd materiale og trekkje inn nye aktuelle perspektiv, kan empiri og teori få eit meir fruktbart møte. Dei same forfatarane påpeiker at teoristyrte og datastyrte tilnæringsmåtar ikkje er motsetningspar, men utfyller kvarandre. Mi erfaring i studieprosess er at veksling mellom tilnæringsmåtane har vore nødvendig og verdfullt. Malterud (2011: 42) understrekar at denne måten å arbeide på er legitim og vanleg og uttrykk for ei utvida forståing etter kvart som prosessen går framover. Ho er opptatt av at forskaren på denne måten får hjelp til å forstå det ho ser og høyrer.

Å forstå amming som fenomen er inngangsporten til studien. Vidare blir det vesentleg å belyse kva som ligg i ekspertsystem, med særleg vekt på omgrepa tillit og kommunikasjon. Meistring, som er eit av nøkkelorda i oppgåva, blir særleg knytt til tidlegare ammeerfaring. Til sist kjem eg ikkje utanom foreldreskapet, der kjønnsaspektet er sentralt.

### **3.1 Amming – naturleg og sjølvsgt**

Ut i frå eit biologisk perspektiv er amming den naturlege måten å ernære den nyfødde på. I motsetning til for nokre tiår sidan, er det i vår kultur også den normale og sjølvsgte måten. For å forstå den merksemd amming og morsmjølk får i samfunnet er det nødvendig å trekkje fram dei positive verknadene på mor og barns helse. For å gi perspektiv til studiens kontekst blir det vesentleg å sette søkelys på dei viktigaste prinsippa for ammeprosessen.

#### **3.1.1 Amming som helseressurs**

Mykje tyder på at høg ammeffrekvens gjennom barnets første leveår har positiv effekt for folkehelsa. Horta et al. (2007) har gjort ei systematisk oppsummering for WHO der langtidseffektane av amming og morsmjølk får merksemd, og der livsløpsperspektivet er sentralt. Tilgjengelege kunnskap viser at amming er langt meir enn ernæring.

Omsorgsfunksjonen, der tryggleik, kjærleik og tilknytning er nøkkelomgrep, er ikkje avhengig av om barnet blir amma. Likevel vil amming leggje forholda til rette for at omsorg skjer som ein del av ammesituasjonen, nærast som ein bonus med mjølka. Hormonet oxytocin, som har ein mjølkeutdrivande funksjon i brystet, har i tillegg ein positiv effekt på mors vilje til å gi tryggleik og trøst (Helsing og Hægkvist 2008: 40). Uvnäs-Moberg (2010) har forska på oxytocinets positive verknad i kroppen, og slår fast at oxytocinnivået i blodet under amming «samvarierer (korrelerer) med kropslige uttrykk for antistress, med afspænding og med kvindernes evne til at indgå i samspil med deres børn» (ibid.: 23). Bowlby (1994) forklarar også tilknytingsåtfærd biologisk, og at den har ein beskyttande funksjon:

Tilknytningsadfærd er enhver form for adfærd, der bevirker, at en person oppnår eller opretholder tæt kontakt med et andet klart identificeret individ, som opfattes som værende bedre i stand til at klare sig i verden. (...) Sjølv om tilknytningsadfærd er mest iøynefaldende i den tidlige barndom, kan den ses hele livet igjennom, især i kritiske situationer (ibid.: 35).

Bowlby var opptatt av mødrers særlege rolle for barns tilknytning. Han retta merksemd på den tidlege fasen, og kor viktig det var at mor og barn fekk vere saman dei første timane og dagane etter fødselen. Forfattaren påpeiker at vedvarande tilknytning, eller tilknytingsband, er avgrensa til ganske få personar.

Morsmjølk er nøye tilpassa menneske, og inneheld optimal samansetning av næringsstoff for det nyfødde barnets vekst og utvikling (Løland mfl. 2007: 2395). Brei forskning har gitt kunnskap om morsmjølkas uomtvistelege helsegevinst for barnet. Ulike komponentar i morsmjølk er påvist å vere delaktig i oppbygging og utvikling av barnets immunforsvar som

ved fødselen er umodent. Antistoff, og andre immunologiske komponentar blir overført via brystmjølk og hjelper barnet i oppbygging av eige immunsystem. Det blir antyda at den immunologiske effekten er gunstig også på lengre sikt. Lågare førekomst av diarésjukdomar, urinvegsinfeksjonar, luftvegsinfeksjonar og mellomøyrebetennelse er effektar som gjer seg gjeldande hos morsmjølkernærte barn. Dei vil også ha mindre behov for antibiotikabehandling og sjukehusopphald (Løland mfl. 2007: 2395-97). Vidare påpeiker forfattarane at det synes som utvikling av astma og atopisk eksem i barnealder vil kunne førebyggjast ved amming. For enkelte autoimmune sjukdomar har også morsmjølk vist seg beskyttande. Det er gjort interessante studiar av den førebyggjande effekten på hjerte- og karsjukdom og overvekt seinare i livet, utan at ein i dag kan trekkje endelege slutningar. Mogeleg reduksjon i risiko for enkelte kreftlidingar vert også nemnd.

Dei positive helseeffektane for ammande kvinner er vel dokumentert. Løland mfl. (2007: 2397) viser til ein metaanalyse som inkluderer 50 000 brystkreftpasientar. Studien, publisert i Lancet i 2002, viste at risiko for å utvikle brystkreft blei redusert med 4,3 % for kvart år kvinna amma. For kvinner med genetisk arveleg brystkreftrisiko er resultatet endå meir overtydande. Sjukdomane revmatoid artritt og diabetes type 2 ser også ut til å bli positivt påverka, og risikoreduksjonen aukar med ammelengda.

### **3.1.2 Ammeprosessen**

Ammeprosessen startar før barnet er fødd og for dei fleste alt tidleg i graviditeten. Kanskje er det slik at den startar endå tidlegare, vi ber på ulikt vis med oss ammekulturen og ammehistoria i det samfunnet vi blir sosialisert inn i.

For å forstå ammeprosessen er det ein føresetnad å ha ein viss kjennskap til den fysiologiske sida av den. Psykologiske og sosiale aspekt ved amming er ikkje av den grunn mindre viktige. Dei ulike sidene må sjåast som gjensidig avhengige, og vil i stor utstrekning vere føresetnader for kvarandre. Vi veit at dei nære relasjonane i familien og til andre sentrale personar, har stor betyding for om amminga lukkast eller ei (Ekström 2003; Rempel and Rempel 2011). Heaney and Israel (2002: 190) understrekar verdien av psykisk og sosial støtte. Dei har valt å dele inn støtte i fire ulike typar. Den emosjonelle støtta beskriv dei som kjærleik, omsorg og empati. Hjelp og avlastning med praktiske gjeremål kallar dei handgripeleg støtte, medan informativ støtte er det personen mottar av gode råd og informasjon. Den siste type hjelp nemner dei som vurderande støtte. Her sett dei lys på konstruktiv tilbakemelding, samtidig som ein forsikrar den andre om si tiltru.



Uvnäs-Moberg (2010: 103-108) påpeiker at amming dreier seg om eit finstilt samspel mellom kropp og psyke, og mellom mor og barn. Ho trekkjer også fram miljøet rundt den ammande, eit samspel som kan ha positiv eller negativ verknad. Vidare viser forfattaren til at det er klokt å ikkje forstyrre det endokrine krinsløpet, hormonsystemet, hos nyfødde. Hormonet oxytocin blei frå tidleg nemnd som forløyings- og ammehormonet, sidan sjølve stoffet og effekten av det blei oppdaga i samband med fødsel og amming. Seinare er ein blitt klar over stoffet si betydning for fleire funksjonar i kroppen, og at både menn og kvinner i ulike situasjonar let seg påverke av oxytocin. Amming er likevel det klassiske eksempelet på korleis hormonet fungerer, og det er også det sentrale for denne studien.

I samband med at barnet diar ved mors bryst fremjar oxytocin mjølkesekresjonen. Direkte HTH-kontakt etter fødselen, men utan at barnet diar, vil også stimulere hormonproduksjonen. Årsaka er barnets fysiske berøring av brystet og den psykologiske verknaden på mor. Vidare verkar oxytocin positivt på prolaktin, hormonet som aukar mjølkeproduksjonen. Ei rekke andre stoff i kroppen, som insulin og glukagon, er sentrale i produksjon av morsmjølk. Desse er også stimulert av oxytocin. Hormonet er i tillegg gunstig for mor. Blodtrykket blir senka sidan oxytocin påverkar nivået av stresshormon i mors blod. Di hyppigare ho ammar, desto lengre held den roande effekten seg (Zarnardo et al. 2012).

Oxytocin er ifølgje Uvnäs-Moberg (2010) eit av kroppens viktigaste stoff. Hormonet er flyktig og difor lett å forstyrre både under og etter fødselen. Til dømes vil epidural- og spinalbedøving føre til lågare konsentrasjon av prolaktin i mors blod, målt to dagar etter fødselen, samanlikna med kvinner som fødte utan kunstig smertelindring. Etter keisarsnitt er det i samband med amming målt lågare nivå av hormonet i mors blod. Forfattaren påpeiker at sjukehusrutinane må under lupa, og at betre tilrettelegging for den naturlege prosessen må til.

Calais et al. (2010: 1080-1090) viser i ein svensk studie at det ikkje er tilstrekkeleg å leggje til rette for HTH-kontakt dei første timane etter fødselen. Omsorgsgjeverar bør i større utstrekning enn i dag støtte foreldre i å praktisere HTH med sine nyfødde barn også i dagane etter fødselen. Forfatterane påpeiker at informasjonsrutinar og undervisning av foreldre, både i svangerskapet og i tilknytning til fødselen, bør vidareutviklast og systematiserast.

Ein kan ikkje sjå vekk frå at fråver av tidleg HTH-kontakt mellom mor og barn kan auke barnets behov for næringstilskot til amminga. Häggkvist et al. (2010: 2079) viser til at barn som i første leveveke fekk tilleggsmat utover å die hadde auka risiko for tidleg opphør av

fullamming. Når barnet får tilleggsmat første leveveke, kan det vere teikn på at mor har forseinka start på mjølkeproduksjonen, eller at barnet av ulike årsaker er uroleg. Det er kjent at slik tilleggs mating kan vere ein direkte forstyrrende faktor for mjølkeproduksjonen, og barn fødd ved keisarsnitt har av ulike årsaker større risiko for å få tilleggsmat.

Hos kvinner som har fødd ved hjelp av keisarsnitt, viser det seg også at mjølkeproduksjonen kan bli noko forseinka (Helsing og Häggkvist 2008; Dewey et al. 2003). Det er fleire moglege forklaringar, mellom anna forseinka HTH-kontakt mellom mor og barn. Barnet kan òg vere trøtt og kvalm. I tillegg viser det seg at ammeperiodane dei første døgna ofte er færre enn når barnet blir fødd vaginalt. Jordmor har ei sentral rolle i å informere mor og far om at dette er normalt, og vidare må ho vise korleis ammeprosessen best kan hjelpast i veg. Å gi mor og barn god tid med HTH-kontakt før første ammeforsøk er viktig. Denne avventande haldninga vil stimulere barnets medfødde refleksar og førebu barnet til den første amminga. Ein svensk studie (Widström et al. 2011: 79-85) viser at barn som fekk vere uforstyrra HTH med mor frå like etter fødselen gjennomgjekk ni fasar som spegla dei medfødde ammerefleksane. Gjennom å nyttiggjere seg den tidlege sensitive perioden oppnådde barna tidlegare sjølvregulering knytt til amming. Studien er utført etter vaginal fødsel og blir brukt her for å vise korleis det nyfødde, friske fullborne barnet ter seg dersom det blir lagt til rette for uforstyrra HTH-kontakt etter fødselen.

For å bli godkjent som Mor-barn vennlig (MBV) sjukehus må fødeinstitusjonar forplikte seg til å følgje *10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sjukehus* utarbeidd av WHO og Unicef. For denne studien er trinn fire det mest sentrale. HTH-kontakt frå like etter fødselen har ei nøkkelrolle med omsyn til den første amminga. Eg vel å ta med deler av den norske omsettinga med utvida kommentarar (Nasjonale kompetansetjeneste for amming 2007):

Trinn 4: Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted. Gjøre mødrene oppmerksomme på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet.

Mødre skal normalt gis anledning til å få barnet til seg rett etter fødselen med uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å die og den første ammingen har funnet sted. (...) Mødre forløst ved keisarsnitt skal få anledning til å få barnet til seg innen en halv time etter at de er i stand til å forholde seg til den nyfødte. De bør få anledning til å ha hudkontakt med barnet i minst én time, og de skal få tilbud om hjelp til ammingen.

HTH-kontakt også etter keisarsnitt har dei seinare åra, både i Noreg og i andre land, fått større merksemd (Gouchon et al. 2010; Hung and Berg 2011; Ammehjelpen 2010). Foreldrepara

inkludert i min studie fødte ved sjukehus som enno ikkje hadde innarbeid praksis med direkte HTH-kontakt etter keisarsnitt. Likevel viser foreldras historier at jordmor, for tre av dei fire keisarsnittfødslane, tok initiativ til slik praksis. Årsaka kan vere at den eine fødeavdelinga var i gong med planlegging for å endre praksis, og at enkelte jordmødrer var utolmodige og «tjuvstarta». Det eine foreldreparet blei følgt opp av jordmorvikar i samband med keisarsnittet. Sidan praksisen er meir vanleg i Sverige ligg truleg forklaringa her. Uansett vitnar foreldras erfaringar om at jordmødrer er opptatt av å leggje forholda til rette for god ammestart. Det kan vidare sjå ut som at det er tilfeldig kven som får tilbod om direkte HTH-kontakt, og at informasjon og samtale rundt praksisen har vore sparsam for desse foreldra.

I mors stad er fars nakne brystkasse like etter fødsel ei god erstatning. Erlandsson et al. (2007: 105-114) viser i sin studie at dette er ein god måte å starte barnets førebuing til amminga på. Den svenske studien inkluderte 29 far-barn par og konkluderer med at far kan ivareta denne viktige funksjonen. Det viste seg at barnet liggande på fars bryst starta prosessen med å gå gjennom fasane for dei medfødde ammerrefleksane. Ein fekk på denne måten utnytta den tidlege sensitive perioden sjølv om mor var utilgjengeleg. Så snart ho var klar kom barnet på hennar bryst og fortsette den viktige prosessen der.

### **3.1.3 Korleis forstå amming?**

Det er interessant å sjå nærmare på korleis det i vår tid blir snakka og skrive om amming. Det generelle inntrykket er at amming blir omtalt som noko naturleg og sjølvsgagt, og at moderskap og amming blir framstilt som eitt og det same (Ellingsæter 2005: 374-375).

Hellesnes (2003: 67-72) er opptatt av at omgrepet «normalt» ikkje utan vidare kan brukast fritt og ureflektert. Likevel skjer det i mange samanhengar. Forfattaren er kritisk til normalitetsideologien og den merksemd den får i samfunnet. Stadig fleire livsområde har i tillegg blitt ein del av det helsefaglege feltet, og livskriser blir gjerne forklart som sjukdom. Hellesnes hevdar at «normalitetsomgrepet høyrer til i det vokabularet som er med på å objektivere menneskelege forhold» (ibid.: 69). Det blir vanskeleg når førestillinga om det som er normalt, også skal vere det rette for alle. Han påpeiker at normalitetsforståinga i tillegg har ei «suggestiv kraft». Fenomenet amming passer inn i Hellesnes sitt normalitetsperspektiv. Ammepress er eit omgrep som kvinner, og kanskje også menn, i større og mindre grad vil møte på. Ammepress blir forstått som det å oppleve eit sterkt moralsk press for å amme. Mekanismane bak ammepress er samansette, og inkluderer både eit ytre press, frå miljø og samfunn, og det indre presset kvinna legg på seg sjølv for å lukkast (Helsing og Haggkvist

2008: 238). Når så mange som 99 % av kvinner som føder barn i Noreg, startar opp med å amme (Hägkvist et al. 2010: 2083), er det nærliggande å bruke omgrepet «normalt». Nemninga heng saman med at det er denne måten som er den mest vanlege å ernære den nyfødde på.

Larsen et al. (2008) har gjennomført ein metasyntese der dei gjorde ei systematisk samanlikning av sju kvalitative studiar frå fire ulike land (Australia, Irland, Storbritannia og Sverige). Dei konkluderte med at mødres sjølvtilitt knytt til amming blir forma av knuste forventningar, og at sjølvtilitten blir påverka på to nivå. «Her-og-no-nivået» dreier seg om mødrenes forventningar, det nettverket dei har rundt seg og tilgangen dei har på profesjonell amnestøtte. Diskursnivået dreier seg om å sjå amming som noko naturleg og kvinnekroppen som ein maskin. I tillegg kom det dei opplevde som eit krav, å ta faglege tilrådingar til etterretning. Sjølv om det å amme betydde mykje for kvinnene var det nettopp det som skjedde – dei gav opp.

Auka merksemd på amming som helseressurs vil kunne bidra til nederlagskjensle for mødrer som ikkje kan eller vil amme. Ved å vise til FN's barnekonvensjon har det vore hevda at morsmjølk er noko alle barn har rett på. Konvensjonen fastslår at: "Children have the right to adequate nutrition and access to safe and nutritious food, and both are essential for fulfilling their right to the highest attainable standard of health» (WHO 2003: 5). Sjølv om barnet skal nyte godt av den høgste tilgjengelege helsestandard, er det misforstått dersom morsmjølk blir framsett som ein menneskerett. Kvinna har ein sjølvstendig rett til å velje kva måte barnet skal ernærast på, noko den same WHO rapporten slår fast: «Women in turn, have the right to proper nutrition, to decide how to feed their children, and to full information and appropriate conditions that will enable them to carry out their decisions" (ibid.: 5-6). Korleis ein vel å vektlegge dei ulike perspektiva, er avhengig av kva briller ein har på når ein les. Faren er om den generelle forståinga i samfunnet blir at barnet har ein sjølvstendig rett til morsmjølk.

Ellingsæter (2005: 380) er opptatt av å fastslå at amming skal vere frivillig, og at dei som ønskjer å amme skal få tilstrekkeleg hjelp og støtte. Ho seier vidare at det er minst like viktig at dei som ikkje ønskjer, kan eller meistrar å amme, skal få støtte på at dei likevel er gode mødrer. Ein må unngå ei dramatisering av ammeopphør som i mange høve vil ha negativ innverknad på mødrer som ikkje lukkast med å amme. Ellingsæter (ibid.: 381-382) viser til John Gillis som hevdar at samfunnet i vår tid er som «besatt av barndom». Når barns behov

og rettar får større merksemd og betydning, aukar krava til foreldrearbeidet – og ifølgje forfattaren indirekte «morsarbeidet».

Blåka (2002) er opptatt av korleis diskursen rundt det å føde har utviklar seg. Ho påpeiker at det moderne fødselsvitskaplege språket forandrar fødekvinnas status frå å vere ei frisk kvinne til å bli pasient. Eksperten får større makt, og kvinna får mindre. «Når fødselsakten forandres fra å være en naturlig sosial hendelse i kvinnelivet til å bli en medisinsk begivenhet, endres jordmorsens fokus» (ibid.: 173). Blåkas tema er jordmors rolle i samband med vaginal fødsel. Jordmors rolle under ein keisarsnittfødsel vil slik eg ser det i minst like stor grad bli utfordra.

### **3.2 Møte med ekspertsystem**

Foreldre vil møte fleire ekspertsystem på sin veg gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. I svangerskapet er vanlegvis kommunejordmor og fastlege dei nærmaste representantane for ekspertsystema. I samband med fødsel og den tidlege barseltid, oppheld foreldra seg vanlegvis i sjukehus. Jordmødrer, barnepleiarar og legar er dei profesjonsutøvarane foreldra oftast møter. Andre er spesialsjukepleiarar og laboratorietilsette. I den første tida etter heimreise vil helsesøster og jordmor i heimkommunen vere dei mest sentrale.

Eit av kjenneteikna ved offentlege organisasjonar er at dei er multifunksjonelle. Det betyr at dei til dels har mange og motstridande omsyn å ivareta (Christensen mfl. 2010: 18-19). Til dømes er eit sjukehus politisk styrt, det blir kontrollert av Statens helsetilsyn, og dei tilsette skal høyrast før avgjersler blir tatt. Eit anna viktig omsyn er å vere lydhør overfor pasientar og pårørande. Sjukehuset skal vere open mot publikum, dei skal drive likebehandling, vere upartiske og nøytrale. Det er forventa at tenestene har god kvalitet, og det skal styrast kostnadseffektivt. Ifølgje forfattarane gjer denne organisasjonsmodellen offentlege organisasjonar spesielt kritikkutsette. Samtidig gjer organisasjonane det mogleg for dei tilsette å påverke sin eigen arbeidssituasjon og til å utøve skjønn. Dette vil igjen opne for maktutøving. Delvis motstridande mål gir både fleksibilitet og handlingsrom, men er også med på å skape ansvarsproblem. Korleis ulike omsyn skal vegast opp mot kvarandre skapar i tillegg spenningar i og mellom offentlege organisasjonar.

Jordmor har sin arbeidskvardag innanfor desse organisasjonane. Dei siste tiåra har det i raskt tempo skjedd ei teknologisk utvikling som også verkar inn på fødselsomsorga. Waldenström (2007: 223-225) er opptatt av at det har skjedd ei forskyving i korleis jordmor prioriterer

arbeidsoppgåvene sine. Tidlegare var jordmors merksemd på omsorg og direkte pasientkontakt, medan det i dag er meir tidsbruk på dokumentasjon og arbeid ved datamaskinen og annan teknisk apparatur. Forfattaren er opptatt av å snu den negative utviklinga. Ho meiner det skal skje gjennom systematisk forbetring av både svangerskaps- og fødselsomsorga, men framfor alt barselomsorga. Ho seier vidare at «mammorna behöver mer uppmärksamhet i form av lydhört bemötande. Personalen behöver arbetsförhållande som gör det möjligt att engagera sig» (ibid.: 225).

Blåka (2002: 161) peikar på at perioden omkring svangerskap, fødsel og barseltid er organisert i ulike deltenester innanfor det profesjonelle systemet. Kvinna og hennar familie ser derimot på den som ein heilskapleg livsprosess. Dei vil møte ei rekke personar og profesjonar på kort tid, og mange tillitsrelasjonar skal byggast. Jordmor, saman med andre helsearbeidarar, er sentral aktør i prosessen med å byggje tillit.

### **3.2.1 Perspektiv på tillit**

Tillit er eit uttrykk som i stor utstrekning blir brukt i kvardagsspråket, men som er vanskeleg å forklare. Det finst ingen eintydig definisjon av omgrepet. Tillit er dessutan vanskeleg å skilje frå andre fenomen som tru, tiltru og fortrulegheit, og ifølgje Grimen (2008: 197) skal dei kanskje heller ikkje skiljast.

I ein tidlegare artikkel påpeiker same forfattar (Grimen 2001) at legen i kvart unike møte med pasienten byggjer og pleier tillit. Det same vil vere gjeldande for jordmor og andre helseprofesjonar i møte med foreldreparet under graviditet, fødsel og barseltid. Evner ein å møte den andre som heil person, og ikkje som ein defekt maskin, vil eit godt grunnlag for tillit vere lagt. Profesjonsrolla er på denne måten forstått som «diffus, mangesidig og til dels basert på kjensler og evne til innleving» (ibid.: 3618). Pasientsentrering, etikk og kommunikasjon er nøkkelord som profesjonsutøvarer alltid må vere opptatt av.

Ekeland (2007: 45) understrekar at tillit ikkje berre handlar om tillit til helsearbeidaren som person, men ei rekke tillitsrelasjonar som han samanfatar som kontekstuell tillit. Eg vel å sjå nærmare på nokre av tillitsrelasjonane. Forfattaren påpeiker at det ikkje alltid treng å vere samanfall mellom desse. Vidare trekkjer han fram at tillit også er psykologisk enklare å bere enn mistillit, sidan mistillit krev at personen må vere meir på vakt.

Giddens (1997: 62-65) skil mellom det han nemner som «ansiktsforankrede forpliktelser» og «ansiktsløse forpliktelser». Den første nemninga viser til tillitsrelasjonar støtta av eller uttrykt i sosialt samvær. «Ansiktsløse forpliktelser» dreier seg om utvikling av tru på abstrakte system, og det er her ekspertsystema høyrer heime. Giddens er opptatt av forhold som er av betydning for at vi skal ha tillit eller mistillit til bestemte abstrakte system, som til dømes eit sjukehus. Møte med det han kallar portvakter er av slik betydning. Portvakt kan til dømes vere jordmor i møte med foreldrepåret som skal føde ved planlagt keisarsnitt. Ho blir i denne samanheng «ansvarleg» for det abstrakte systemet ho representerer, sjukehuset og fødeavdelinga. Portvakta er å rekne som sårbar for abstrakte system. Ifølgje Giddens er dette møtet staden for spenning mellom folkeleg skepsis og fagfolks ekspertise. Dårlege erfaringar i møte med portvakter kan kome til uttrykk på ulike måtar, men uansett vil tilliten bli skadelidande. Portvakter er «forbindelsesleddet mellom personlig tillit og systemtillit» (ibid.: 85). Ved adgangsportar skil profesjonane alltid skarpt mellom det Goffmann (1992: 197) kallar «på scena» og «bak scena». Han deler inn fagpersonens arbeidsområde i eit område bak kulissane, der han eller ho førebur det som skal skje på fasadeområdet («på scena») kor møtet med pasienten skjer. Ut i frå eit tillitsperspektiv er portvaktfunksjonen, ifølgje Grimen (2008: 201), noko av det mest interessante ved profesjonelle sine roller og yrkesutøving. Likevel treng ikkje mistillit til system nødvendigvis koplant til personleg mistillit.

Tillit til profesjonelle er ein annan tillit enn den ein har til vener eller andre ein kjenner godt. Profesjonstillit inneber å kunne stole på ein fagpersons kompetanse. Grimen (ibid.: 200-208) påpeiker at ein er i ein sårbar situasjon når ein stolar på profesjonelle. Ofte har ein likevel ikkje anna val enn å stole på dei, og han spør då om det er snakk om reell tillit. Tillit til ein profesjon byggjer vanlegvis på tiltru til at gruppa kan halde orden i eige hus. Det må vidare vere eit system som sørgjer for at feil og misbruk blir luka bort. Behovet for institusjonalisert mistillit er ein direkte følge av profesjonstillit, og at ein er avhengig av å stole på personar ein ikkje kjenner godt. Kontroll av kompetanse og kvaliteten på det arbeidet som blir gjort, vil difor vere viktig for kvar enkelt tillitsgjevar. Uansett vil det vere vanskeleg å skilje heilt mellom personleg og upersonleg mistillit. Profesjonane både byggjer tillit og bryt ned tillit.

Grimen (ibid.) seier vidare at det ikkje er snakk om tillit mellom likeverdige partar sidan relasjonar mellom profesjonelle og dei som søker hjelp i utgangspunktet er asymmetrisk. Slik epistemisk asymmetri inneber at den profesjonelle sit med kunnskap som den andre manglar,

men treng. Tillitsgjevar har heller ikkje høve til å utfordre fagpersonens oppfatning, utan å oppsøke ein annan fagperson for «second opinion».

Giddens (1997: 90) er opptatt av at tillit på det personlege plan er noko dei involverte må arbeide med. Tilliten må vinnast gjennom varme og openheit, og det er noko ein må gjere seg fortent. For dei aller fleste vil personleg tillit vere av stor verdi også i møte mellom profesjonell og hjelpesøkar.

Ekeland (2007) trekkjer fram verdien av gjensidig tillit, og han understrekar at tillit smittar. «Tillit frå andre blir i neste omgang tillit til ein sjølv, til eigne ressursar – og til eigen kropp» (ibid.: 45). Han er opptatt av sjukdom og placeboeffekt, men tankerekka kan også overførast til andre situasjonar. Å føde barn og å amme er ingen sjukdom, men ein naturleg del av livsløpet for dei fleste kvinner. Likevel er fødsels- og barselsomsorga gjennom institusjonalisering på eit vis blitt sjukleggjort – ikkje minst gjeld det når fødselen skjer ved keisarsnitt.

Tillitsrelasjonar og maktrelasjonar har ifølgje Grimen (2008: 198) identisk indre interesse- og kontrollstruktur. Tillitsrelasjonar kan slå over til maktrelasjonar, og på denne måten høyrer makt nødvendig til profesjonars primærrelasjonar. Tillit kan gjengjeldast med makt, som ifølgje forfattaren er noko av det viktigaste og vanskelegaste ved tillit til profesjonelle. Han påpeiker at å overlata noko til andre, er eit viktig aspekt ved tillit, og at risikoen ein tar ved å vise slik tillit er reell.

### **3.2.2 Kommunikasjon og samhandling**

Goffmans studiar av mellommenneskeleg kommunikasjon har vore sentral i utviklinga av kommunikasjon som eige fagfelt. Han studerte korleis sosial åtferd var organisert og var opptatt av dei daglegdagse, mellommenneskelege handlingane (Knapp et al. 1994: 6). I denne studien er det relasjonen mellom mannen og kvinna i eit foreldrepar som er det sentrale. Vidare er det interessant korleis kommunikasjon og samhandling mellom foreldre og profesjonelle skjer. Kontekst for samhandling vil vere avhengig av kor foreldrepåret til ei kvar tid er i den kronologiske prosessen. Det definerte tidsrommet er graviditeten, fødselen og dei første seks vekene av barseltida.

Profesjonell kommunikasjon er ikkje heilt den same som kommunikasjon i dagleglivet. Eide og Eide (2011: 18-19) påpeiker at ein som yrkesutøvar kommuniserer med personar som treng



hjelp eller assistanse, eller med samarbeidande kollegaer for å kunne yte hjelp. Jordmor skal i kraft av sin faglege kompetanse og posisjon på denne måten fylle ein hjelpande funksjon for foreldreparet. Profesjonell, hjelpande kommunikasjon har eit helsefagleg formål. For denne studien vil fremjing av helse og førebygging av sjukdom vere viktige sider å trekkje fram. Det er i utgangspunktet friske personar vi har å gjere med i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga. Kommunikasjonen bør vere både fagleg grunngjeven og til hjelp for den eller dei andre. Forfattarane påpeiker at pasient og pårørande er sjølvstendige personar som må sjåast som autoritetar på korleis dei opplever situasjonen og kva som er viktig for dei. Behandling og fagleg hjelp er derimot profesjonsutøvarens sitt ansvar. I faglitteraturen omtalar ein å bli møtt med respekt, bli tatt på alvor frå sin ståstad, og få høve til størst mogleg innverknad på eigen situasjon som myndiggjering, eller empowerment.

Empowerment er en holdning som kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon og ved å involvere pasienten i beslutninger, og er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensynet til pasientens beste (ibid.: 19).

Vi kommuniserer alltid meir enn det vi uttrykkjer med ord, og nærleiksetikk står sentralt i den mellommenneskelege kommunikasjon. Henriksen og Vetlesen (2006: 220) påpeiker at det som blir kommunisert ikkje berre er det vi kommuniserer, men også den som kommuniserer. Å vere til stades i stemma, i toneleiet og med kroppsspråket, ja med heile seg, blir viktig for at mottakar skal oppleve at avsendar er personleg til stades. Jordmor, helsesøster eller barnepleiar blir på denne måten ein del av det kommuniserte når ho snakkar med kvinna eller mannen som ventar barn eller nyleg har født. Når vi vender oss til ein annan, uavhengig av ærend, vil ansiktet vårt fortelje kven vi er. Vi bestemmer sjølv kva ord vi vil bruke, medan ansiktet er noko vi er, slik Lévinas framhevar i sin filosofi om ansiktet (Eide og Eide 2011: 104).

Balansen mellom manglande omsorg og undertrykking kan i mange høve vere vanskeleg. Handlingar kan bli utført i beste meining, utan at den andre er tilstrekkeleg involvert i avgjerda. I motsett fall kan det vere like øydeleggande å ha ei likegyldig haldning til den andre. Å tenkje at noko er til beste for den andre, er sjeldan godt nok. Det vil uansett vere den andre som har svaret, det er han eller ho som best kan kome fram med sine behov og interesser (Henriksen og Vetlesen 2006: 223-224). Dersom jordmor, bevisst eller også utan å reflektere over det, tek på seg å tolke kvinna eller foreldreparets behov og ønskjer, vil det kunne bere galt av stad. Å handle ut i frå si «overlegne» tolking eller forståing, med den andre

sitt beste som motiv, er ikkje heilt uvanleg i helsevesenet. Slik paternalistisk tenking har framleis fotfeste innan den positivistiske tradisjonen.

Løgstrup (2008: 39) er opptatt av at vi som hjelparar ikkje kan ta sjølvstendet i frå den vi skal hjelpe. Vi kan ikkje ta ansvaret frå han eller henne, sjølv om vi tenkjer at det er i omsorga og ansvars teneste. Å ta omsyn til autonomi og ibuande verd hos kvar og ein vil vere vesentleg i all kommunikasjon, omsorg og behandling.

Skjervheim (1992: 172-178) var også opptatt av etiske spørsmål i menneskeleg samhandling. Han såg kommunikasjon som ein tre-ledda relasjon. Gjennom det han omtalar «det instrumentalistiske mistaket» viser han ei kritisk haldning til at positivistisk forståing blir overført til forståing av menneske. Dersom møte mellom menneske manglar refleksjon, vil ifølgje Skjervheim saksforholdet dominere, med objektivisering av den andre som resultat. Slik overtaling av den andre gjer at han eller ho blir behandla som eit middel og såleis fråtatt status som subjekt. Ved å sjå barselkvinna som eige mål, kan jordmor unngå dette. Det same gjeld for barnefar. Respekt for at ein forstår verda ulikt vil vere det sentrale i relasjonen.

Kommunikasjon i profesjonelt hjelpearbeid blir av Ekeland (2007: 29-30) framheva som helsefremmande. Forfattaren meiner at ved å utvikle kommunikasjon som fremjar helse, meistring og myndiggjering kan den reknast som ein betydeleg helseressurs. Når kommunikasjon viser seg meningsskapande og relasjonsorientert, har den også mykje kraft. Kommunikasjon mellom menneske handlar om meir enn dei tekniske sidene og faktakunnskap. Ekeland påpeiker vidare at kommunikasjonen i dagens helsevesen i stor grad vektlegg informasjon og effektivitet, og mindre den helsefremmande kommunikasjonen. Relasjonane, det mellommenneskelege, må i langt større grad løftast fram. Kommunikasjon har både eit innhalds- og eit relasjonsaspekt. Fagfolk er ofte meir opptatt av innhaldsaspektet enn av relasjonsaspektet, medan det er omvendt for pasientar eller andre hjelpesøkande. Relasjonsaspektet handlar om å skape eit klima som er nødvendig for at saksinnhaldet, eller informasjonen, skal kunne flyte mellom aktørane i kommunikasjonsakta.

### **3.2.3 Makt og kontroll**

Samfunnet har stor interesse i reproduksjonsfeltet, der også amming høyrer heime (Ellingsæter 2005). Styresmaktene er opptatt av at flest mogleg skal lukkast med å amme. «Bryst er best», både i ernæringsssamanheng, men òg i forståinga førebyggjande helse (Løland mfl. 2007; Horta et al.: 2007). Framfor alt er barnets framtidige helse i sentrum. Men òg for

den ammande kvinna blir førebygging av sjukdom løfta fram.

«Retten til å amme» kan for den enkelte kvinne opplevast som «plikta til å amme».

Samfunnets interesse for det personlege som amming må reknast som, kan vise seg igjen i pliktkjensla hos kvinnene. Barnets «rett» til morsmjølk vil også vere med å forsterke denne plikta (WHO 2003: 5). Ser vi på Foucaults biomakt-omgrep, ført i pennen av Aakvaag (2008), beveger problemstillinga seg i spenningsfeltet mellom individ og samfunn. Biomakt kan defineres som «den moderne statens regulering av den befolkningen som befinner seg på dens territorium» (s. 318). For å utøve biomakta treng staten både kunnskap om befolkninga, og for å betre situasjonen makt til å sette i verk nødvendige tiltak. Når det gjeld amming, er norske styresmakter interessert i å vite noko om kven som ammar, og kor lenge barnet blir amma. Dei er opptatt av kvifor det er slik at offisielle tilrådingar ikkje nødvendigvis blir følgt, og korleis ein kan auke andelen som fullammar. Staten har behov for å overvake ernæringstilstanden for spedbarn, som for andre aldersgrupper, nettopp med mål om å betre folkehelsa. Denne overvakinga, eller utøving av biomakt, skjer ved at profesjonar, med tilhald i det Foucault kallar ulike panoptiske institusjonar, produserer kunnskap om feil og manglar ved befolkninga (ibid.: 318).

Når det gjeld ammespørsmål, er særleg profesjonane jordmødrer, helsesøstrer og barnepleiarar involvert, i tillegg til legar med interesse for feltet. Profesjonsgrupper får kosta vidareutdanning i amming der målet er å heve kompetansen på området. På den måten kan dei «oppdra» kvinner i kunsten å amme. I mange samanhengar er ein meir opptatt av dei «tekniske» og fysiske aspekt ved amminga, enn av psykiske og miljøretta faktorar. Blikket er retta mot ammestilling, sugetak og høve til å auke mjølkeproduksjonen ved pumping av brysta. Vidare deltek fagpersonane i registrering og «overvaking» av nasjonens ammestatus, mellom anna gjennom program for reevaluering av MBVI, i regi av Nasjonal kompetanseteneste for amming. Ellingsæter (2005: 382) påpeiker at ei rekke yrkesgrupper med profesjonell kunnskap om barn og barns utvikling på denne måten får eit overvakingsansvar for foreldrearbeidet.

### **3.3 Meistringsperspektiv på amming**

Tillit til ein sjølv og personane rundt seg er ein føresetnad for å mestre livets små og store påkjenningar. Heggen (2007: 64) understrekar at meistring omfattar både målsetting og prosess. Det handlar om å greie noko på eiga hand, om å takle stress, påkjenning, krise eller

sjukdom, for å kome seg vidare på ein god måte. Det å meistre amminga er ei målsetting for dei fleste kvinner og menn som føder barn i Noreg i 2013. Målet er at barnet skal få tilgang til den viktige morsmjølka. Det prosessuelle perspektivet dreier seg om heile ammeprosessen, og har ei tidsramme frå planlegging til barnet er «avvendt» brystet. Eg vel å nytte Lazarus og Folkman (1984) sin prosessorienterte definisjon på meistring når foreldreperspektivet på amming blir belyst. Forfattarane er ikkje berre opptatt av aktøren, men også på relasjon mellom aktør og omgjevnad, som vil vere sentralt for ammeprosessen:

We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person (ibid.: 141).

Når kvinna møter konkrete utfordringar i ammeprosessen vil tenkje- og handlemåten hennar vere av betydning. I forsøk på å handtere situasjonar som ho opplever krevjande vil ho stadig veksle mellom tankeverksemd og handling. Den målretta handlinga kan føre fram eller også strande. I fall ho ikkje oppnår den forventa meistring vil ho ta i bruk kognitiv tilpassing, finne forklaringar som gjer at ho kan innpasse situasjonen. Kvinnas sjølvbilete, sjølvverdi og identitet er individuelle forhold som er inkludert i meistringsomgrepet. Forfattarane understrekar at meistring er langt meir enn ein individuell strategi, og som profesjonell yrkesutøvar er det viktig å ha perspektiv på nettopp det. Barnefar, og andre i kvinnas nære omgjevnad, er dei som gir kvinna tilhørsle og sosial støtte i dagleglivet. Tilgjengelege fagpersonar og frivillige organisasjonar vil òg vere verdfulle ressursar å nyttiggjere seg.

Kronborg (2006: 1-16) har frå helsesøsters ståstad studert om tidlig ammeopphør kan førebyggast. Ho trekkjer fram fleire forhold som viser seg å ha betydning. To sentrale punkt var kvinnas intensjon om å amme, og kva forventning ho hadde til å meistre ammeprosessen. Vidare vil tilgjengelege ressursar, i tillegg til kvinnas kunnskap og tidlegare ammeerfaring ha betydning. Dessutan hadde kvinnas nære nettverk mykje å seie for kor lenge ho amma. Var haldninga positiv i miljøet, varte ammeperioden lengre. Korleis kvinna opplevde barnefar og eiga mor sitt syn på amming hadde mest å seie. Forskaren er opptatt av at det er mogleg å påverke desse faktorane, slik at fleire mødrer kan hjelpast til lengre ammeperiode.

For fleirgangsfødande vil meistring knytt til å amme vere nært kopla til tidlegare ammeerfaring. Meistringsstrategiane sosial-kognitiv teori og attribusjonsteori vil bli brukt for å sjå meistring i lys av tidlegare ammeperiodar.

### 3.3.1 Meistringsforventning – samspel mellom individ og miljø

Bandura (2001: 1-11) sin sosial-kognitive teori er aktuell å trekkje inn når meistringsaspektet knytt til amming skal belysast. Han er opptatt av både individuell og kollektiv forventning om meistring, og at personlege ressursar og miljøfaktorar må sjåast i samanheng. Samspelet mellom handling, kognitive prosessar og miljø skjer kontinuerleg. Bandura er oppteken av at meistringsforventning har fleire nivå, og påpeiker at den kollektive kjensla av meistring i stor grad blir neglisjert. Han finn mykje av forklaringa i den pågåande globaliseringa som kan opplevast skremmande, sidan det er snakk om forhold som ligg utanfor den einskilde sin kontroll. Likevel vektlegg han at vi kan ha kontroll med vår eiga tenking, at vi har høve til å utforme våre eigne liv. Er tru på meistring til stades, kan vi i større grad rekne med å lykkast. Korleis menneske sjølv kan påverke eigne kjensler, tankar og handlingar står sentralt. Bandura nyttar omgrep «self-efficacy», som kan omsetjast til «sjølv effektivitet» eller meistringsforventning. Det handlar om å spele på eigne ressursar. Å lykkast handlar om å kunne byggje på lærte forventningar om meistring av ulike oppgåver. Han trekkjer eit viktig skilje mellom forventning om meistring og forventning om resultat av det å meistre, utbytteforventning. Utvikling av meistringsforventning startar tidleg i barndomen, gjennom trening i å handtere eit breitt spekter av oppgåver, situasjonar og opplevingar. Vi fortsett å utvikle eigenskapen gjennom heile livet, på same måte som vi elles tileignar oss nye ferdigheiter, erfaringar og forståing. Når vi møter nye, liknande situasjonar, kan erfaringa transformerast. Banduras teori er utarbeidd med tanke på læring i skolen, men eignar seg òg for helserelaterte område, ikkje minst innan førebyggjande helsearbeid og helseopplysning.

Bandura skaper ei forståing av at meistring er noko alle kan oppnå på alle område, berre vi har tileigna oss høg meistringsforventning. Hans program for meistring (Bandura 2001: 6-11) kan nyttast av enkeltindivid, grupper, ulike samanslutningar og nasjonar. Det å øve opp tru på eige prosjekt er nyttig for alle. Denne energien kan takast i bruk når det gjeld all endring og utvikling, også sjukehusrutinar. Han hevdar at trua på seg sjølv er basis for all motivasjon, som kjem før handling. Dei menneskelege kjernefunksjonane, intensjon, framtidsretta tenking, motivasjon, målorientering og sjølvrefleksjon, er sentrale når vi handlar. Intensjonen vi har om å handle på ein bestemt måte er grunda på motivasjonsfaktoren. Dei to funksjonane intensjon og motivasjon er nært kopla til kvarandre. Bandura ser intensjon og handling som to aspekt av handlingsevne som er skilt frå kvarandre i tid. Det å nå måla vil vere konsekvens av handlingsevne. Intendert handling, for å oppnå bestemte mål, kan òg føre til heilt andre resultat enn det som var tenkt.

Å lukkast med det ein gjer er på alle område i livet oppbyggande for sjølvkjensla. Vidare vil det vere positivt for framtidig meistring av liknande karakter. Slik er det òg på ammefeltet, tidlegare ammeerfaring har som før nemnt mykje å seie for seinare «ammekarriere». Heider lanserte seint på 1950-talet attribusjonsteori, som seinare blei ein integrert del av læra om mellommenneskeleg kommunikasjon (Knapp et al. 1994: 5). Teorien har likskap med Bandura sin sosial-kognitive modell. Dei er begge ressursorienterte og har stor tru på dei positive kreftene i menneske, samtidig som motivasjon er ei berande kraft. Menneske blir motivert av å skape på nytt opplevingar vi tidlegare har hatt glede eller nytte av.

Weiner (2000: 47-51) sin attribusjonsteori skil mellom ulike dimensjonar i årsaksforholda når den forklarar prinsippa for meistring. Høve til å lukkast vil bli styrka eller redusert alt etter om personen brukar indre eller ytre faktorar som forklaring på eit nederlag. Det sentrale blir kva som er mogleg å endre på, og kva får ein ikkje gjort noko med. Dersom ei kvinne forbinder eit tidlegare nederlag, til dømes ufrivillig ammeopphør, med ei stabil årsak utanfor eigen kontroll, er det sannsynleg at ho legg mindre krefter i å lukkast neste gong. Vurderer ho derimot at ammeopphøret sist botna i ei meir ustabil årsak, der ho sjølv kunne vore med å påverke, vil ho truleg investere meir i prosjektet. Ein slik indre ustabil årsak kan til dømes vere eigen innsats. Det å gå ut og søke hjelp til å løyse kriser, eller oppnå meistring, er ein aktiv handlingsstrategi. Nederlag aukar risiko for nederlag også seinare. Tankens kraft har stor betydning. Har vi tru på meistring kan vi også meistre betre. Weiner er opptatt av at pasienten, eller andre, kan hjelpast gjennom ekte samtale om korleis han eller ho ser på meistring. På den måten kan til dømes den gravide, gjennom samtale med jordmor, få hjelp til å oppdage aktuelle meistringsstrategiar for amming planlagt fram i tid. Heggen (2007: 73) påpeiker at i staden for å vere opptatt av praktiske hjelpemiddel for å meistre ein bestemt situasjon, er det personens eigne forklaringar på kvifor han eller ho meistrar eller feilar som får merksemd.

### **3.3.2 Å forstå kvarandre – og det kvinnelege og mannlege**

I vår tid har langt på veg den polariserte forståinga av det kvinneleg og mannlege som var dominerande på 1950-talet, blitt erstatta av merksemd på mangfald i forståing av kjønn (Blom og Sogner 2006). Familieforma som vaks fram bygde i prinsippet på at foreldrepar delte ansvaret for både forsørging og omsorg. Samtidig skjedde det ei svekking av familiekollektivet sidan mindre stabile sambuarforhold i stor grad avløyste ekteskapet. «Disse demografiske endringene har preget den senere utviklingen og endret relasjonene mellom

kjønnene, med økende vekt på individualitet, likestilling og likeverd» (ibid.: 388).

Forfattarane påpeiker at trass revolusjonerande endringar i kjønnsidentitet og kjønnsrelasjonar finn ein også klar kontinuitet. Mykje av det tradisjonelle heng enno igjen. Mange, både kvinner og menn, oppfattar framleis hovudansvaret for små barn og det daglege arbeidet i heimen som eit særleg kvinneansvar.

Levin og Trost (1996: 115-118) framhevar posisjon, forventningar, rolle og åtferd som fire sentrale omgrep i rolleteori. Posisjon er kopla til det å ha ulike slags medlemskap i ei gruppe, til dømes er ein mor eller far i ein familie. Ein føresetnad er at det finst andre posisjonar som står i ein relasjon til den første, som for eksempel posisjonen barn. Forventningar er knytt til korleis ein skal oppføre seg i ein gitt posisjon, og er styrt av normer eller reglar, formelle eller uformelle. Det er likevel ikkje slik at forventningar i alle samanhengar er eintydige, og ofte vil det vere fleire alternativ til korleis ein person oppfattar kva han eller ho kan eller bør gjere. Når det gjeld åtferd, handlar det om kva vi gjer og ikkje gjer, kva vi seier og kva vi tiar om, det vi tenkjer eller ikkje tenkjer. På same måte som ved forventningar finst det eit utal alternativ for åtferd som er knytt til korleis andre posisjonsinnehavarar agerer. For foreldrerolla vil det òg knytte seg ulike forventningar til posisjonen avhengig av kor ein er og kven ein møter. Foreldrerolla er dessutan ikkje kjønnsnøytral, ein er enten mor eller far. Den sosiale verkelegheita er slik at både kjønn og alder er posisjonar som alltid er nærverande.

Også i den kvardagslege kommunikasjonen sender og mottar vi forventningar om korleis og kva vi skal gjere og ikkje gjere. Det vil gjelde både i familien, på arbeidsplassen og på sjukehuset. Det vil ikkje alltid vere samsvar mellom innhaldet i forventningane som blir sendt og dei som blir mottatt. Normsendaren kan ha tenkt noko anna enn det mottakar oppfattar, slik at sistnemnde bryt med forventningane og risikerer å bli straffa av normsendar. I kvardagslivet er det ikkje uvanleg at straff har ei meir usynleg form (ibid.: 118).

Linton (1936: 113-131) snakkar om aktive og latente posisjonar. Med det meiner han at dei posisjonane som gjeld akkurat her og no blir sett som aktive, medan dei posisjonane som i same tidsrom oppheld seg i bakgrunnen er dei latente. Når ein er i posisjonen «nybakt» far i barselavdelinga, er som alltid kjønns- og aldersposisjonane aktive. Det vil posisjonen ektemann eller sambuar også vere. Fleire av dei andre posisjonane vil derimot vere latente så som yrkesaktiv, son og far til eldre barn. Ein eller fleire av dei latente posisjonane kan likevel bli gjort aktiv i den gjeldande «her-og-no» situasjonen.

Vidare kan ein person i ein gitt posisjon oppfatte forventningar til seg som inneber at han utfører handlingar og åtferd med ulik grader av intensitet eller nøyaktigheit (Levin og Trost 1996: 119-121). Truleg vil både far og mor ha høg grad av intensitet i forventningane retta mot seg knytt til samværet med sitt nyfødde barn. Ser ein tilbake i tid, kanskje mindre enn 30 år, var slik forventning i stor grad retta mot mor, medan forventinga til far var langt lågare. Det var forventa ei meir perifer deltaking til han i tida like etter fødselen.

West og Zimmerman (1987) trekkjer element frå rolleteori inn i det dei nemner som «doing gender», og slår fast at også kjønn blir produsert og reproduisert gjennom sosiale handlingar:

Gender is a powerful ideological device, which produces, reproduces, and legitimates the choices and limits that are predicated on sex category. An understanding of how gender is produced in social situations will afford clarification of the interactional scaffolding of social structure and the social control processes that sustain it (ibid.: 147).

Forfattarane påpeiker at vala vi gjer, og grensene vi set for eige handlingsmønster, er styrt av det kjønnnet vi er. Ulike mekanismar for sosial kontroll vil vere med på å oppretthalde eit etablert mønster.

Connell (2005) er opptatt av at kjønn både er sosialt forma og biologisk bestemt, og at sosial kjønnsulikskap må sjåast i dette perspektivet. Dei fysiske forskjellane mellom menn og kvinner er opplagde og synlege. Den sosiale forskjellen heng saman med måten vi som individ blir sosialisert inn i kjønnsrolla på. Sosialiseringa skjer i oppvekstfamilien, gjennom primær sosialisering og i ulike samfunnsinstitusjonar gjennom den sekundære sosialiseringa. Dette gjer at maskulinitet og feminitet må skjønast som internalisert eller tileigna. Forfattaren seier vidare: «Masculinity and femininity are inherently relational concepts, which having meaning in relation to each other, as a social demarcation and a cultural opposition» (ibid.: 43). Han er opptatt av at maskulinitet og feminitet uansett må skjønast i relasjon til omgivnadene. Den tida ein lever i, og det samfunnet ein er ein del av vil prege forståinga. Tilnærminga viser til at det alltid vil vere to kjønnsroller i alle kulturelle samanhengar, ein mannleg og ein kvinneleg.

Ellingsæter (2005: 376) poengterer at å amme ikkje treng å kome i konflikt med kjønnslikestilling i barnets første leveår. Ho er likevel opptatt av at visse ammepraksisar kan bidra til det. Ho sikter til tilrådinga om fullamming i seks månader og vidare delamming til barnet er minst eitt år. Dersom far kjem inn i bildet først etter at fullamminga er avvikla,



meiner Ellingsæter, med støtte frå Likestillingsombodet, at det vil etablere seg kjønnskeive mønstre som får konsekvensar seinare i foreldreskapet. Ho hevdar vidare at den offisielle ammepolitikken snevrar inn mannens høve til eit aktivt farskap i aktuelle periode, og at der finst ei underliggande forståing om at kvinnene, som er dei som føder, er meir mødrer enn menn nokon gong kan bli fedrar.

I arbeid med å demokratisere foreldreskapet meiner Danielsen (2002) at det blir viktig å skape ei ukjønna omsorgsforståing. Kjønnsroller og kjønnsidentitetar spelar ei stor rolle for utforming av foreldreskapet, kanskje større enn dei økonomiske faktorane. Ho framhevar at det må arbeidast for ein omsorgspraksis som gjer at menn og kvinner på like vilkår kan delta i omsorgsarbeid både overfor barna sine og andre. Forfattaren hevdar at «omsorg er noko kvinner og menn har eit like stort potensial for å utøve» (ibid.: 118).

## **4 Design og metode**

Denne studien handlar om korleis foreldrepar opplever ammeprosessen når barnet dei ventar blir fødd ved hjelp av planlagt keisarsnitt. Kalleberg (1996) forklarar forskingsopplegget «som et kart som kan hjelpe oss med å finne veien fra der vi er (spørsmålene), til dit vi ønskjer å komme (svarene)» (ibid.: 26). Min intensjon er å få meir kunnskap om korleis foreldre sjølv opplever tida før, under og etter fødselen, ei for mange sårbar fase i livet. Korleis bur foreldrepåret seg på amming, saman og kvar for seg, og kva ser dei som vilkår for det å skulle meistre ammestarten, og vidare kvardagen etter heimkomst frå sjukhuset.

### **4.1 Vitskapsteoretisk utgangspunkt**

Kvalitativ og kvantitativ forskning er opptatt av ulike sider av sosiale fenomen i samfunnet. Dei to metodetradisjonane bidrar kvar på sin måte med verdfull kunnskap om verda. Kunnskapsdimensjonane vil samla sett fremje ei forståing både av eit fenomens meiningsinnhald og kor utbreidd det er (Aase og Fossåskaret 2007: 11-16). Amming som sosialt fenomen er ikkje noko unntak, det kan talfestast men også utforskast kommunikativt. Studien til Hægkvist et al. (2010) er døme på ein kvantitativ studie der dei er på jakt etter kva som verkar inn på kor lenge mødrer fullammar. Med utgangspunkt i denne studien har eg valt ei problemstilling, med tilhøyrande forskingsspørsmål, der intervju vil vere ein eigna forskingsmetode. Studien har ei kvalitativ tilnærming i søk etter kunnskap om foreldres erfaring med amming. Det vesentlege vil vere å utforske ulike sider ved foreldre sine forventningar til, og opplevingar av, ammeprosessen. Malterud (2011: 27-28) hevdar at når intensjonen er å få meir kunnskap om menneske sine erfaringar, tankar, opplevingar, forventningar, haldningar og motiv så vil kvalitative metodar vere godt eigna.

Meiningsinnhald i samhandling mellom sosiale aktørar vil vere sentralt når eg vel å utforske hendingar som utviklar seg på ulike arenaer i forkant, under og etter eit planlagt keisarsnitt. Analyse av roller, relasjonar og kommunikasjon blir vesentleg. Når det gjeld synet på kunnskap, blir det å forstå, framfor å forklare, eit viktig prinsipp. I teorien om samanheng vert det lagt vekt på at all kunnskap er menneskeskapt, og at det ikkje finst objektive, ytre sanningar slik teorien om samanfall hevdar (Aase og Fossåskaret 2007: 44-49). Ut i frå eit slikt sosialkonstruktivistisk perspektiv er vitskapleg kunnskap, som all annan kunnskap, sosialt konstruert. Lokale kontekstar vil vere styrande i kunnskapsproduksjonen, og det vi ser som sanning er resultat av ulike perspektiv (Fangen 2010: 26). Ved å gå nært inn på eit fenomen, slik eg gjer i samtale med foreldra om amming, vil føresetnaden for å forstå deira

livsverd auke. Ein fasit, skapt utanfrå, som fastset korleis ein går fram for å lykkast med amminga er ikkje åleine løysing når vi støttar oss på teorien om samanheng. Menneske er dømt til å oppfatte verda gjennom sansane, og den ytre verkelegheita «...speiler våre tanker» slik Aase og Fossåskaret (2007: 48) uttrykkjer det. Vidare påpeiker dei at vi må søke å nå tak i intensjonen bak dei handlingane kvar og ein vel. Korleis aktøren sjølv forstår den aktuelle situasjonen, er avgjerande for at dei på utsida også kan forstå. Vi tolkar den situasjon vi står i og vel våre handlingar ut i frå det. Tiltru til instrumentelle løysingar for å lykkast på ammefeltet er kanskje meir utbreidd enn ein skulle tru. Det kan vere freistande å tenkje at dersom berre kvinna følgjer den skisserte oppskrifta eller planen, vil det meste gå greitt. Slik årsaks- og verknadstenking har ein meir forklarande sosiologi framfor ein forståande, som er vitskapsteoretisk utgangspunkt for denne studien.

Forskaren må i det kvalitativt orienterte prosjektet ha ein innsikt som gjer ho bevisst over si medskapande kraft. Hennar interesse for fenomenet som blir undersøkt, er ikkje avhengig av om studien byggjer på kvantitativ eller kvalitativ metode, men «...kvalitativt orientert forskning involverer forskeren på en helt annen måte enn kvantitativt orienterte prosjekter gjør» (Aase og Fossåskaret 2007: 34). Når eg i intervjuet stoppar opp for å stille utdjupande spørsmål, er eg med på å styre samtalen i ei bestemt lei. Det same gjeld når eg gir rom for pausar, eller følgjer informanten med nikk og andre oppmodande teikn for å signalisere at han eller ho held fram.

Kalleberg (1996: 26-27) hevdar at positivistisk vitskapsforståing framleis gjer seg gjeldande i samfunnsfaga, men oftast som ein usynleg skyggeteori. Om den er usynleg er den likevel ikkje utan innverknad, noko som kjem fram i forventningar om «gode forskingsopplegg», det vere seg forskingsspørsmål, datamateriale, teoriar og krav om generalisering. I eit sjukehusmiljø er dette ei kjent og rådande forståing også i dag. Likevel synes kvalitative forskingsdesign å ha fått eit visst gjennomslag. Vi treng begge perspektiv, både innanfor og utanfor sjukehus, sidan dei heller utfyller kvarandre enn å vere konkurrentar. Malterud (2011: 15) er også opptatt av at vitskap ikkje må knytast til bestemte forskingsmetodar. Den må heller bli styrt av måten innsamling og handtering av kunnskap skjer på.

## **4.2 Kasusstudie som forskingsdesign**

Valet om kasusstudie som design kom i samband med avgjerdsla om å utforske ammeprosessen i eit foreldreperspektiv. Tradisjonelt har ein sett mor og barn som ei naturleg

eining når ein studerer fenomenet amming. Ved eksplisitt å sette lys på farsrolla, og samstundes sjå den vesle familien som ein heilskap, er intensjonen å utforske perspektiv på amming som eit fellesprosjekt. Dette bakteppe gjorde kasusforskning til eit naturleg val. Då det viste seg at alle kvinnene i tillegg gav samtykke til innsyn i fødejournalen, fekk eg auka tru på designen.

Kvalitativt forskingsintervju, saman med journalnotat frå opphaldet i fødeinstitusjonen, blei som sagt studiens metodetilnærming. Planen er å bruke sist nemnde som supplement til forskingsintervjua, som vil vere hovudkjelde i datamaterialet. Fire kvinner og fire menn, som nyleg var blitt foreldre til eit barn fødd ved keisarsnitt, blei intervjuar kvar for seg. Kvart foreldrepar blir sett som eit kasus, og datagrunnlaget blir såleis samansett av to forskingsintervju, eitt frå mor og eitt frå far. I tillegg kjem relevante opplysningar frå kvinnas fødejournal.

Ifølgje Berg (2009: 318) kan i prinsippet alle fenomen bli studert ved hjelp av kasusstudie. Studietilnærminga er ingen ny måte å samle informasjon eller analysere data på. For fagområde som psykologi og medisin er det naturleg at ein undersøker og behandlar kvar og ein pasient som eit kasus. Likevel, som Myklebust (2002: 424) refererer, blir gjerne kasusstudie som design tilrådd når forskaren har liten kontroll over forskingsfeltet, og når fenomenet ein studerer er samtidig heller enn historisk. Når det gjeld ammefeltet er det i utgangspunktet slik at det føreligg mykje forskning. Dei siste tiåra er det gjort ei rekke studiar, både nordiske og internasjonale. Forskarar har undersøkt strukturelle forhold i fødeinstitusjonar og i kommunehelsetenesta med innverknad på førekomst av amming, på kort og lang sikt (Moore et al. 2012; Di Girolamo et al. 2008; Almqvist-Tangen et al. 2012). Fleire studiar viser òg nær samheng mellom ulike sosioøkonomiske variablar og kor lenge og mykje kvinner ammar (Lande et al. 2003: 159-160; Kronborg 2006: 2). Når det gjeld amming og keisarsnitt finst det òg tidlegare forskning, om ikkje i same utstrekking som etter vaginal fødsel. Derimot er foreldrerolla og amming mindre utforska. Eg er opptatt av korleis barnefar opplever si rolle knytt til amming etter eit keisarsnitt, og korleis barselkvinna opplever mannens rolle i denne fasen. Vidare kva vilkår foreldre ser for å skulle meistre amminga, og korleis dei opplever tilrettelegging under sjukehusopphaldet og i tida etter heimkomst.

Når målet er å utforske foreldrepærens oppleving av ammeprosessen, vil slik eg ser det kasusforskning vere eit velegna design. Det at det finst lite norsk forskning på foreldrerolla

knytt til amming, og at eg vel å studere fenomenet i samtid, og nær fortid, underbyggjer valet. Min nære kjennskap til forskingsfeltet og fagleg forståing av ammeprosessen er òg eit argument for kasusforskning. Berg (2009: 322) gjer merksam på at forskaren må kunne tolke og reagere på dei innsamla data og vere kapabel til å bestemme om det er nødvendig å søke fleire kjelder eller om dei data ein har er tilstrekkeleg. Mi tilknytning til fagfeltet vil samstundes vere utfordrande med tanke på upartisk tolking av dei innsamla data. Lang kliniske erfaring og arbeid med kvalitetsforbetring i ein fødeinstitusjon, vil naturleg prege mi før-forståing knytt til amming generelt og amming etter keisarsnitt spesielt.

Dersom kvinna ønskjer det slik, er det i dagens fødselsomsorg vanleg å invitere barnefar, eller annan nær pårørande, med under eit planlagt keisarsnitt. Sjølv sagt er det opp til han sjølv om han ønskjer å delta, men oftast vel han å vere med. Vi veit at barnefar i dag har ei ikkje ubetydeleg rolle som støttespelar, også når det gjeld amming. Eg meiner difor at det vil vere interessant å intervjuje både kvinna og mannen i mi undersøking. Kanskje kan det gi ei meir heilskapleg forståing for kvifor fullamming varer ved, eller blir avslutta tidlegare enn gjeldande tilråding. Eg har tru på at det empiriske materialet blir meir utfyllande og mangfaldig om eg nyttar kasusstudie som metode. Geertz nyttar omgrepet «thick descriptions» om den fyldige, eller rike, måten eit kasus bør beskrivast, nettopp for å kunne gi ei djupare forståing av eit fenomen eller ei hending (Berg 2009: 319; Myklebust 2002: 425).

Kasusstudie vert oftast assosiert med det å byggje teori framfor å teste teori. Kanskje ein heller skal sjå designen både som teoriutviklande og teoritestand. Berg (2009: 322-23) viser til Yin når han framhevar at ein modell der teori er utgangspunkt for forskinga er viktig av fleire grunnar. Det teoretiske perspektivet kan vere til god hjelp når ein skal velje kasus, og i valet om å bruke eit enkelt kasus eller fleirkasusdesign. Vidare kan det bidra til å støtte generalisering til andre kasus og famne breiare i forskinga. Alle område av eit individs liv er vovne saman, og ofte kan ein ikkje forstå eit aspekt utan at ein tek omsyn til andre. Føresetnad for å gjennomføre ein god kasusstudie er ifølgje Yin eit utforskande sinn, og vilje til å stille spørsmål både før, under og etter at data er innsamla. Forskaren må også ha kapasitet til å lytte, og ta inn store mengder ny informasjon «with out bias». Ho må ha fleksibilitet til å handtere uventa hendingar og kunne forandre strategi for datainnsamling dersom den viser seg å vere ineffektiv. Vidare framhevar Yin at det er vesentleg for forskaren å ha grundig forståing av temaet ho studerer for å kunne tolke og reagere på dei data som kjem fram. Til sist nemner han at forskaren må vere open for motstridande funn som er eit teikn på kunsten å tolke data upartisk (ibid.: 322-23). Eit anna viktig poeng hos Yin er komposisjonen av

kasusrapporten, at den er forfatta i ein engasjerande stil, noko eg kjem tilbake til i kapitel 4.5.1.

Stake (2005: 445-47) deler kasusstudiar inn i tre ulike typar. Ekte kasusstudiar, instrumentelle og kollektive. Klassikarar innan kasusforskning viser at ein kan velje å konsentrere studien om berre ein informant, slik Wadel gjorde i 1973 då han studerte ein familiefars oppleving av vedvarande arbeidsløyse. Dette er ein ekte kasusstudie, der han følgde informanten over lengre tid, og der metodetriangulering var sentralt (Ryen 2002: 93).

I denne studien er talet på informantar fleire, fire kvinner og fire menn, som parvis utgjer dei fire kasus. Då eg søker innsikt i eit fenomen er det naturleg å kategorisere den som ein instrumentell kasusstudie. Sidan eg berre hadde eitt møte med kvar informant, er den å rekne som ein tverrsnittsstudie. Sjølve kasuset var innleiingsvis av sekundær interesse, det spela ei støttande rolle og gjorde det mogleg å forstå noko anna. Eg har studert kvart kasus inngåande, både med tanke på kontekst og detaljar, men motivasjonen har heile vegen vore den ytre interessa – amming som fenomen i ein større samanheng. Stake (2005: 446) påpeiker likevel at det ikkje er noko skarpt skilje mellom dei to formene ekte og instrumentelle kasusstudiar. Mi erfaring støttar dette. Når ein har vore såpass tett på eit foreldrepar etter ei stor hending som fødselen er, vil det eine spesifikke paret stå som eit særskilt kasus sjølv om eg studerer fleire, og målet er større innsikt i ammeprosessen.

### **4.3 Kriterium for utvalet**

Innleiingsvis vil eg gjere greie for korleis eg gjekk fram for å rekruttere informantar, og kva utvalskriterium som blei gjeldande. Høve til å rekruttere informantar gjennom organisasjonen der eg sjølv er tilsett som jordmor blei tidleg avklart. Det blei sendt skriftleg førespurnad til leiinga ved fødeinstitusjonen om å få tilgang til namn og adresse for kvinner som hadde født ved planlagt keisarsnitt våren 2013. Avhengig om kvinnene gav samtykke til innsyn i fødejournalen bad eg i same brev om høve til å lese journalane. Eg vurderte det som interessant å kunne ta i bruk det skriftlege materialet som var å finne i journalane som ein del av den planlagde metodetriangulering. Etter å ha rådført seg med juridisk ekspertise i organisasjonens fagavdeling, gav leiinga positiv tilbakemelding og klarsignal for å starte rekruttering (vedlegg 4). Dei var òg villig til å bidra i kartlegging av utval og sende førespurnad til aktuelle informantar. For å kunne ha eit avklart forhold mellom forskar og informant og tilfredsstille prinsippet til anonymitet var eg avhengig av denne støtta.

Når kvalitativt intervju er metodeval er ein ikkje ute etter statistisk generaliserbar kunnskap, men er opptatt av å få tilgang til handlingar og hendingar ein ser som relevante for studiens problemstilling (Ryen 2002: 85). Kunne eg fritt valt mellom fleire aktuelle kasus, meiner eg variert utval ville vore ideelt. Ryen viser til Trost, som påpeiker at variert utval siktar mot å finne kasus som representerer noko meir enn dei vi definerer som «vanlege» tilfelle. Ein søker å sette saman eit utval som dekkjer noko av det som er ulikt i ein populasjon som elles er kjenneteikna av ein viss homogenitet. Stake (2005: 450) meiner at utveljingsprosessen er viktig for best mogleg forståing av eit fenomen, men også for at kasus skal kunne stå fram som representativt for nye kasus. For å kunne tilbyde slik naturalistisk generalisering var det for meg nødvendig å velje homogene utval. Malterud (2011) understreker at strategisk utval «...har best mulig potensial til å belyse den problemstilling vi vil ta opp» (ibid.: 56-57). Ho legg vekt på intern validitet, og korleis vi kan lære noko nytt om det fenomenet vi utforskar. Slik eg vurderer det har denne studien eit strategisk utval, med vekt på mangfald, noko som er vesentleg med tanke på ulike former for generalisering, men også for å kunne gi eit meir nyansert bilete av eitt og same fenomen.

Fog (1996: 203-204) beskriv utval basert på kvalitative vurderingar, der ein tek utgangspunkt i teoretisk og empirisk kunnskap, som «kvalitativ ikke-statistisk representativitet». Eit slikt utval vil vere mogleg om forskaren grunngir og vel informantar med omtanke og ikkje let tilfeldigheita råde. Slik eg forstår Fog vil utval prega av mangfald, men også av det typiske, vere ideelt, og kunne erstatte statistisk representativitet. Dei ulike forfattarane omtalar utvalsproblematikken noko ulikt. Likevel opplever eg å kjenne meg igjen i dei ulike beskrivingane i arbeidet med kriterium og utval for denne studien.

Seinare i dette underkapitlet kjem eg inn på korleis rekrutteringa føregjekk, og korleis den gjorde at eg blei prisgitt dei som takka ja til deltaking. Fortløpande rekruttering vil seie at eg innlemma eitt og eitt foreldrepar etter kvart som eg fekk tilsendt samtykkeerklæring. Sjølv om eg ikkje har hatt full kontroll på utvalet, meiner eg at foreldrepara som til sist utgjorde dei fire kasusa, viste variasjonsbredde med tanke på tidlegare fødsels- og ammeerfaring, utdannings- og yrkesbakgrunn. Vidare varierte erfaringane dei hadde frå møte med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga, både no og tidlegare.

For å bli invitert til intervjusamtale måtte foreldreparet vere sambuande eller gift. Dei skulle nyleg ha blitt foreldre til eitt fullbore barn, fødd ved planlagt keisarsnitt. Kvinna måtte i tillegg vere fleirgangsfødande, og ha intensjon om å amme barnet. Ho skal ha vore vaken

under keisarsnittet, som inneber at ho fekk regionalanestesi, i form av epidural- eller spinalbedøving. Det var òg ein føresetnad at barnefar var til stades i operasjonsstova, då barnet kom til verda. Både barselkvinna og barnefar måtte forstå og snakke norsk, og begge skulle stille seg positiv til deltaking. Var det derimot slik at berre den eine parten sa seg villig, ville begge felle bort med grunngjeving i studiedesignen, der eit viktig prinsipp er å sjå kvart foreldrepar som eit kasus. Ved sidan av å vere fullboren var det eit kriterium at barnet var vitalt ved fødselen, og ikkje hadde behov for omsorg ved nyfødd-intensivavdeling. Som vist var det tre personar, mor, far og den nyfødde, som måtte fylle fastsette kriterium for deltaking om kasuset skulle inkluderast.

Gruppa «fleirgangsfødande kvinne» er delvis valt av praktisk årsak, sidan det langt sjeldnare er indikasjon for planlagt keisarsnitt ved første fødsel. Samtidig er foreldres erfaringsbakgrunn ein viktig dimensjon når meistring blir diskutert i oppgåva. Uansett var det avgjerande for at utvalet kunne nemnast som strategisk å ha ei homogen gruppe kvinner, og det blei dei fleirgangsfødande. Dei nemnde utvalskriteria er vurdert som relevante for å belyse studiens problemstilling og forskings spørsmål.

Ved fødeinstitusjonen blei det fastsett ein startdato for registrering av kvinner som fødte ved planlagt keisarsnitt, og elles fylte utvalskriteria. Assisterande avdelingsjordmor stod for rekruttering av moglege informantar. På den måten er eg som forskar ukjent med kven som er førespurd før dei endeleg samtykker. Om lag to veker etter fødselen sendte ho informasjonsskrivet med førespurnad om paret kunne tenkje seg å delta i studien.

Samtykkeerklæring, som både kvinna og mannen måtte signere om dei sa seg villig til å delta, følgde informasjonsskrivet saman med frankert svarkonvolutt. Dei blei oppmoda om å svare innan ei veke. Assisterande avdelingsjordmor blei å rekne som ei portvakt for meg. I tillegg til registrering og utsending ringde ho kvinna for å informere om at paret kunne vente seg eit brev med spørsmål om deltaking i studien. Dei som takka ja, returnerte samtykkeerklæringa direkte til forskar, og slik unngjekk vi at portvakta fekk kjennskap til kven som blei inkludert. Rekruttering blei avslutta då åtte informantar hadde sagt seg villig til intervju, då var fire kasus inkludert. To fødeavdelingar var involvert i å sende ut informasjonsbrev til totalt 25 foreldrepar.

Variasjonsbreidde i utvalet var noko eg kunne håpe på, men ikkje hadde kontroll med, sidan rekrutteringa føregjekk fortløpande. Tidsdimensjonen, framfor mangfald, blei prioritert i og med at alle intervjuar skulle skje for så vidt kort tid etter fødselen, og i same tidsavstand til



fødselen. Denne avgjerda utelet fridom til å «plukke» kasus frå eit større utval. Dei fire kasusa er heimehøyrande i tre ulike kommunar på Vestlandet, og foreldra har hatt opphald ved to ulike fødeinstitusjonar.

#### **4.4 Datainnsamling**

Å spørje folk er truleg den sikraste måten å få kunnskap om korleis dei oppfattar verda og livet sitt. «Gjennom samtaler lærer vi folk å kjenne, får vite noe om deres opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i» (Kvale og Brinkmann 2009: 19). Samtalen er som sagt hovudkjelde til datamaterialet denne studien byggjer på. Den kunnskap som blir skapt, ser eg som ein konstruksjon, eit fellesprosjekt, som skjer i møte mellom informantane og meg som forskar.

Som supplement til dei to intervjuar som kvart kasus byggjer på, er opplysningar frå kvinna sine fødejournal inkludert i datamaterialet. Slik metodetriangulering er typisk for kasusstudiar, og sentralt for eit breitt analyse- og diskusjonsgrunnlag. Aase og Fossåskaret (2007: 21-29) framhevar at kvalitativt orienterte studiar legg vekt på relasjonane som den einskilde inngår i og ikkje på individa enkeltvis. I studien har eg vore opptatt av hendingar i foreldreparas livsverd. Særleg har eg hatt merksemd på dei praktiske handlingane og relasjonane kvar enkelt inngår i, både i kvardagslivet og i den meir sjeldne situasjonen som eit keisarsnitt er. Studiens problemstilling prøver å forstå eit sosialt fenomen ut frå aktørens eige perspektiv. Å amme er eit av dagleglivets sosiale fenomen som, slik eg ser det, best kan utforskast gjennom foreldras verkelegheit. Fenomenologi i kvalitativ forskning er «et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver» (Kvale og Brinkmann 2009: 45). Gjennom samtale med informantane er hensikta å få fram kunnskap som belyser problemstilling og forskings spørsmål.

Kvale og Brinkmann (ibid.: 118) deler intervjuundersøkinga inn i ulike stadium, men understrekar den lineære utviklinga gjennom alle fasane, frå det å tematisere til rapportering. Som lite erfaren forskingsintervjuar er det for meg naturleg å velje ei formalisert ramme i planlegging og oppbygging av studien.

##### **4.4.1 Planlegging av intervju**

Intervjuguiden er utforma i to utgåver (vedlegg 5a og 5b) for å tilpasse intervju med barselkvinna og barnefar kvar for seg. Det er i prinsippet ingen skilnad når det gjeld innhald, men ordlyden fell naturleg ulikt for nokre av spørsmåla sidan det er kvinna som ammar

barnet. Målet mitt var heile vegen å arbeide for ein mest mogleg open intervjusituasjon, der eg forsøkte å ta utgangspunkt i samtalen. Intervjuguiden reknar eg som eit støttedokument, ei «sjekklister» for å sikre at eg hadde dekning for dei fire forskingsspørsmåla. Med informasjonsbrevet følgde ein returslipp der begge foreldra måtte signere for samtykke til deltaking. I tillegg utforma eg eit kort skriv til barselkvinna der eg bad om løyve til innsyn i delar av hennar pasientjournal. Tilrådinga frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) blei gitt i god tid før intervjuet skulle gjennomførast (vedlegg 1).

Kvale og Brinkmann (2009: 198) presiserer kor viktig det er at forskar på førehand tenkjer over korleis intervjuet skal analyserast. Intervjuførebuinga vil dels bli styrt av den analysemetoden som er bestemt. Tolkinga startar undervegs, det er ikkje noko som berre skjer når eg har datamaterialet i tekstform framfor meg. På denne måten blir delar av analysane framskynda til intervjusituasjonane og gjer den endelege analysinga enklare. Som forfattarane påpeiker vil ein slik framgangsmåte også gjere at den endelege analysen baserer seg på tryggare grunn. Eg har forsøkt å ta med meg dette prinsippet i forskingsprosessens ulike fasar, men eg erfarer det krevjande og nærast umogleg for ein urøyd forskar å til ei kvar tid ha heilskapsperspektiv på arbeidet.

#### **4.4.2 Samtalane**

Kvale og Brinkmann (2009) seier at eit intervju bokstaveleg talt er eit «... *inter view* ...», en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge» (ibid.: 22). Det er òg mi oppleving av dialogen med informantane. I det store og heile har dei vore interessert i å dele sine opplevingar og erfaringar. Dei same forfattarane støttar seg til Mishler (ibid.: 165) når dei utdjuvar forståing av det narrative intervjuet som ein samtale der merksemda er på «... å fremkalle eller skape fortellinger som fører frem til en strukturert historie med en bestemt handling, et sosialt samspill og en temporal utfoldelse» (ibid.: 324). I samtalane har eg forsøkt å møte den einskilde og forsøkt å leggje opp til ein lyttande, men også utforskande intervjustil. Foreldra er invitert til fritt å fortelje frå svangerskapet, fødselen og barseltida men med særleg merksemd på ammeprosessen. Aase og Fossåskaret (2007: 20) bruker uttrykket «det ustrukturerte intervjuet» når ein inviterer informanten til å samtale fritt om delar av si livsverd. Mi tilnærming ligg nærare opp til Kvale og Brinkmann (2009: 23) si beskriving av «det semistrukturerte livsverden-intervjuet» som har som mål at informanten i stor grad fortel om si livsverd, med minst mogleg «innblanding» frå intervjuar. Hensikta er å få kunnskap om hans eller hennar livsverd for å kunne tolke betydinga av den og vidare forstå ulike fenomen. I denne studien dreier det seg om foreldres forståing av ammeprosessen når

barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt. Sentralt er foreldreparas møte med egne og andre sine rolleforventingar. Det same er møte med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga, både ved tidlegare svangerskap og denne gongen. Det er fleire forhold å tenkje på i relasjonen mellom forskar og den som blir intervju. Særleg er det viktig å reflektere over maktrelasjonen mellom oss – vere bevisst den asymmetrien som finst (ibid.: 52-53).

Eige skjema (vedlegg 6) blei nytta for registrering av demografiske data, og annan bakgrunnsinformasjon. For det eine paret blei opplysningane gitt av kvinna åleine, sidan mannen ikkje var til stades frå starten av. For dei andre blei det gitt i fellesskap.

Seks intervju blei gjennomført i tida mellom fire og seks veker etter keisarsnittet. For det siste kaset, intervju nummer sju og åtte, gjekk det derimot nærmare sju veker. Det er som tidlegare nemnt vanskeleg å vite kva som er mest gunstig tidsrom, truleg vil det også vere ulikt frå person til person. Grunngeving for val av tidsrom er at dei fleste innan seks veker har fått tid og ro til å etablere den nye situasjonen, samtidig som det ikkje har gått for lang tid med tanke på formidling av opplevingane. Retrospektive undersøkingar har eit aspekt ved seg knytt til informantanes minne. Intervju med det fjerde paret blei gjennomført ei veke seinare enn oppsett i utvalskriteria, fordi foreldreparet returnerte samtykkeerklæringa seinare enn forventa. Eg valte likevel å inkludere paret sidan tidsoverskridinga berre var nokre dagar. Sidan det så langt var rekruttert så få som tre kasus, blei høve til å få med eit nytt par sett som verdfullt for studien.

Innsamling av data kom til å strekkje seg over lengre tidsperiode enn først planlagt. Tanken var at samtalane skulle vere gjennomført i løpet av to månader våren 2013. Dei seks første intervju skjedde tre påfølgjande veker denne våren. Medan dei to siste intervju, det siste kaset, blei gjennomført hausten 2013. Så snart eg hadde samtykkeerklæringa i hende, signert av kvinna og mannen, tok eg telefonisk kontakt med paret for å avtale høveleg intervjutidspunkt. Informantane fekk sjølv velje stad for intervjuet, eigen heim eller møtelokale knytt til fødeinstitusjonen. Det er fleire grunnar til at heimearenaen er å føretrekkje, og eg er takksam for at alle inviterte meg dit. Eg opplevde å få innblikk i familiens livsverd på ein meir heilskapleg måte. Truleg bidrog den heimlege kontekst i intervjusamanhengen også til ein meir avslappa situasjon for informantane. Dei fleste vil i ein uvant intervjusituasjon truleg oppleve større tryggleik på heimebane. For alle fire kasus blei det avtala intervju for kvinna og mannen ved same besøk. Ordninga la opp til at dei kunne avlaste kvarandre med barna undervegs. Noko uro i intervjusituasjonane blei det, men etter mi

vurdering ikkje noko som tok merksemd frå temaet og samtalan. Kanskje bidrog min profesjon som jordmor til at foreldra tilsynelatande ikkje let seg stressa i situasjonen. Eg har eit naturleg forhold til småbarnsgråt og at barns behov går framfor andre behov. Der det var nødvendig tok vi ein kort pause i intervjuet utan at det var problematisk. Då vi tok til igjen, erfarte eg at ei kort oppsummering frå meg blei viktig for å finne tilbake der vi var før pausen.

Gjennom informasjonsbrevet hadde eg budd informantane på at eg ønskja å nytte bandopptakar under intervjuet. Det blei på nytt tematisert før vi starta intervjuet. Alle gav aksept til at opptakar kunne nyttast, noko som blei gjort for alle åtte intervju. Informanten fekk påfesta ekstra mikrofon, og det gjorde den tekniske kvaliteten svært god ved den seinare avspelinga. Lengda på kvart intervju varierte frå 40 minutt til 1 time og 15 minutt.

Informasjonen på førehand antyda at intervjuet ville ta om lag ein klokke. Gjennom den seinare transkriberinga erfarte eg at intervju av ulik lengd gav om lag same mengde skriven tekst. Det vil seie at både taletempo og pausar undervegs har mykje å seie for tekstvolum.

Eg prioriterte å transkribere så snart eg hadde hatt samtalan med foreldrepåret. Hensikta var å skrive ned intervjuet medan dei enno var nær i tid, og for å nyttiggjere meg erfaringa inn i neste intervjusituasjon. På denne måten kunne eg heile vegen foreta justeringar med tanke på kva som fungerte bra og mindre bra. Å lytte til eigen intervjustil var god læring som eg tok med meg vidare.

#### **4.4.3 Omsetjing av tale til tekst**

Målet med transkribering var å gjengi så ordrett som mogleg det som blei sagt under intervju. Gjennom rekonstruksjon av intervjusamtalen blei eg betre kjent med kvar historie. Det å gjere talespråk om til skriftspråk er ifølgje Kvale og Brinkmann (2009: 186-190) ei krevjande oppgåve. Det skjer ein fortoltingsprosess som kan skape ei rekke prinsipielle og praktiske problem. Det å skifte uttrykk frå ei form til ei anna, frå munnleg til skriftleg, gjer at noko går tapt på vegen. Den første abstraksjonen skjer alt i samband med lyd-opptaket, sidan kroppsspråk ikkje kan dokumenterast.

For alle lyd-filene og dei skriftlege dokumenta er krav til datasikkerheit ivaretatt. Så snart transkripsjon var gjennomført blei kvart intervju sletta frå bandopptakaren for å unngå at det kom i konflikt med neste opptak. Transkripsjon av dei første seks intervju er utført på same måte, ord for ord, der gjentakningar, innlagte pausar og latter er markert. Eg valte likevel å gjere om dialekt og slanguttrykk til normert nynorsk, dels fordi det fell meg naturleg, og dels for å sikre informantanes anonymitet. For det siste paret er ikkje ordrett nedskrivning nytta.

Forteljninga blei konstruert gjennom nitid lytting til lyd-filene. Det var nødvendig å tenkje alternativt for å kunne inkludere kasuset så vidt seint i skriveprosessen. Ein kan sjølv sagt stille spørsmål om det var beste måten å løyse utfordringa på. Mi erfaring er at historia til dette foreldreparet har eit like autentisk og fyldig uttrykk som dei første tre forteljningane.

#### **4.4.4 Pasientjournal**

Alle kvinnene gav eksplisitt samtykke til innsyn i fødejournalen frå sjukehusopphaldet i samband med keisarsnittet (vedlegg 3). Tanken var å gjere datamaterialet meir mangfaldig gjennom bidrag til supplerande opplysningar om starten på ammeprosessen.

Dokumentasjonen var av varierende kvalitet og fylde, og gir ikkje like utfyllande beskriving for alle kasus. Sentrale opplysningar er kor vidt barnet har fått tilleggsmat eller ei under barselopphaldet, kvifor og på kva måte. Elles var notat om kvinns utfordringar knytt til amminga av interesse. Yin (2009: 116) legg vekt på at kasusstudie er ei empirisk undersøking der ein ved hjelp av mange datakjelder studerer eit fenomen i samtid, der det er uklare grenser mellom fenomenet og kontekst. Pasientjournalane i denne studien bidreg berre i liten grad til ei slik metodetriangulering som Yin beskriv.

#### **4.5 Narrativ analyse**

Narrativ, eller forteljingar, er til stades over alt, i alle samfunn og i alle aldersgrupper. Vi bruker dei i det daglege til å forklare både det som er normalt, og det som er avvikande. Forteljingar blir ifølgje Pedersen (2005: 239) brukt for å skape meining om spesifikke sosiale og kulturelle førestillingar om samfunnet. Han legg vekt på at arbeid med det narrative perspektivet krev at forskaren har interesse for den meiningsskapande forteljninga.

##### **4.5.1 Kjenneteikn ved narrativ analyse**

Først vil eg ved hjelp av Polkinghorne (1995: 12-21) beskrive det viktige skiljet mellom narrativ analyse og analyse av narrativ. Narrativ analyse omhandlar det å konstruere heilskaplege historier av meir fragmenterte dataelement. Sjølv om forskingsintervjuet har hatt merksemd på forteljninga, erfarer eg likevel dei transkriberte tekstane som oppdelte. Analyse av narrativ forklarar Polkinghorne som ei vandring i motsett lei. Med utgangspunkt i forteljingar analyserar og splittar ein det heilskaplege i delar, gjerne i på førehand definerte teoretiske perspektiv. Men slik analyse kan også vere teoribygge, som ved «grounded theory», kunnskapen vil då utviklast induktivt, frå tilgjengelege data i det empiriske materialet (ibid.: 12-13). Denne studien er eksempel på narrativ analyse. Eg ser amming i lys av mellom

anna omgrepa meistring, tillit, kommunikasjon og kjønnsrolle. Kunnskapen har utvikla seg deduktivt med utgangspunkt i nemnde teoriperspektiv.

Kvale og Brinkmann (2009) definerer narrativ analyse som: «Undersøkelse som fokuserer på tekstens betydning og språklige form. Den skal avdekke handlingsforløp i intervjuhistorier og temporale og sosiale strukturer» (s. 324). Arbeidet med å konstruere dei samanhengande historiene er ei viktig forskaroppgåve som har vore utfordrande og tidkrevjande. Spørsmål om kva som skulle presenterast i første person, og kor stor plass eg skulle gi kvart foreldrepar, blei viktig å avklare innleiingsvis. Skrivning og omskriving har vore ein kontinuerleg prosess, der arbeidet med struktur og rekkefølge i forteljingane har fått merksemd.

Thagaard (2009: 124) viser til Frønes når ho løftar fram historias underliggande logikk som det meiningsskapande aspekt, nemnd som forteljingas plott. Meining, årsaker og motivasjon blir skapt gjennom plottet. Dei hendingane informanten beskriv i intervju, vil i forteljinga få ein presentasjon som samlar seg om og løftar fram sentrale poeng i ei bestemt tidsrekkefølge. Thagaard legg vidare vekt på Czarniawskas argument for eit analytisk perspektiv, der utgangspunktet er forskarens fortolking av plottet. Forskaren kan ha ulik oppfatning av plottet enn det informanten har, ho fortolkar forteljinga frå ein annan ståstad enn den som fortel. Eit anna aspekt er at forteljingar alltid vil vere basert på korleis informantane tolkar verkelegheita. Forskaren må difor analysere kvar historie med bakgrunn i korleis informanten ønskjer å stå fram i møte mellom dei. Narrativ analyse konsentrerer seg om samanhengar mellom struktur, innhald og plott. Kvale og Brinkmann (2009: 229) er òg opptatt av forfattarens plikt til å skape ei samanhengande framstilling av det som blir fortalt i løpet av eit intervju, keisam oppramsing av hendingar blir fort uinteressant for lesaren. Bruk av kvardagsspråk i framstillinga gjer historia meir truverdige og det er typisk for narrativ analyse. Andersen (2013) viser til King et al. når han løftar fram idealet om analytisk forenkling gjennom «explain as much as possible with as little as possible» (s. 158). Målet vil vere ei kompakt hovudhistorie som fangar inn det mangfald av data kasuset rømer.

I denne studien byggjer den narrative framstillinga som kjent på historier fortalt av mannen og kvinna. Intensjonen er at hendingane dei opplever, kvar for seg og saman knytt til ammeprosessen, skal gi ei rikhaldig og samanhengande historie. Aktuelle opplysningar frå kvinnas journal er meint å gi eit meir «utanfrå»- perspektiv til fenomenet amming.

Eit anna sentralt spørsmål er korleis forskaren skal behandle informanten som ein forteljar, både gjennom intervjuet, og i samband med tolkinga i etterkant. Stemma forskaren vel å bruke når ho tolkar og presenterer dei ho studerer blir viktig, særleg med tanke på at informantane ofte er få, av og til berre ein (Chase 2005: 651). I framstillinga av dei fire forteljingane har eg valt å reindyrke ei støttande forskarstemme. Chase forklarar denne strategien med at informantens stemme tydeleg blir løfta fram, og at forskarkommentarane er fråverande eller sparsame (ibid.: 663-666). Eg vel å utforme forteljingas hovuddel i første person, noko som vil vere med å understreke det personlege bidraget til kvar informant. Historias innleiande og avsluttande delar er skriven i ei meir distansert form, men framleis med den støttande forskarstemma til stades. Bruk av kvardagsspråk i framstillinga av historiene gav seg sjølv, og gjer etter mitt syn fortellingane meir tillitsvekkjande.

For ytterlegare utdjupeing støttar eg meg på Holter (1996: 21), som trekkjer fram nokre karakteristiske trekk for narrativ framstilling. Hendingar blir presentert i ei rekkefølge som gir mening til forteljinga. Det er vanleg å starte med ei innleiing, etterfølgd av orientering om aktørane, tid, stad og kva situasjon det gjeld. Så vil sjølve aktiviteten eller hendinga bli presentert – den blir rekna som historias kjerne. Vidare kjem det til ei vurderingsfase der plottet i historia blir løfta fram. I avslutningsfasen vil resultatet av handlinga få merksemd før ein freistar å bringe lesaren tilbake til situasjonen her og no.

Historier som gir innsikt i menneskelege eller sosiale prosessar blir ifølgje Yin (2009: 189-190) først mogleg når kasusforskaren evnar å ha merksemd på ei rekke generelle karakteristikkar (sjå kapittel 4.2). Eit viktig poeng for Yin er at forteljingane må komponerast på ein engasjerande måte, skrivestilen må vere klar og enkel, samtidig som den heile vegen lokkar lesaren til å halde fram med å lese. Han meiner målet er å «forføre» auget. Først då kan vi tale om ein god komposisjon. Dersom ambisjonen er ein klar, enkel og god skrivestil, tilrår Yin ein komposisjonsprosess med stadig omskriving. Han understreker at for å oppnå eit godt resultat må forskaren ha entusiasme i arbeidet, og ønskje om å kommunisere resultatet til eit breiare publikum.

Chase (2005: 656-658) presenterer fem analytiske linser når det gjeld å nærme seg det empiriske materialet. Ein narrativ forskar kan veksle mellom dei, og velje ei eller fleire når ho konstruerer historiene. Av dei er det særleg ei, retrospektiv meningskonstruksjon, som har vore viktig i mitt arbeid med å skape dei fire forteljingane. Narrativ blir ein ny måte å forstå eigne og andre sine handlingar når ein arbeider med å organisere hendingar og objekt til ein

meningsfull heilskap. Tidsdimensjonen er sentral, det å sjå konsekvensane av hendingar og handlingar over tid. Narrativ kommuniserer forteljarens synspunkt, også kvifor historia i utgangspunktet var verdt å fortelje. Samtalens høgdepunkt, det unike i kvart enkelt individs handlingar og hendingar, er ifølgje Chase meir interessant enn det dei måtte ha felles.

#### **4.5.2 Analysestrategi**

Forskaren har ei viktig oppgåve i å reflektere kva som er eigna for samanlikning i ein studie. Fangen (2010) trekkjer fram komparasjon som eit verkty for å sette ord på det som kjem fram av forskjellar og likskap mellom einingane i studien. Ho viser vidare til Prieur som seier at ein viss distanse, eller utanfrå-perspektiv, er nødvendig for å kunne samanlikne. At eg har erfaring frå feltet eg studerer, opplever eg positivt for valt studiedesign. Å få auge på likskap og ulikskap når eg samanliknar innan kvart kasus, og mellom dei fire, har kravd eksplisitt merksemd på denne utfordringa. Foreldrepara med sine fellestrekk er likevel unike med ulike livserfaringar, noko dei konstruerte historiene speglar. Analyse er som Fosslund og Thorsen (2010: 193-194) påpeiker ein hermeneutisk prosess, ein runddans mellom teori, metode og data. Ved å søke «på langs» i livshistorier er ein på jakt etter samanhengane i kvar historie, ein ser etter mønster i den enkeltes livshistorie. Når ein søker «på tvers» i livshistoriene, blir dei studert i forhold til kvarandre, ein analyserer mønster som går igjen i fleire livshistorier. Det blir vesentleg å søke både etter noko anna og etter det same – særtrekk og fellestrekk i historiene.

I analyseprosessen har foreldras erfaringar blitt løfta fram som sjølvstendige komponentar. I tillegg er det kome fram interessante tema på tvers av forteljingane som vil få merksemd i drøftingsdelen. Tidlegare forskning, det valte teoretiske bakteppe og forskings spørsmål har vore retningsgivande i prosessen med analyse og tolking av datamaterialet.

Som teoretisk støtte i den analytiske tilnærminga har eg brukt Leiulfsrud og Hvinden (1996) sine prinsipp for analyse av kvalitative data. Det å tolke kvalitative data er uansett ei krevjande øving, og for meg har det vore god hjelp i å kjenne datamaterialet så vidt godt. Fortolkingsmangfaldet krev at forskaren gjer greie for dei val og den systematikk ho har nytta i prosessen. Leiulfsrud og Hvinden (ibid.: 220-239) skisserer fem råd som eg har søkt å navigere etter i arbeidet med å definere og konstruere berande element for vidare drøfting.

Det første rådet forfattarane gir er å kartleggje og granske hovudmønstra. Kva kriterium viste seg å vere sentrale for å forstå ammeprosessen. Eg tok sikte på å spore bakanforliggende



mekanismer som kunne forklare oppståtte mønster, slik som kjønn, makt, tabu og økonomi. Det andre rådet gjekk ut på å definere i kva grad observasjonane viste eit mønster eller ikkje, og i kva grad eg kunne samanlikne dei med kvarandre. Her blei empirien i tidelgare relevante undersøkingar særleg sentral. Det tredje rådet var å leite etter kontrastar i materialet, og korleis dei stemte overeins med det eg på førehand venta, grunngjeve i teoretiske eller empiriske argument. Som fjerde punkt skulle eg leite etter ambivalens, det som var tvitydig eller fordekt, i tillegg til å utforske spenningar. Dersom det eintydige i eit argument i for stor grad bli vektlagt kan studiens validitet bli trua (jf. Popper 1965: 32-33). Realiteten er ikkje alltid like eintydig, verken i kvardagslivet eller i forskingssamanheng. Det siste rådet til Leiulfsrud og Hvinden (ibid.) var å ta vare på ad-hoc-observasjonar, det eg i utgangspunktet ikkje søkte etter. Eg meinte først å ha to slike funn, som var vanskeleg å plassere i forhold til resten av materialet. Det viste seg likevel, gjennom arbeid med underkategoriane til dei berande elementa, at eg fann plass i den endeleg oppsette ramma.

Å heve seg frå dei deskriptive forteljingane til eit meir analytisk nivå har vore utfordrande. Forteljingane har blitt lest ei rekkje gongar og med ulikt perspektiv. Gjennom den narrative analysen hadde eg alt arbeid grundig med råmaterialet, som letta prosessen vidare. I tillegg var det god hjelp i måten eg hadde bygd opp dei fire forteljingane, sidan dei i stor grad følgde forskingsspørsmåla. Når eg i analysearbeidet søkte etter kategoriar, eller berande element som eg vel å nemne dei, tok eg aktivt i bruk strukturen i narrativa. Samtidig la eg vekt på å ha ei open tilnærming til historiene, og arbeidde ut i frå spørsmålet: Kva kjenneteiknar foreldra sine erfaringar knytt til amming når fødemåten er planlagt keisarsnitt, og korleis forstår dei den tidlege ammeprosessen? Dei mange beskrivande erfaringane blei sortert og samla i fem berande element, som seinare blei redusert til tre. Elementa har i alt elleve underkategoriar som speglar tema og struktur i drøftingsdelen. Vidare er dei tre berande elementa svarande til forskingsspørsmåla, som blei «reduert» frå fire til tre i samband med den narrative analysen (jf. kapittel 5). For å unngå gjentakning viser eg til kapittel 6.1 for presentasjon av dei berande element og underkategoriane.

#### **4.6 Etisk refleksjon**

Kvale og Brinkmann (2009: 80-81) påpeiker at etiske spørsmål ikkje åleine er knytt til intervjusituasjonen, men vil prege heile forskingsprosessen. Forskaren må vere vaken for etiske utfordringar som kan oppstå alt frå starten, i samband med val av tema og planlegging,

til den endelege rapporten er klar. Som kvalitativ forskar er eg gjest i folks private svære, og kasusforskinga deler med mange andre felt interesse for å utforske hendingar og handlingar ut i frå den enkelte sin ståstad (Stake 2005: 459). Etter å ha vitja foreldrepar i deira heim fekk eg konkret, og i overført tyding, erfaring med det å bli invitert inn i det private. Både undervegs og i etterkant er eg audmjuk og takksam for måten foreldra har delt sine opplevingar med meg, ikkje minst så kort tid etter eit keisarsnitt.

Nokre av dei viktigaste forskingsetiske spørsmåla handlar om informert samtykke, konfidensialitet og moglege konsekvensar for dei som deltek i studien (Busch 2013: 62). Dei etiske utfordringane handlar òg om maktforholdet mellom meg som forskar og kvar og ein av informantane, korleis asymmetri uansett gjer seg gjeldande i eit forskingsintervju (Kvale og Brinkmann 2010: 52-53).

Å samtale med ein framand om amming kan for mange opplevast krevjande, det er på sett og vis eit sensitivt tema. Sjølv om feltet er av offentleg interesse, er det ingen automatikk i «right to know» som Stake (2005: 459) uttrykkjer det. Ingen har rett til å invadere det private hos andre, det gjeld for publikum generelt, men òg i undervisnings- og forskingssamanheng. Når intervjuavtalen er eit faktum, blir det oppretta ei kontrakt mellom forskar og kvar informant, som ei beskyttande pakt av moralsk karakter. Det er eit krav at samtykkeretten blir tilstrekkeleg belyst. Eg har vore opptatt av å formidle denne retten i skriftleg, men også munnleg form. Informasjonsskrivet (vedlegg 2) er slik eg ser det tydeleg i si utforming. Bodskapen blei gjentatt munnleg både i telefonsamtale med barselkvinnna, og overfor paret i samband med sjølve intervjuet. Spørsmål om rapportering og direkte sitat var vi inne på etter at intervjuopptaket var avslutta. Undervegs og i etterkant av intervjuet forsøkte eg å melde tilbake til kvar enkelt mi forståing av det som blei sagt, slik at utsegnene og mi tolking av dei kunne korrigerast av informanten. Eg bad om høve til å ta kontakt på eit seinare tidspunkt dersom behovet for oppklaring eller utdjuping av meiningsinnhald meldte seg. Alle gav uttrykk for at det var i orden.

Løgstrup (1999) hevdar at tillit er å utlevere seg. «Det hører til vårt menneskeliv at vi møtes med en naturlig tillit til hverandre. Det er ikke bare tilfelle når vi treffer et menneske vi kjenner godt det gjelder også når vi møter vilt fremmede» (ibid.: 30). Når informanten dristar seg frampå i samtale med meg som forskar gjer han eller ho det med ei forventning om å bli møtt.

For eit av kasusa hadde nyleg kvinna motvillig valt å avslutte alt som hadde med amming å gjere. I intervjusituasjonen blei det for meg naturleg å vise ei støttande og anerkjennande haldning. Forskingsideelt hadde det vore betre om eg utsette å vise mi forståing til etter intervjuet. For meg blei det umogleg i situasjonen å vente med formidlinga. Risøy (2009: 123) påpeiker at ein i møte med informantane aldri «berre» er forskar, men også eit medmenneske. Når informanten i ein sårbar situasjon spør etter medmenneske, og ikkje forskaren, kjenner eg på ønskje og plikt til å gå i møte. «*Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humanoria, juss og teologi*» påpeiker i §7 at forskaren har ansvar for å ta omsyn til personar som deltek i studien med «krav om å unngå skade og alvorlige belastningar» (NESH 2006: 12).

Mi meining er at studien har fått eit rikare og meir mangfaldig perspektiv gjennom det nemnde kasuset. Eg opplevde at kvinna hadde eit oppriktig ønskje om å bidra til forskinga på området. Alt i telefonsamtalen på førehand fortalde ho at det no var slutt på morsmjølka. Sjølv om det også her blei opplyst om det frivillige aspektet, og høve til å takke nei til deltaking var det aldri noko kvinna uttrykte ønskje om. Gjennom den vidare samtalen kom det fram at ho hadde akseptert situasjonen slik den hadde utvikla seg. Mi vurdering før, under og etter samtalaner er at verken kvinna eller mannen i dette kasuset gjekk ut over egne grenser i dialogen med forskar. Det å amme er for mange eit sensitivt tema, både kroppslig og politisk (kvinna «plikt»), og som forskar blei det heile vegen vesentleg å bruke skjønnet. Risøy (2009: 120) understreker bruk av skjønn som eit krav, nettopp for å hindre at informantane opplever seg «utlevert». Ho seier også at openheit, i tillegg til å vere eit uttrykk for tillit, også kan vere uttrykk for at det er få arenaer å snakke om den aktuelle opplevinga. Dette er noko eg har reflektert i ettertid, og kanskje var det slik at foreldreparet, og særleg kvinna, opplevde samtalen positiv for eigen del.

#### **4.6.1 Informasjon og konfidensialitet**

Studien blei godkjent av NSD i februar 2013 (vedlegg 1). Informasjonsskrivet blei justert på to punkt i samband med godkjenninga. NSD sakna meir presis informasjon når det gjaldt spørsmål om innsyn i kvinna fødejournal, og ei tydeleggjering av at forskar ikkje ville ha kjennskap til identiteten til dei spurde før dei eventuelt samtykte til deltaking. Innspelet frå NSD fekk meg til å reflektere ytterlegare over informasjonsskrivet og nødvendig ivaretaking av informantane.

Som eg tidlegare har vore inne på var eg opptatt av å informere, både skriftleg og munnleg, om studiens formål, mi rolle som forskar og korleis resultat eventuelt skulle gjerast kjent. For alle kasus utanom eitt hadde både kvinna og mannen signert samtykkeerklæringa (vedlegg 2) før den blei returnert. Det eine kasuset mangla signatur frå barnefar. Eg tok dette opp med kvinna då eg ringte for å avtale tid og stad for møtet, samt vurderte høve til å sende ny erklæring for signering før vi gjorde avtale om intervjutidspunkt. Kvinna forsikra meg om at mannen var orientert og villig til å delta i studien, og at dei ikkje hadde sett det som viktig at begge signerte før ho returnerte samtykkeerklæringa. Forseinking knytt til postgang ville ha ført til at intervju av paret først kunne skje etter at dei seks vekene var passert, noko som ville vere utanfor det definerte tidsvindauget. Eg valte difor ei mellomløsning med signatur frå barnefar før vi starta samtalen intervjudagen.

Eg har diskutert med meg sjølv, og rettleiar, om samtykket mennene har gitt er like frivillig som eg ønskjer å tru. Har kvinnene vore dei som har styrt det heile, og lagt meir enn mildt press på mennene til deltaking, eller er avgjerda tatt på fritt grunnlag? Eg var i utgangspunktet tvilande til eige val av design, om det i det heile var mogleg å få mennene i tale når temaet var amming. Likevel fann eg perspektivet så interessant at eg valte å gå vidare med det. I etterkant av intervju er eg meir trygg på at mennene ikkje har vore utsett for urimeleg press til deltaking. Alle tre snakka ope og reflektert om sine opplevingar, men har òg uttrykt at det ikkje er så mykje dei kan bidra med på ammefeltet. Enkelte var meir forsiktige i starten av samtalen, men min konklusjon er at dei delte av sine erfaringar, noko som blei verdifult i arbeidet med analyse- og drøftingsdelen.

For skjerming av informantane er maskering av detaljar i historiene vesentleg i narrativ framstilling, ingen skal kunne kjennast igjen i sluttproduktet. Det har vore eit sjølvsaugt og nødvendig prinsipp også i denne studien. Lokalisasjon av barnets fødestad og deira bustadkommune er kamouflert, det same gjeld kvinna og mannens yrke. Utdanningsnivå og arbeidsdeltaking er derimot opplyst, sidan det kan vere aktuell informasjon for analyse- og tolkingsarbeidet. Opplysningane vil ikkje åleine kunne avsløre informantane sin identitet. Mannen og kvinns alder er omtrentleg oppgitt, og namna deira er fiktive.

#### **4.6.2 Om å intervju par**

Røthing (2002: 385) påpeiker at studiar av par der intervju av menn og kvinner skjer kvar for seg vekker viktige forskningsetiske spørsmål. Ho nemner anonymitet, samtykke og informantanes integritet som særleg utfordrande. Forfattaren seier at å delta i ein studie som

fokuserer på informantar som står kvarandre nært og lever tett saman kan utsette den enkelte for uheldige konsekvensar. Riktig nok studerte ho utfordringar ved par-danning på tvers av forskjellig tru og kyrkjeleg tilknytning, noko som grip langt djupare inn i eksistensielle spørsmål enn det utfordringar knytt til ammeprosessen vil gjere. Likevel opplevde eg tidleg i forskingsprosessen ei uro for det å skulle intervju foreldrepara kvar for seg. For meg var det eit overordna mål at begge to skulle få høve til å kome til orde på sine premissar, frå sin ståstad. Dei har begge sine opplevingar og erfaringar, uavhengig av den andre part, samtidig som delar av erfaringsgrunnlaget naturleg er felles. Tidleg i forskingsprosessen vurderte eg å intervju paret saman. Etter meir fordjuping i litteraturen kom eg fram til at intervju av mor og far kvar for seg truleg ville gi ein ekstra dimensjon til å svare ut problemstillinga.

I møte med paret unngjekk eg å problematisere at eg ville intervju dei kvar for seg. Korleis dei i etterkant har opplevd dette, er eg uvitande om sidan eg ikkje spurde dei om det. Kanskje kunne eg, sett i ettertid, ha brukt noko tid på det. Eg tok heller ikkje opp spørsmålet om anonymitet overfor den andre part. Anonymisering til omverda er uproblematisk, men umogleg innanfor kvart foreldrepar. Røthing (2002: 385) problematiserer dette med at det kan kome fram motstridande ytringar og haldningar som kan virke negativt inn på det trygge par-forholdet dersom dei i etterkant skulle lese oppgåva og vere ueinig i mi framstilling av seg sjølv eller partner. Informasjonsskrivet inneheld opplysning om at planen er å intervju dei kvar for seg, men er ikkje ytterlegare utdjupa. Hos det eine paret fekk eg inntrykk av at dei ikkje hadde festa seg ved denne opplysninga og trudde at det skulle vere par-intervju. Eg presiserte at dei sjølv sagt kunne trekkje seg når som helst i forskingsprosessen, også her og no før intervjuet starta. Begge uttrykte at dei ville bli med vidare på dei premissane som var lagt.

I forkant av intervjuet samla eg foreldreparet for felles informasjon om studien, der eg også kort grunn gav kvifor eg ønska å intervju dei separat. Eg hadde tru på at det å intervju ein om gongen, ville gi auka merksemd på den enkeltes historie, og leggje forholda til rette for at begge to skulle få seie sitt.

#### **4.6.3 Mi rolle som forskar**

Som forskar bringer eg med meg ei forståing inn i forskingsprosjektet før det startar. Eg ber med meg ein ryggsekk av kunnskap og erfaring som vil verke inn på måten eg samlar, analyserer og tolkar data på. Denne før-forståinga kan ha både positive og negative effektar på prosessen (Malterud 2011: 40-41). Det å vere forskar innan eige fagfelt, ja endå til med utgangspunkt i eigen arbeidsplass, kan by på ulike utfordringar knytt nettopp til før-forståing. Aase og Fossåskaret (2007: 86-87) påpeiker at forskaren som høyrer til innanfor feltet,

vanskeleg vil kunne kome fri frå dei kontekstuelle rammene som hans egne erfaringar må skjønast i relasjon til. Å vere fortruleg med ein kultur aukar sjansen for også å vere blind for korleis same kulturen ser ut frå andre posisjonar. Samtidig vil det å kjenne dei lokale kodane og kategoriane kunne bringe inn eit viktig perspektiv. Somme meiner at slik innsidekjennskap til feltet er ein føresetnad for den som vil produsere forskingsbasert kunnskap.

Eg har valt ei vinkling på problemstillinga som gjer at det i hovudsak er foreldreparet si oppleving av ammeprosessen som vert utforska. Amming frå ein brukarståstad der barnefars rolle er sentral får stor merksemd. Likevel, vi får innsikt i korleis foreldre opplever tilrettelegging for amming, både i kommunehelsetenesta og ved sjukehusopphaldet i samband med fødselen, og kva vilkår dei ser for det å skulle meistre amminga. På denne måten vil forhold knytt til struktur og samhandling ved fødeinstitusjonen der eg sjølv er tilsett få merksemd. Eg opplever likevel ikkje at det har vore hemmande i arbeidet med studien. Informantane har så langt eg erfarer delt sine erfaringar på ein open og ærleg måte. Ingen av dei fire foreldrepara har under opphaldet i fødeinstitusjonen vore i kontakt med underteikna. Ein av føresetnadene for å innlemme parene i utvalet var nettopp at vi var ukjende for kvarandre på førehand.

Sjølv intervju situasjonen kan opplevast utfordrande både for informantane og intervjuar, særleg om temaet er sensitivt, noko eg meiner amming kan vere. I dagens samfunn er det til dels stor merksemd på det å amme, noko som også kjem fram i samtale med informantane. Morsmjølkas positive effekt på helse for mor og barn, på kort og lang sikt, er alt grundig dokumentert (kap. 3.1.1). I tillegg får vi stadig tilgang til ny kunnskap på feltet. Uansett korleis ein grip saka vil nok enkelte kvinner kjenne på ammepress, enten dei på førehand er bestemt på ikkje å amme barnet eller dei undervegs i ammeprosessen ønskjer å gi opp amminga. Korleis dei opplever å samtale med meg som jordmor og fagperson med særleg interesse for temaet amming, er noko eg har reflektert over. Kva er deira intensjon med å delta i studien? Er det for å stille opp for ein stakkars student som skal få masteroppgåva i hamn, eller er det for å bidra til auka kunnskap om eit viktig tema? Kanskje har dei håp om at deira erfaring kan vere eit bidrag til praksisfeltet?

Som kvinneleg forskar kan det å intervju menn by på utfrodringar, knytt til kjønnsrollar eller kjønnsperspektiv. At temaet også kan opplevast som sensitivt både for kvinner og menn kan vere med å påverke intervju situasjonen. Å amme eit barn er knytt til ein av dei mest intime områda på kvinns kropp, eit område som også er nært knytt til seksualitet. Eg var spent på

om mennene ville våge seg frampå og snakke ope og fritt om dette temaet. Min profesjon som jordmor kan ha gjort det mindre «farleg» å tematisere ammeprosessen.

Gjennom informasjonen om studien kan intervjuar ha vore med på å gi foreldreparet nye tankar omkring amming. Bakgrunn for å studere amming hos kvinner som har gjennomgått eit planlagt keisarsnitt, er nettopp at dei statistisk sett har kortare ammeperiode og ammar mindre enn kvinner som føder vaginalt. Det var få av dei foreldrepara eg intervjuar som gav uttrykk for å ha kjennskap til denne kunnskapen. Intervjuar forsikra under samtalanane at det i Noreg i dag finst gode alternativ dersom morsmjølk ikkje er næringskjelde. Særleg i det høve der amming var avvikla meldte dei etiske refleksjonane seg sterkt sidan eit av kriteria for å delta i studien var at kvinna i utgangspunktet var bestemt på å skulle amme.

Kvale og Brinkmann (2009) påpeiker at «en dyktig intervjuer er fortrolig med nyansene og problemene i forbindelse med det materialet hun eller han arbeider med, og verdien og styrken i det produktet som leveres» (ibid.: 41). Eg var open om at eg som student har liten erfaring med denne form for intervju, men at eg sjølvstund har rettleiar ved høgskulen i ryggen, og at studien er godkjent av NSD. Lite erfaring med intervjusituasjonar gjorde at eg særleg i starten opplevde meg bunden. I det første intervjuet kjente eg på mangel av eit reelt prøveintervju, likevel blei det ein god og lærerik samtale for meg som intervjuar. Eg gjorde ingen endring i intervjuguiden etter dette første intervjuet, utan om ei mindre justering av ordlyden for det eine forskingsspørsmålet. Endringa fekk ikkje betyding for innhaldet i dei påfølgjande samtalanane då intervju spørsmåla blei ståande uendra.

Forholdet mellom analytisk fridom og etisk ansvar treng ikkje å stå i mot kvarandre, dei kan ifølgje Røthing (2002: 392) sameinast. Som forskar har eg eigeidomsrett til intervjutekstane og slik sett analytisk fridom. Samtidig ser eg informantane som medeigarar – vi har saman konstruert den kunnskap som er skapt. Røthing trekkjer fram Løgstrup og hans etiske fordring, som ei god rettesnor for forskaren (ibid.: 388). Det kviler eit ansvar på meg i å forvalte den makt eg har over mine medmenneske til det beste for kvar og ein. I forskingsaugemed vil det gjelde informantane.

#### **4.7 Metodisk refleksjon**

I arbeidet med kriterium for utveljing av informantar, blei tidspunkt for når intervjuar skulle gjennomførast eit vesentleg spørsmål. Kor raskt etter eit keisarsnitt kunne eg rekne med å få

foreldra i tale? Etisk refleksjon knytt til å påføre foreldreparet unødig belastning for tidleg etter eit keisarsnitt var ein tanke som meldte seg. Det å finne eit tidsrom som både kunne aksepterast av foreldreparet, og som ville gi tilstrekkeleg datagrunnlag for analyse og diskusjon blei styrande. Dersom det gjekk for lang tid ville det kanskje vere vanskeleg for informantane å hugse detaljar frå svangerskapet, fødselen og den tidlege barseltida, også nemnd som «recall bias». Dette var hovudgrunnen for at eg valte å intervjuje så vidt kort tid etter keisarsnittet, fire til seks veker, noko som var likt for dei tre første kasus. Kvifor det siste kasus avviker med omsyn til intervjutidspunkt er tidlegare gjort greie for. Mi erfaring er at foreldra gav gode og detaljerte beskrivingar av opplevingar, erfaringar og praktiske handlingar. Der er likevel nokre eksempel på at det vart vanskeleg å minnes på detaljnivå, gjerne knytt til tidsdimensjonar. I desse høva viste det seg at intervju av både mor og far gav utfyllande opplysningar. Kvinnene og mennene gav også inngåande beskrivingar frå fødsels- og ammeerfaringar som låg år tilbake i tid, noko som kan tyde på at det er hendingane i livet som sett spor, på godt og vondt.

Eg vurderte aldri telefonsamtale som alternativ intervjumetode anna enn som tanke på å spare reisetid for eigen del. I ettertid har eg reflektert over om telefonintervju kunne gitt lettare tilgang på informantar. Det å skulle opne eigen heim for ein framand, så vidt tidleg etter eit keisarsnitt, kan kanskje ha stengt for potensielle deltakarar. Risøy (2009: 118) løftar fram telefonintervjuet som ein god metode sidan det gir forskaren fordel av å møte den «reine» stemma, utan støyande tilleggsinformasjon som kan sette informanten i bås. Ho nemner personars utsjånad og bustad som døme på støy. Likevel trekkjer ho fram ansikt-til-ansikt intervjuet sin fordel når det gjeld forskarens høve til å danne seg meir kompleks forståing av informantens liv.

Mi uro knytt til rekruttering av kasus skulle vise seg å slå til. Det er ikkje uvanleg med variasjon gjennom året ved ein og same fødeinstitusjon når det gjeld fødetal, også tal på planlagde keisarsnitt. I den første tida for rekruttering av informantar viste deg seg tilfeldigvis å vere god tilgang på kvinner kor keisarsnitt var planlagt, og i tillegg oppfylte kriterier for utveljing. Dei tre første kasus blei inkludert heilt i starten av rekrutteringsfasen, i god tid før sommaren sette inn. Det gjekk mykje lengre tid enn planlagt å få på plass det siste kasus, og i realiteten hadde eg gitt opp å få inkludert fleire enn dei tre. Årsaka til den magre oppslutninga vil uansett bli spekulasjonar, men det er ikkje usannsynleg at ferietida kan ha spela inn. Hausten 2013 viste likevel ingen betring i rekrutteringa, og etter meir enn fem månader med



utsending av informasjonsbrev blei rekrutteringsfasen avslutta – fortsatt med seks informantar tilbake. Då det fjerde paret tre veker seinare meldte si interesse, valte eg, etter diskusjon med rettleiar, å inkludere dei i studien.

Kvifor så få har takka ja til deltaking har eg reflektert over. Ei mogleg forklaring er sjølvsagt at dei opplevde koplinga mellom forskar og fødeinstitusjonen for nær. Ei anna høgst reell forklaring er at det i ein travel kvardag blir for krevjande å finne tid til deltaking ikkje berre for den eine, men begge foreldra. Det at det intervjutidspunktet var så vidt kort i tid etter eit stort operativt inngrep, kan ha vore ei medverkande årsak. Eg har i tillegg ei kjensle av at mannens rolle, når ammeprosessen skal ha merksemd, kan vere ein hemsko. Er det vanskeleg for han å skulle verbalisere dette temaet, og av kva grunn? Eg kjem nærmare tilbake til kjønnspektivet i drøftingsdelen.

Den seinare tid har eg stilt meg spørsmål om det var rett å leggje ansvaret for å inkludere barnefaren på kvinna. Alt to-tre veker etter keisarsnittet låg informasjonsbrevet, adressert til barselkvinna, i postkassa. Framgangsmåten gjorde at kvinna fekk rolla som portvakt i arbeid med å «verve» mannen. Sjølv om ho skulle seie seg villig, var studiedesignen avhengig av at mannen også blei med. I ettertid ser eg at dette kan vere ei årsaksforklaring til at få returnerte samtykkeerklæringa. Motivasjon er eit nøkkelord, og for mange vil det kunne bli i meste laget, både å vere nyleg operert – og nybakt mor. Vidare er det ei fase i livet der familien ofte treng tid og ro i nære relasjonar.

Å ha inkludert eit par der amminga var avslutta ved intervjutidspunktet må sjåast som ein styrke, med tanke på tilgang til fylldige beskrivingar og «spesielle» kasus. Det ville vore legitimt og stilt spørsmål ved utvalet dersom alle kvinnene fire til seks veker etter keisarsnittet framleis amma. Vi veit at fråfallsprosenten etter planlagt keisarsnitt er forholdsvis stor allereie tidleg i ammeprosessen, samanlikna med kvinner som føder vaginalt (Häggkvist et al. 2010; Karlström et al. 2013). Det kan tenkast at dei som er mindre motivert for amming, og/eller alt har avvikla amminga ved tidspunkt for intervju, uansett ikkje ville delteke. Viktig informasjon vil på denne måten gå tapt, ein når ikkje informantane som kan bidra med alternativt perspektiv og djupare innsikt. Ein slik seleksjonsbias vil kunne gjere studiens validitet dårlegare.

Som forskar er det nødvendig å ha eit ope sinn gjennom alle ledda i forskingsprosessen. Malterud (2011: 17) understrekar forskarens ansvar for å ha ein systematisk, kritisk refleksjon, og ikkje lat tilfeldige inntrykk eller sjølvbekreftande påstandar råde. I arbeidet med

datamaterialet har eg hatt ei aktiv haldning til å leite etter data som kan rokke ved meiningar og erfaringar som på førehand er rådande eller opplagde. Ved å vere kritisk til eigne tolkingar, både i arbeidet med transkripsjon, analyse av datamateriale, men også til studiens endelege funn vil forskaren, ifølgje Popper (1965: 33), oppfylle eit viktig prinsipp. Forfattaren er opptatt av at vi heller forsøker å falsifisere dei resultatata vi har konkludert med, framfor å verifisere. Poppers prinsipp er viktig å ha med seg som ei stadig påminning, utfordringa blir å løfte det fram med tilstrekkeleg styrke.

Eg har som sagt forsøkt å utnytte studiedesignen og det høvet den gir til datatriangulering. Andersen (2013) påpeiker at nettopp slik datatriangulering er ein av kassusstudiens sterke sider. Han seier at ved å bruke fleire datakjelder, metodetilnærmingar og teoriar vil ein kunne auke kontrollen med forskingsprosessen. «Kontroll er her knyttet både til validitet og reliabilitet» (ibid.: 157). Dokumentasjon henta frå kvinnenens journalar fell i stor grad saman med det foreldra sjølv har fortalt i intervju. Slik eg tolkar Andersen vil denne observasjonen vere med å styrke validitet knytt til både foreldra sine historier og til journaltekstane.

Det vil ifølgje Andersen (ibid.) vere lettare å prøve ut ulike teoretiske perspektiv undervegs når ein har inngåande kjennskap til eit kasus. Han peiker likevel på at om ikkje forskaren har ei utprøvande haldning kan kompleksiteten bli overveldande og føre til tilfeldige og svakt grunngevnne slutningar. Slike enkle konklusjonar vil kunne true studiens «validitet og reliabilitet». Faren med å drukne i data kan kanskje reduserast om forskaren i kassusstudiar unngår å velje ut fenomen som er særleg komplekse. I prosessen har eg til tider opplevd datamengda overveldande. Likevel har dei valte teoretiske knaggane og forskingsspørsmåla vore til god hjelp i arbeidet med å strukturere materialet. At eg er godt kjent med området eg utforskar har hatt betydning for korleis eg har organisert dei meiningsberande elementa i det empiriske materialet.

Forskarens før-forståing vil lettare komme til uttrykk når det føreligg fleire moglege tolkingalternativ under arbeid med analyse og drøfting. Meir eller mindre bevisst vil eg kunne komme til å leggje vekt på det eg ønskjer skal bli resultatet av forskinga. Validiteten vil i negativ lei kunne bli påverka av denne før-forståinga. Sidan eg i drøftinga har forsøkt å belyse fleire alternative perspektiv meiner eg å ha minska denne faren.

Andersen (ibid.: 161) er opptatt av at observasjonane som er referert i studien må vere pålitelege, dei må vere sanne i den forstand at dei faktisk har funne stad. For dei fire kasus i denne studien meiner eg sanningsgehalten er ivaretatt. Det dei har delt av opplevde hendingar

er gitt stort rom i den narrative framstillinga. Deira utdjuping av relasjonar, det dei har opplevd i kommunikasjon og handling med kvarandre som foreldrepar og med ulike fagpersonar, meiner eg er framstilt slik at foreldra vil kjenne seg igjen. Gjennom intervju, transkribering og konstruksjon av narrativ har det vore viktig å få fram det som er sant for kvar og ein av informantane. Det dominerande biletet er at mannen og kvinns historie i dei store linjene samsvarer, samtidig vektlegg dei hendingar ulikt og på den måten komplimenterer den samla forteljinga. Andersen påpeiker vidare at eitt krav til gode generaliseringar er at «de bør være istand til å sammenfatte et komplekst casemateriale på en enkel måte, utan at det oppfattes som at vesentlige sider ved et case går tapt» (ibid.: 163). I prosessen med å komponere forteljingane har det vore viktig å veve saman kvinna og mannens historie, samtidig som den ikkje skulle bli for lang og utflytande. I fortettingsprosessen har eg vore opptatt av å ikkje utelate vesentlege hendingar og handlingar i iveren etter å gjere framstillinga enkel og interessant å lese.

Sjeldan er det slik at kunnskap kan sjåast som evige sanningar. Spørsmåla vil ofte vere vel så viktige som svara, noko eg erfarte tydeleg til lenger eg kom i forskingsprosessen. No er det ikkje slik at prosessen er ei lineær utvikling frå spørsmåla i starten til den avsluttande oppsummeringa. Den er heller ei vandring fram og tilbake mellom nøkkelkomponentane i forskingsopplegget, der relasjonane mellom desse elementa er sentrale, slik mellom andre Denscombe (2010: 100) og Kalleberg (1996: 33) påpeiker.

Generalisering i forskinga er ikkje eit enten – eller. «Feltet og konteksten der kunnskapen er innhentet, vil alltid være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom» (Malterud 2010: 21). Eg har undersøkt foreldre si oppleving av den tidlege ammeprosessen fire til seks veker etter eit planlagt keisarsnitt. Foreldra eg intervjuar hadde alle barn frå før og ber med seg erfaringar frå tidlegare fødsjar og ammeopplevingar. Kor gyldig kunnskapen som er framkomen for dei fire para kan vere utover desse einskildkasusa er sjølvstøtt eit legitimt spørsmål. Stake (2005: 448) påpeiker at generalisering ikkje i like stor grad bør vektleggjast i all forskning. Han seier vidare at ein ekte kasusstudie dessutan også kan vere det første vesle steget på vegen mot ei større generalisering. Heller ikkje alt ved eit kasus kan ein forstå, og ein kan spørje seg kor langt det eigentleg er nødvendig å gå. Den einskilde forskar må gjere sine val, og kan også overlata til lesaren å avgjere noko av generaliseringa. Eg vil ta opp igjen spørsmålet om generalisering i avslutningskapitlet.

## 5 Foreldrepara sine historier

Thagaard (2009: 125) påpeiker kor viktig det er å samanfatte og redigere datamaterialet frå intervjusituasjonane på ein måte som løftar fram sentrale element for å belyse forskingsspørsmål og problemstilling. Foreldras erfaringar knytt til ammeprosessen har vore det overordna i konstruksjon av dei fire forteljingane, med forskingsspørsmåla som konkrete hjelpekomponentar i arbeidet. I analyseprosessen blei det naturleg å sjå spørsmål 2 (Korleis opplever foreldre tilrettelegging for amming under sjukehusopphaldet?) og 4 (Foreldres erfaring med tilrettelegging for HTH-kontakt mellom mor og den nyfødde i samband med keisarsnittet) under eitt. Eg har valt å samle dei under temaoverskrifta *Om foreldras oppleving av keisarsnittet og den tidlege ammeprosessen*.

I kvart kasus slepp både mannen og kvinna til med si eiga stemme. Deira personlege erfaringar kjem til uttrykk under fire temaoverskrifter: *Om tidlegare ammeerfaring*, *Om motivasjon og vilkår for å meistre amminga*, *Om foreldras oppleving av keisarsnittet og den tidlege ammeprosessen* og *Om barnefars rolle*. Når det gjeld temaoverskriftene: *Orientering om familiesituasjonen og årsak til keisarsnittet* og *Utdrag frå pasientsjournal*, er forskaren tildelt forteljarstemma. For meg har det i arbeidet med konstruksjon av narrativa vore sentralt at foreldra (subjekt-posisjonane) har fått sterke og tydelege stemmer. Samtidig fell det naturleg å gi ein tredje person forteljaransvar for dei delane som orienterer om bakgrunnsopplysningar og presenterer den meir upersonlege journalteksten. Strukturen med seks temaoverskrifter er den same for dei fire kasus. Personane innan same familie er tildelt særnamn med lik forbokstav. Hensikta er å markerer at dei høyrer saman, ved sidan av å lette presentasjon og gjenkjenning av empirien i drøftingsdelen.

Eg har valt å ta med eit redigert utdrag frå pasientjournalane. Opplysningane som har fått plass er vurdert som relevante, sett i lys av foreldras historier og studiens problemstilling. Språket er knapp i si framstilling og typisk for journaltekstar. Også her er normert nynorsk brukt. Samtykke til innsyn i journal er som nemnt henta inn eksplisitt for kvar og ein av kvinnene (vedlegg 3; Lov om helsepersonell 1999: § 22). Teieplikta som helsearbeidar og forskar er sjølv sagt, og når det har vore aktuelt, er opplysningar gjort anonyme.

### 5.1 Anne og Arild

#### *Orientering om familiesituasjonen og årsak til keisarsnittet*

Anne og Arild, er eit sambuarpar i slutten av trettiåra. Dei har to barn, Amanda på eitt og eit

halvt år, og Anders på fem veker. Begge kom til verda ved hjelp av keisarsnitt, Amanda ved hastekeisarsnitt, medan det no sist var planlagt. Tid for keisarsnittet blei bestemt dagen før det skulle skje, og på niande dag etter ultralydtermin blei ein sprek gut fødd. Utgangspunktet var at fødselen skulle starte naturleg. Når så ikkje skjedde var Anne lite motivert for kunstig igangsetjing, noko ho opplevde særskilt krevjande og utmattande sist.

Anne har høgare utdanning, og arbeider fulltid i helsesektoren, medan Arild er handverkar. Alt frå fødselen tok begge ut foreldrepermisjon, og har vore heime med dei to barna. Amandas alder er ei viktig årsak til valet dei har gjort, ei prioritering dei er udelt fornøgd med.

### *Om tidlegare ammeerfaring*

Anne fortel: Erfaringa mi frå sist er gjennomgåande positiv, sjølv om eg strevde med tette mjølkegongar første halve året. Amanda dia godt allereie i oppvavningsavdelinga, og eg kjenner meg heldig sidan det gjekk så bra, sjølv etter eit hastekeisarsnitt.

Arild fortel: Sist gong amma Anne i nesten eitt år, men det blei brått slutt etter at ho starta opp igjen på jobb. Det gjekk greitt, sjølv om det var meir styr sist. Eg kan ikkje skjønne kvifor ho fekk den brystbetennelse sidan vi gjorde alt etter boka.

### *Om motivasjon og vilkår for å meistre amminga*

Anne fortel: I graviditeten var det naturleg for meg å skulle amme, det var aldri noko alternativ, motivasjonen og ønskje om å få det til var stor. Eg veit at morsmjølk er den beste næringa for barnet det første året, i tillegg er mjølka gunstig for immunforsvaret. Likevel, eg veit at mange strevar med amminga, særleg i starten, og at keisarsnitt kan gjere det vanskelegare.

Denne gongen var eg i full jobb heilt fram til permisjonen, og det var lite rom for tankar om det som skulle komme, ikkje minst gjaldt det amminga. Når eg tenkjer tilbake var det lite snakk om det å amme. Eg undra meg på om yrket mitt var årsaka, at jordmor tenkte at det var unødvendig. Det einaste eg uroa meg for, men først mot slutten av svangerskapet, var om Anders ville ta brystet greitt når keisarsnitt blei fødemåte. Den rutinemessige åtskiljinga rett etter fødselen var noko eg tenkte på – om ammeperioden av den grunn ville bli meir utfordrande.

Arild fortel: Før fødselen snakka Anne og eg om kor lang ammeperioden ville bli denne gongen. Amanda blei amma i 11 månader, og vi har begge eit ønskje om at også Anders skal

få morsmjølk så lenge som mogleg. Sjølv sagt ikkje i tre år, men kanskje i eitt, eller i alle fall så lenge Anne har permisjon. Eg var med på alle svangerskapskontrollane, men kan ikkje minnst at amming var tema når vi var hos jordmor, der var det andre ting som var i fokus.

Denne gongen har vi ikkje gjort noko som helst for at amminga skal ha gode kår, men likevel så går det fint. Det einaste ekstra er at Anne tar eit helsekostprodukt ho fekk anbefalt på sjukehuset.

### *Om foreldras oppleving av keisarsnittet og den tidlege ammeprosessen*

Anne fortel: Operasjonsdagen var eg mest opptatt av spinalbedøvinga, det var det eg grudde meg til, å få stikket i ryggen. Eg kan ikkje huske at vi fekk informasjon om korleis den første amminga skulle skje, men som sagt, all energi var kanalisert til bedøvinga. Sist gjekk den nemleg for høgt, eg fekk pustevanskar, som eg opplevde svært dramatisk. Risikoen for at det skulle ende med narkose gav meg rett og slett dødsangst.

Denne gongen blei det ei fin oppleving. Eg var opptatt av barnet mitt på ein heilt annan måte, eg var mentalt til stades. Sist hadde eg ingenting å gi, medan no var eg klar for å få Anders på brystet straks etter fødselen. Likevel trur eg det gjekk om lag ein og ein halv time før eg fekk han til meg. Eg måtte mase, endå eg var heilt klar for å møte dei. Det at Arild måtte vente med vesleguten i barselavdelinga opplevde eg som unødvendig, og minner meg eigentleg om det mi eiga mor fortel, frå då eg blei fødd på 70-talet.

Sist fekk eg veldig god praktisk hjelp til den første amminga, det sakna eg denne gongen. Jordmora var langt meir erfaren, og opptatt av den tidlege amminga. Både Arild og eg opplevde relasjonen, mellom oss som foreldre og jordmora, spesielt god. Denne gongen blei vi meir overlatne til oss sjølv. Arild blei den som prøvde å ordne opp, sjølv om det var mykje slangar og leidningar over alt, eg var tross alt nyleg operert. Uansett, eg hadde Anders inntil brystet mitt heile tida i oppvåkingsavdelinga, før vi etter få timar flytta til barselavdelinga.

På sjukehuset gjekk alt meir av seg sjølv denne gongen. Det gjorde godt for sjølvbiletet at Arild gav meg støtte på det eg sjølv kjende på, tryggleik og sjølvtilit etter nærmare eitt års ammeerfaring. Likevel, når du har vore igjennom ein operasjon treng du assistanse når barnet er uroleg, du treng smertelindring, er trøyt og sløv av alle medikamenta, og fysisk immobil.

Sist fekk Arild og eg vere saman heile døgnet, ein fantastisk start. Det var dessverre ikkje mogleg denne gongen, og eit stort sagn for oss begge. Det gjorde at vi ikkje fekk same kjensla

av å vere ei eining, fellesskapet blei ikkje like sterkt no som sist. Vi respekterte avgjerdsla, men sidan eg hadde einerom forsto vi likevel ikkje kvifor det måtte vere slik, dessutan ville det ha avlasta personalet. Arild brukte fire timar dagleg på reise mellom sjukehuset og foreldra, som tok seg av Amanda. Det var slitsamt for han, og kjendes på ein måte som bortkasta tid, samtidig var det godt at Amanda fekk treffe han dagleg.

Eg er van med å ordne meg sjølv og opplevde det vanskeleg å tilkalle personalet for hjelp. Det gjorde sitt til at eg valde å la dei sjå etter Anders om natta, det var vanskeleg å skulle ta vare på han med operasjonssår på magen. Heilt frå starten hadde han stort sugebehov, noko som førte til at jordmor foreslo å prøve smokk. Han fekk til og med låne ein, og det trur eg ikkje var heilt etter boka. Men vi var påpasselege, han fekk ikkje smokken så ofte, for eg kunne faktisk kjenne at sugetaket endra seg. Likevel er eg fornøgd med tiltaket, gjort i beste meining for å førebyggje sære bryst, det å amme skal no vere ei god oppleving. I ettertid viste det seg at det å variere med smokk og bryst fungerte fint for oss.

Vi reiste heim tredje dag etter keisarsnittet, dette opplevde eg passeleg, både då og i ettertid. Eg hadde samtale med jordmor kvelden før heimreise, eller samtale - eg erfarte det meir som ein monolog, det var ikkje mine behov som stod i sentrum. Heldigvis har eg høve til å kontakte kommunejordmora heime om eg skulle ha behov for det. Då sett eg meir pris på stativet med brosjyrar i barselgangen, ei positiv erfaring å ha tilgang på informasjon som passa meg, til tidspunkt som passa meg.

Arild fortel: Operasjonsdagen skjedde noko som gjorde Anne unødig stressa. I bilen, på veg til sjukehuset, ringte jordmor frå fødeavdelinga og etterlyste oss. Ho lurte på kvifor vi var forseinka, endå vi hadde fått beskjed kvelden før at vi skulle møte kl. 11.00. Alt gjekk likevel fint, misforståinga kunne vi ikkje gjere noko med, men det «rotet» skulle eg gjerne vore utan.

Denne gongen var ikkje Anne sliten på same måte som sist, ho hadde meir kontroll og visste kva ho gjekk til. Då Amanda kom til verda hadde vi ei jordmor som følgde oss tett. Eg blei vist rundt og fortalt kva eg skulle gjere, noko eg opplevde positivt sidan eg som far opplever meg mest i vegen. Denne gongen fekk vi mindre informasjon før keisarsnittet, eg veit ikkje om dei forventta at eg kjende rolla mi, eller om dei ikkje hadde tid.

Då vi først var på plass på operasjonsstua, gjekk alt som smurt, det var ro, og Anne hadde det mykje betre enn sist. Eg opplevde også å ha meir kontroll i situasjonen, kjende meg meir

erfaren. Sidan eg har både sprøyte- og sjukehuskrekk var eg, under keisarsnittet med Amanda, engsteleg for å bli dårleg og vere til bry. No brukte eg mindre energi på meg sjølv, og fekk med meg meir av sjølve hendinga. Eg blei godt ivaretatt, måten dei snakka seg i mellom og med meg på gjorde situasjonen meir avslappa. Straks guten var fødd fekk Anne og eg sjå han, det var veldig fint og annleis enn sist. Alle på operasjonsstua var involvert, dei viste oppriktig glede og brydde seg – det betydde mykje for oss. Anders og eg fekk vere ei stund hos Anne, men så blei det bestemt at vi måtte forlate operasjonsstua og flytte over i barselavdelinga. Eg er litt usikker på årsaka, men trur det hadde med tida å gjere - at vi skulle vidare i eit oppsett program.

Både no og sist var eg åleine med barnet ein times tid. Medan vi venta på å få treffe Anne igjen blei Amanda lagt hud-til-hud på brystkassa mi, det var ei svært positiv oppleving. Med Anders fekk eg ikkje det same tilbodet. Eg tok heller ikkje initiativ – eg var usikker på kva jordmora ville seie om eg utan vidare vrenge av meg skjorta, i dag angra eg likevel på at eg ikkje gjorde det. Så var det tid for å møte Anne igjen, Anders blei straks lagt til brystet, og vi fekk god hjelp med tilrettelegging frå jordmor og intensivsjukepleiar.

Etter få timar kom vi til barselavdelinga. Vi var tidleg ute med å spørje om høvet til å vere saman alle tre, denne første natta. Vi fekk klar beskjed om at det ikkje var vanleg, sjølv om vi sist fekk inntrykk av det stikk motsette. Kva som var annleis då enn no er uforståeleg for meg, og mitt inntrykk er at kvar jordmor har si eiga mening. Eg fekk også kjensle av å ha stilt eit «idiotisk» spørsmål som gjorde meg meir usikker og reservert resten av opphaldet. Sjølv sagt er det forskjell på jordmødrer som på andre folk, enkelte var vel påståelege medan andre var meir lyttande og imøtekomande. Denne erfaringa hadde betydning for kven vi tok kontakt med og ikkje. I det store og heile opplevde eg likevel dei tilsette som fleksible og hyggelege.

Elles ønskjer eg meg ei klar og tydeleg oppskrift på ammekunsten, som fortel korleis vi skal handle når ein gitt situasjon oppstår. Ja, det ville vore så mykje enklare om iverksetting av eit bestemt tiltak gav eit ønska resultat, men eg har forstått at så beint fram er det ikkje.

### *Om barnefars rolle*

Anne fortel: Medan eg låg på operasjonsbordet heldt Arild vesleguten slik at ansikta våre kom nær kvarandre, det var fint, men eg skulle ønskje at han blei lagt til meg naken, hud-til-hud. Eg unner samtidig Arild å få tid åleine med sitt nyfødde barn, medan operasjonen avsluttast og eg blir klar til å ta over. Sidan begge to er keisarsnittbarn har han eigentleg vore heldig



som har fått den nærleiken med dei. Han har ei viktig oppgåve i å gi omsorg til barnet i denne tidlege fasen, og kanskje har det noko å seie for hans deltaking vidare, når barna veks til, vi er sånn sett to om det å få barn.

Det blir veldig fokus på mor og barn i starten, og det skal det jo vere. Faktisk kan det bli for lite brystkontakt når far er den som tek seg mest av barnet dei første dagane etter fødselen, slik Arild gjorde for å avlaste meg. Vi såg det ikkje sjølve, men jordmor gjorde oss merksam på det, ho sa rett ut at guten vår snart måtte begynne å vere hos mor. Med tanke på amminga var det viktig for oss å få den tilbakemeldinga. Eg kjende meg sliten etter keisarsnittet, difor var det lett å skyss Anders over til Arild, samtidig var det godt å sjå dei to saman.

Det at Arild fekk med seg ein del av den munnlege informasjonen som blei gitt på sjukehuset, viste seg å vere positivt. Etter at vi kom heim minna han meg konkret på det som blei sagt om førebygging av tette mjølkegongar, og han blei motivert til vidare søk på nettet.

Det som har vore heilt fantastisk denne gongen er at vi begge har hatt permisjon første tida. Arild har gått meg til hande, henta småting som melder seg medan eg sit og ammar, tekoppen, vassglaset, og puta til støtte for armen. Det at han på eige initiativ deltek om natta har betydd mykje for meg reint psykisk, eg opplever det styrkande for fellesskapet mellom oss. Konkret tar Arild seg av bleieskiftet og bringer Anders til meg for amming.

Arild fortel: Eg opplever ikkje at det er så mykje eg kan gjere med tanke på amminga, det viktigaste var at Anne fekk ein god start dei første dagane på sjukehuset. Sist, då vi fekk vere saman også om nettene, kjende eg meg meir til nytte. Det viktigaste var å bere og bysse jenta vår, men også det å hente drikke til Anne.

Mi rolle i det med amming blir meir å leggje til rette, sørge for at det er varmt og godt i huset, og passe på at Anne unngår trekk. Eg tenkjer at eg kan bli meir oppmerksam overfor henne, spørje korleis det går, om det er noko ho treng, for det er ikkje alltid slik at ho seier frå. I kvardagen prøver eg å ha ei positiv haldning, kanskje eg til tider er i overkant positiv, men eg trur det kan vere til hjelp, for Anne har tendens til å trekkje situasjonen i meir negativ lei.

#### *Utdrag frå pasientjournal*

Operasjonsdagen ventar jordmor med å tilby barnet mors bryst til mor er klar for besøk, om lag ein og ein halv time etter fødselen. Mor får tilbod om avlastning med barnet dei første to nettene, guten får tilsyn av barselpersonalet medan mor «kviler ut». Han «besøker» henne for

å die, han har godt sugetak. Mor er litt sår på venstre brystvorte, det gis praktisk hjelp når barnet diar i alternativ ammetilling. Ein må vere særleg observant på sugetak, sidan såre brystvorter og tette mjølkegongar var utfordring etter første fødsel. Etter vel eit døgn blir mor råda til å korte ned på ammetida på venstre bryst, for å unngå forverring. Ho uttrykkjer ønskje om akupunktur for å lette mjølkeutdrivingsrefleksen og førebyggje tette mjølkegongar. Mor vel på eige initiativ å gi guten smukk, sugebehovet er stort, og såre brystvorter treng periodar med kvile. Natta før heimreise har mor barnet hos seg heile tida.

Under opphaldet blir guten vurdert som vaken, sugevillig og fornøgd etter amming. Status ved heimreise er at mor er sjølvhjelpet med tanke på amming, ho meistrar handmjølking, og guten regulerer sjølv kor ofte og lenge han diar. Rapporten til helsestasjonen informerer om positiv ammeerfaring med første barnet, på tross av tette mjølkegongar og brystbetennelse.

## **5.2 Berit og Bjørn**

### *Orientering om familiesituasjonen og årsak til keisarsnittet*

Berit og Bjørn er rundt 40 år gamle og sambuarar. Berit har sonen Bendik på 17 år frå eit tidlegare forhold, medan dei saman har Birk på 5 år, og veslejenta Bjørg som kom til verda for fem veker sidan. Bendik blei fødd vaginalt, ved hjelp av sugekopp. Då Birk meldte seg enda det heile med hastekeisarsnitt, utan at Berit kan forklare detaljane rundt fødselen. No sist var fødemåten planlagt keisarsnitt, Berit ønska det slik med bakgrunn i dei tidlegare opplevingane. Avgjerda blei tatt i svangerskapsveke 31. Bjørg kom til verda, frisk og vital, ei veke før ultralydterminen.

Berit og Bjørn har begge utdanning i yrkesfag frå vidaregåande skule. Berit arbeider med barn, medan Bjørn er arbeidsleiar i ein produksjonsbedrift. Han ordna seg permisjon i fire dagar for å vere heime dei første dagane etter fødselen.

### *Om tidlegare ammeerfaring*

Berit fortel: Eldstemann Bendik amma eg i to månader. Eg hadde godt med mjølk og kosa meg den første tida. Produksjonen var så rikeleg at eg måtte hjelpe meg med handduk under ammeøktene - det fløynde over. Men så blei eg sjuk med langvarig brystbetennelse, og fekk fleire penicillinkurar. Etter det blei det slutt på mjølka, sjølv om eg stod på og pumpa brysta. Det var eit stort nederlag å gi opp amminga, i tillegg kom dei mange sårande kommentarane.

Nestemann Birk fekk morsmjølk i fire månader, utan eit einaste problem. Så skjedde det brått ei endring, over natta gjekk mjølkeproduksjonen frå rikeleg til nærast ingenting. Eg prøvde for ei periode å pumpe og gi på flaske, men det var ikkje mykje å skryte av. Det var ingen opplagt årsak til at eg «miste mjølka», det blei berre tomt. Uansett var det ei trasig oppleving, trøysta blei erfaringa eg hadde med flaskemating - sjølv om det var 12 år sidan.

Bjørn fortel: Eg har ikkje så mykje å medele anna enn at Berit amma i omlag tre månader sist. Det gjekk fint så lenge det varte, men eigentleg er det rart at det kan snu så fort, frå å ha rikeleg mjølkeproduksjon til nesten ingenting.

#### *Om motivasjon og vilkår for å meistre amminga*

Berit fortel: Det å amme var noko eg bestemte meg for tidleg i svangerskapet. Eg reflekterte eigentleg ikkje så mykje over det, sidan det både er normalt og praktisk, og eg hadde alt frå starten rikeleg med mjølk til begge gutane. Likevel låg det i bakhovudet at det kanskje ikkje ville gå, men det var den positive tenkinga som dominerte, eg hadde trass alt gjort dette før.

Før fødselen var både Bjørn og eg budd på at det kunne bli flaskemating også denne gongen. Ikkje at vi prata så mykje om amming, men det blei vel nemnt, og jordmora var også innoem temaet. Ho spurde om eg ønska å amme, og kva erfaring eg hadde frå tidlegare. Det var i grunnen ikkje så mykje å dvele ved, planen var at eg skulle amme. Eg var heller ikkje opptatt av å lese om amming på førehand, og trur vel heller ikkje det ville betra mjølkeproduksjonen. Dessutan var brosjyrehaugen uoverkomeleg etter første møte med jordmora.

Det gjekk like eins denne gongen, etter berre ein månad med morsmjølk «kasta eg inn handkleet», men Bjørg fekk i alle fall det eg hadde. Klart det var eit nederlag, men eg opplevde det ikkje like tøft no som då eg heilt ung fekk Bendik. Den gongen var det heller ikkje «tillat» med flaske – du skulle amme for ein kvar pris.

Problemet starta alt på sjukehuset, sjølv om det såg ut som eg hadde godt med mat viste det seg at vi blei lurt. Frå andre dag etter fødselen var det eit slit, og det at jenta blei sløv og lite sugevillig gjorde situasjonen vanskelegare. Løysinga blei å gi morsmjølkstillegg for å få ho kvikkare. I tillegg starta eg å pumpe brysta, det var då den sparsame mjølkeproduksjonen kom for ein dag. Bjørg måtte sjølv sagt ha mat, så ho fekk flaske. Under barselopphaldet, men også i dag, opplever eg flaskemating som ei åtskiljing, det blir ikkje den same nærleiken og «kosen» som då eg la ho til brystet. Einaste fordelten er at eg ser at ho får i seg riktig mengde.

Bjørn fortel: Berit og eg snakka ikkje særleg om amming i svangerskapet, det var ein naturleg ting, ikkje noko å diskutere. Eg visste likevel at det kunne gå begge vegar, men håpet var sjølvstakt at det skulle gå greitt. Svangerskapskontrollane med jordmor fekk eg ikkje med meg, men deltok ved begge ultralydundersøkingane utan at amming blei nemnt. Når eg tenkjer etter har eg eigentleg fått med meg lite informasjon om temaet, også skriftleg.

Etter at vi kom heim skjønte vi raskt at brystpumpe måtte i hus. No gjekk det likevel slik at Bjørg blei flaskebarn, vi prøvde i det lengste, men det blei tidleg tomt for mjølk. Uansett er dei dråpane ho har fått verdfulle, ikkje minst for styrking av immunforsvaret. For Berit blei det etter kvart ganske så motlaust, men det er ikkje slik at vi har prata om det.

#### *Om foreldras oppleving av keisarsnittet og den tidlege ammeprosessen*

Berit fortel: Eg blei innskripen dagen før keisarsnittet og den lange reisevegen gjorde til at vi kvelden før overnatta på hotell. Om morgonen operasjonsdagen ringde eg som avtalt til fødeavdelinga for å få eksakt oppmøtetid, og vi måtte «hive oss rundt» då dei sa at det berre var 20 minutt til oppmøte. Jordmora som tok seg av meg var hyggeleg. Eg fekk lagt inn kateter og blei fortalt at eg skulle få veslejenta til meg hud-til-hud alt på operasjonsbordet. Det gjorde meg roleg og glad, sist fekk eg nemleg berre så vidt sjå han før dei for av garde.

Gjengen på operasjonsavdelinga var suveren, det var ein lett og lystig tone, dessutan visste eg kva eg gjekk til. Det einaste eg grudde for var spinalbedøvinga, sidan det var styr med den sist. Eg fortalde om skeivheita i ryggen, og at eg ønska ein anestesilege med stødig hand som ville treffe på første forsøk. Operasjonen gjekk fint, eg kjende meg trygg, ikkje minst sidan legen var den same som sist.

Straks Bjørg var fødd fekk eg eit lite glimt av ho, før dei tok henne med til rommet ved sidan av for undersøking. Men, det tok ikkje lang tid før eg fekk henne til meg, ei ubeskriveleg kjensle. Eg opplevde nærleiken sterkt, i tillegg tok den merksemda bort frå sjølve operasjonen. Mi erfaring er at det var til hjelp både mot smertene frå etterriene, og mot kvalmen. Det å kunne feste blikket på jenta, stryke og ta på ho, det var stort, dette hadde eg venta på i ni månader. Sjølv om Bjørg ikkje var så stor var ho snart på leiting etter brystet, men det blei for vanskeleg å amme i ryggeleie og med armane fulle av kanylar. Vi låg slik hud-til-hud i 35 minutt, då var ho blitt litt kald, og jordmor ville ta ho med til barselavdelinga.

Dersom eg samanliknar dei tre fødslane mine er det første gong eg får barnet direkte til meg på denne måten. Første fødselen enda med sugekopp, og Bendik var ganske blå då han omsider kom. Han trengte tilsyn frå barnelege før eg etter eit kvarters tid fekk han til meg. Etter hastekeisarsnittet med Birk gjekk det omlag to timar før eg fekk kontakt. Det var sårt å ligge der utan å vere i stand til og bevege seg, medan dei berre forsvann med han.

Eg trur det gjekk nærmare ein time frå Bjørn og jenta forlèt operasjonsstova til dei dukka opp i oppvåkingsavdelinga. Då hadde eg fått morfin og sove ei stund, eg kjende meg trøytt og sliten. Eg var eigentleg ikkje klar for å ta imot dei før. No kom ho raskt til brystet, men låg mest å lukta og utforska i starten. Det var først om ettermiddagen, i barselavdelinga, at ho dia effektivt.

No var Bjørg veldig vaken, eg opplevde henne kontaktsøkande, om ein kan seie det om eit nyfødd barn. Eg var opptatt av å gi rikeleg med nærkontakt og kos, passa på at ho fekk ligge tett inntil huda mi. Både denne gongen og sist delte eg rom med andre barselkvinner utan at det baud på problem. Det verste er når ungen skrik om natta, og du forstyrrar dei andre.

Eg var stort sett fornøgd med servicen i barselavdelinga, for når eg først tilkalla personalet var det god hjelp å få. Det var ei heilt anna oppleving no enn for 17 år sidan. Den gongen opplevde eg meg krenka og overkøyrt, dei tok regelrett brystet ut av skjorta mi for i neste omgang å dytte det inn i munnen på guten. Denne gongen nærma «ammeekspertane» seg på ein heilt annan måte, dei rettleia utan å stresse. Eg fekk til og med gehør då eg ytra ønskje om å gi Bjørg litt morsmjølkstillegg. Dei påpeika at sjukehuset er mor-barn-venleg, og at dei ville støtte meg om eg valde flaskemating. Ei av nattevaktene tok seg god tid og viste meg praktisk korleis eg kunne variere mellom ulike ammestillingar for å avlaste dei såre brystvortene. Likevel blei det etter kvart umogleg å leggje jenta til dei såre og blodige brysta.

Presset i barselavdelinga var stort då eg fødde så eg ser problematikken med liggetid, likevel er det drygt å sende mor og barn heim tredje dagen etter eit keisarsnitt. Eg måtte nærast trygle om å få bli på sjukehuset lengre enn den tilmålte tida. Ønskje mitt var å få fjerna stiftane i operasjonssåret før eg reiste, i tillegg var femåringen heime sjuk. Eg kjende meg sliten, men paradoksalt nok blei det dei såre brystvortene, og den manglande mjølkeproduksjonen, som redda situasjonen. Heimreisa blei utsett i to dagar, og då var eg klar til å møte familien igjen.

Ved avreise frå sjukehuset var beskjeden frå «ammeekspertane» at eg skulle pumpe kvar tredje time, eit ambisiøst prosjekt når du kjem heim til kvardagen. Det er mykje å tenkje på med tre barn i ulike aldrar, og det har vore eit puslespel å få alt til å fungere. Pumpeutstyr fekk eg enkelt og greitt leige på helsestasjonen, og eg gav meg sjølv ei veker tid til å få orden på mjølkeproduksjonen. Håpet var at Bjørg igjen skulle kunne die rett frå brystet. Den første tida klarte eg kanskje å pumpe 3-4 gongar i døgnet, medan mjølkemengda gjekk gradvis ned. Eg hadde lita tru på akupunkturbehandlinga eg fekk før eg reiste frå sjukehuset. Intensjonen var å auke produksjonen, men kanskje skulle det fleire behandlingar til enn denne eine.

Eg skreiv loggbok for å følgje med på mjølkemengda. På kort tid gjekk døgntillegget frå 180 til 25 ml, og dette tok frå meg siste rest av motivasjon til å amme. Berre synet av pumpa fekk meg i dårleg humør, det var ikkje lenger meining i å fortsette det mislykka prosjektet. Eg må likevel seie meg stolt og fornøgd som stod i det ein heil månad, det var ikkje berre lett.

Bjørn fortel: Vi fekk ikkje oppgitt nøyaktig klokkeslett for oppmøte operasjonsdagen. Slik må det visst vere sidan akuttsituasjonar vil kunne rokke ved det planlagde operasjonsprogrammet. Sist med Birk skjedde nettopp det, medan denne gongen slapp vi ventetid. Det var kjekt å få tildelt ei jordmor som følgde oss heile vegen. Vi fekk forresten informasjon om at Berit ville få veslejenta til seg medan ho låg på operasjonsbordet, og at Bjørg og eg kom til å få vere på operasjonsstova lengre enn sist.

Så snart eg hørde jenta gråte bøygde eg meg fram for å sjå, ei rar men fin erfaring. Eg opplevde det meir naturleg denne gongen sidan ho raskt fekk kome hud-til-hud på Berits brystkasse, der ho låg bort i 20 minutt. Sist då Birk kom til var alt meir sterilt og kaldt. Han var som ein liten pakke, nesten ikkje synleg mellom handdukane, og vi forlèt operasjonsstova etter kort tid. Eg har berre positivt å seie om den nye ordninga, for eg har tru på at den første tida er særleg viktig og ikkje må undervurderast. Hadde det vore mogleg ville vi nok ha følgt med direkte til oppvavningsavdelinga, og unngått ventetida på barsel.

Så snart vi kom til «oppvakninga» fekk Berit veslejenta opp i senga. Om eg hugsar rett var jordmora innom for å hjelpe til med amminga. Etter få timar flytta dei til barselavdelinga, og eg køyrde heim til femåringen. Dei neste dagane klarte eg å få til eit par turar til sjukehuset.

Eg har inntrykk av at Berit under barseloppholdet gjerne ville klare amminga sjølv, eg trur ikkje ho tok i mot så mykje hjelp. Om det var difor brystvortene blei så såre er vanskeleg å

seie. Problema førte til at heimreisa heldigvis blei utsett. Etter fem dagar var vi alle klare til å starte tilpassing av ein ny kvardag heime. Helsestasjonen var raskare med å ta kontakt med Berit denne gongen. Dei ringde berre kort tid etter at vi var heimkomen, men eg veit ikkje om det var fordi dei visste om ammeproblema. Jordmor og helsesøster har begge vore på heimebesøk, og sidan eg var på jobb fekk eg ikkje møtt dei.

### *Om barnefars rolle*

Berit fortel: Bjørn har ikkje lagt seg særleg bort i amminga, trur ikkje han ser det som sitt felt, det er meir mi greie. Han kom på besøk to gonger medan eg var på barsel. Det viktige var at han tok seg av den sjuke femåringen heime, han måtte òg ein dag på jobb.

Det har vore god støtte i Bjørn etter at vi kom heim. Dei første dagane hadde han permisjon, noko som var utruleg godt og heilt nødvendig, for det tar tid før du er sjølvgåande etter eit keisarsnitt. Han har vore den som har henta mjølkeflaska og forsynt meg med pumpeutstyr. Når eg sat opptatt med å pumpe, var det Bjørn sin tur å ha kosestund med jentungen. Men, naturlegvis fell mykje på meg sidan han er på jobb heile dagen. Stort sett er det eg som står for matinga, sjølv om Bjørg har fått flaske heile vegen. Hans rolle har vore å avlaste med andre praktiske gjeremål. Sjølvsagt koker han flasker og tar bleieskift, men det blir mest at han konsentrerer seg om Birk, som krev sitt. Ja, Bjørn har utan tvil vore min næraste støttespelar denne tida, sidan vi heller ikkje har annan familie i nærleiken. Vi har både naboar og helsestasjonen i bakhand, men han blir den som tar den daglege støyten.

Bjørn fortel: Eg opplevde tida like etter fødselen som avslappande og fin med begge ungane. I ventetida, før vi fekk møte Berit igjen, sat eg åleine med barna. Med Birk var eg nok meir engsteleg enn avslappa, medan denne gongen klarte eg å roe ned og nyte stunda. Det å få sitje i kvilestolen og halde den vesle bylten i armane gjorde noko med meg, eg opplevde eit slags band mellom oss.

Mi rolle har vore meir ein støttefunksjon når det gjeld amming og mating, som å vaske opp flasker og utstyr. Det er sjølvsagt viktig å vere i lag om det, men det er og blir veldig mor-barn sentrert, eg ser meg sjølv meir på sidelinja. Eg prøver likevel å gjere det beste ut av situasjonen, og etter at Bjørg kom til deler vi meir på det daglege ansvaret for femåringen.

Eg har behov for å sette ord på ei sak som frustrerer meg, og det er fars høve til permisjon i samband med fødselen. Frå min ståstad er ikkje den første tida høgt nok verdsett. Den

lovbestemte permisjonen på 14 dagar, knytt til fødselen, gir ingen refusjon i trygdesystemet. I min situasjon gir det eit betydeleg inntektstap sidan arbeidsgjevar ikkje gir lønn i perioden. For meg ville økonomisk kompensasjon desse to veker betydd langt meir enn forlenga fedrekvote. Du får aldri tilbake den viktige første tida, både når det gjeld å bli kjend med barnet, og for å etablere den nye kvardagen. Eg ville sett pris på å kunne vere der for Berit utover dei fire første dagane. Til mindre ho har å tenkje på di betre er det for restitueringa etter keisarsnittet. Eg vil tru det gjeld like mykje for funksjonane som har med mjølkeproduksjonen å gjere.

#### *Utdrag frå pasientjournal*

Kvelden operasjonsdagen skriv barnepleiar at mor treng hjelp for å leggje barnet til brystet, medan jordmor noterer at ho meistrar dette sjølv. Etter to dagar er jenta lite sugevillig og får morsmjølkstillegg. Tredje dagen uttrykkjer mor at ho er trøtt og sliten og kan tenkje seg og vere i avdelinga i to dagar til slik at sår-stiftane kan fjernast, i tillegg er 5-åringen heime sjuk. Legen godkjenner ein dag ekstra. Same kveld er det dokumentert rikeleg mjølkeproduksjon, og mor beskriv at barnet er ivrig ved brystet. Natt til fjerde dagen er det hyppig amming og lite søvn på mor. Ho får råd og rettleiing knytt til mjølkespreng, barnets vekt har stabilisert seg. Mor startar å pumpe høgre bryst medan ho ammar hyppig på det venstre. Jenta er stort sett fornøgd med morsmjølmengda, men får òg litt tillegg gitt med kopp. Mor har tinga brystpumpe gjennom helsestasjonen. Ved heimreise får jenta, etter mors ønskje, mat av flaske.

I skriftleg rapport til helsestasjon og fastlege er det dokumentert at mor er i bra form etter fødselen. Hemoglobin på 8,5 gjer at ho blir tilrådd jerntilskott. Ho har såre brystvorter, pumper og gir morsmjølk/tillegg av flaske. Mjølkeproduksjonen er førebels lav, mor er innstilt på å amme igjen når produksjonen aukar og brystvortene helas. Ho tar sjølv kontakt med helsestasjonen for kontrollveging av jenta. Ho har frå tidlegare varierende ammeerfaring.

### **5.3 Eva og Eirik**

#### *Orientering om familiesituasjonen og årsak til keisarsnittet*

Eva og Eirik, eit ektepar i byrjinga av trettiåra, har barna Emil på 3 år, og Eira som kom til verda for vel 4 veker sidan, begge fødd ved keisarsnitt. To veker etter ultralydtermin blei det i første graviditet gjort forsøk på å sette fødselen i gong, utan hell. 16 dagar «på overtid» blei hastekeisarsnitt bestemt, men i roleg tempo. Denne gongen var håpet at fødselen skulle starte



spontant, at Eva skulle unngå igangsetjing og keisarsnitt. Ei veke etter terminen var det ingen fødsel på gong, forholda var ugunstige for igangsetjing, og Eira kom ved planlagt keisarsnitt.

Foreldreparet er begge utdanna i yrkesfagleg retning. Eva arbeidar innan omsorgsfeltet, medan Eirik har valt ein typisk mannsdominert yrkesveg, og driv eige firma. Han hadde permisjon, og var heime med familien første veka etter at Eira var fødd.

#### *Om tidlegare ammeerfaring*

Eva fortel: Ammeerfaringa frå sist var alt anna enn positiv. Eg hadde heilt frå starten opne sår og bløding frå begge brystvortene på grunn av feil sugeteknikk hos Emil. Etter tips frå ei veninne prøvde eg ammeskjold, og etter kvart betra situasjonen seg noko. På helsestasjonen var beskjeden at eg skulle sjå det ann, eit særst dårleg råd sidan smertene og sårheita berre auka på. Det viste seg etter kvart at det var soppinfeksjon eg hadde fått, så då Emil og eg fekk riktig behandling ordna alt seg, i alle fall for ei stund. Han var berre tre månader gamal då han fekk si første tann, det å amme blei aldri det same etter det, men eg heldt ut til han var eit halvt år. Alt i alt hadde eg vel 1-2 månader der amminga var ei fin oppleving.

Eirik fortel: Eg huskar godt frå sist gong då Emil blei amma. Alt frå starten hadde han galt sugetak og Eva fekk ekstremt såre brystvorter, men sett under eitt gjekk det ganske greitt.

#### *Om motivasjon og vilkår for å meistre amminga*

Eva fortel: Sidan morsmjølk er det beste for barnet ville eg sjølvsagt gjere det eg kunne for å gi Eira ein god start. Då eg gjekk gravid var det naturleg å tenkje på å skulle amme, sånn er det berre. Ammeerfaringa frå sist burde kanskje ha skremt meg, men eg var bestemt på å gi den ein sjanse. Likevel grudde eg meg, eg tenkte at blir det likeeins vil det aldri gå. Jordmora nemnde det med amming på ein av svangerskapskontrollane, men eg hadde ikkje behov for særleg informasjon, eg visste kva eg gjekk til, og det kunne umogleg bli verre enn sist.

Mi erfaring er at det generelt er mykje snakk om ammepress ute blant folk, at det skal ammast for ein kvar pris. Uansett, om eg skulle få same problema som sist, var eg bestemt på å avvikle amminga. Ei slik påkjenning ville eg ikkje klare ein gong til. Det er faktisk mogleg å overleve på morsmjølkstillegg, sjølv om det å amme er første valet. Det at sårheita gjekk raskt tilbake, og at mjølkeproduksjonen er på topp, har vore viktige motivasjonsfaktorar for å halde fram med å amme.

Eirik fortel: Eg var ikkje med på svangerskapskontrollane, dei tok Eva åleine, men eg leste gjennom informasjonsbrosjyrane ho fekk. Om hefta kom i hus i dette svangerskapet, eller då vi venta Emil, er eg forresten usikker på. Eg kan ikkje seie at det eg leste om amming blei lagt så hardt på minne -eg set min lit til Eva på det feltet.

Sjølvsagt var eg spent på om Eva kom til å bli like sår på brysta denne gongen. Ja, den tanken streifa meg, men uansett var innstillinga å ta det som måtte kome. Eg hadde likevel ei tru på at det skulle gå, og at Eira også skulle få den viktige morsmjølka.

#### *Om foreldras oppleving av keisarsnittet og den tidlege ammeprosessen*

Eva fortel: Først morgonen operasjonsdagen blei vi informert om at dei ville leggje til rette for at mor og barn fekk vere saman over tid på operasjonsstova. Sist, med Emil, fekk eg berre så vidt sett han før dei for av garde, så dette var noko nytt for å betre ammestarten.

Då Eira var fødd blei ho tørka og lagt naken direkte på brystkassa mi, med berre ein handduk over. Det var ikkje lenge vi låg slik, sidan eg blei kvalm og kjende meg dårleg, trur eg fekk eit blodtrykksfall. I tillegg opplevde eg at det blei for liten plass på brystet mitt, det var ubehageleg trongt å ha jenta liggande der, utan sjølv å kunne bevege seg. Dei var raske med å fjerne henne, slik at dei fekk konsentrere seg om meg. Det viste seg også at Eira var blitt litt nedkjølt, så dei pakka ho godt inn og køyrde over til barselavdelinga. Det er mogleg eg hadde opplevd hud-til-hud kontakten annleis om eg ikkje hadde vore kvalm, men for min del kunne eg vore forutan. Eg skjønar likevel at dei vil ha mor og barn saman, særleg for ammestarten sin del. Uansett bør det vere opp til kvar og ein, sjølv kor tilrettelagt ein får det.

Då vi på nytt var samla, i oppvåkingsavdelinga, fekk eg Eira til meg, og der blei ho liggande fastlimt til brystet. Etter ei stund var det likevel godt med litt tid for seg sjølv, få høve til å lukke augo og slappe av, før eg skulle flyttast til barselavdelinga.

Eira sov storparten av det første døgnet, ho var berre så vidt vaken for å suge av og til. Eg hadde henne hos meg under heile opphaldet, og det var berre operasjonsdagen eg trengde hjelp for tilrettelegging ved amming. Dagen etter keisarsnittet var eg på beina, og frå då av klarte eg meg sjølv. Personalet var innom av og til, sidan dei ikkje hørde noko frå meg ville dei sjekke at vi hadde det bra. Eg ønska det slik, hadde behov for å styre meg sjølv utan innblanding.

Allereie andre dagen blei brystvorter også denne gongen svært såre, frøkna dia intens og lenge. Eg fekk «ekspertane» til å observere under amming for å kontrollere at ho hadde riktig sugetak, og det hadde ho. Uansett var eg litt usikker så det var greitt med ei ekstra vurdering. Eira jobba ivrig med å få opp mjølkeproduksjonen, som kom for fullt heimreisedagen, tre dagar etter fødselen. Eg kjende meg reiseklar, og lengta eigentleg heim til brystskjolda mine. På sjukehuset var det berre å bite tenna saman sidan eg fekk beskjed om å vente med skjolda til mjølkeproduksjonen var godt i gong. Før eg reiste var operatøren innom, og eg fekk samtale med jordmor. Sidan det var nummer to var det mindre viktig for meg denne gongen.

Når det gjeld amminga har eg eigentleg vore min eigen støttespelar også etter at vi kom heim. Eg har ikkje hatt behov for rådgjeving verken frå mora mi eller helsestasjonen, alt har gått så fint. Eg er tryggare på meg sjølv denne gongen, erfaringa frå sist gjer at sjølvtiliten er ein heilt annan. Eg visste kva eg gjekk til, korleis det ter seg når det fungerer og når det ikkje fungerer.

Helsesøster kom tidleg på heimebesøk, alt etter tre dagar, og sår-stiftane fekk eg utan problem fjerna ved legesenteret. Eg kjende meg rett og slett sprek denne gongen, det var så vidt eg kunne vente med dei tyngre løfta. Snart vil eg kome meg ut å begynne og trimme igjen, men mora mi meiner eg er for ivrig og ber meg ta det med ro.

Mi erfaring er at Eira takla fint å die både med og utan skjold. Etter eit par veker var såra på brystvortene grodd, og eg kunne kutte ut dei gode hjelperane. Skjolda har vore ei viktig støtte for meg i starten, eg vil seie det så sterkt at dei har redda amminga både no, og sist med Emil. Alle burde eigentleg få informasjon om at det finst eit slikt alternativ.

Emil gjekk raskare opp i vekt enn Eira i starten, om det var mjølkekvaliteten eller mjølkemengda si forteneste er eg usikker på. Han var ein retteleg «plugg» som baby, og la på seg ein halv kilo første dagane etter heimkomst frå sjukehuset, medan ho gjekk opp skarve 70 gram.

Eirik fortel: Sidan keisarsnittet allereie var blitt utsett ein gong, hadde eg lita tru på at noko ville skje på operasjonsdagen. Den kjensla varte eigentleg heilt til vi var i heisa, på veg til operasjonsavdelinga. Medan eg venta på at dei klargjorde Eva, gjekk jordmora gjennom det som skulle skje. Hovudfokus var at barnet skulle følge mor, så godt det let seg gjere.

Sist fekk eg ikkje vere med på keisarsnittet, og opplevde eigentleg inngrepet meir brutalt enn forventet, dei nærmast reiv og sleit i Eva. Det overraska meg òg at det var såpass mange til stades, vi var ein heil gjeng inne på operasjonsstova. Når det er sagt imponerte teamet med fagfolk meg. I tillegg til høg profesjonalitet, var dei positive og hyggelege på alle måtar. Då Eira endeleg var fødd følgde eg jordmora ut på eit siderom for å tørke henne. Vi hadde forresten både jordmor og jordmorstudent med, og studenten var den som ordna det meste. Ho var trygg og flink, og møtte oss på ein god måte. Før vi gjekk inn igjen til Eva fekk eg klippe resten av navlestrengen. No var målet at jenta skulle ligge hud-til-hud på mors bryst. På grunn av alle leidningane viste det seg å bli for vanskeleg, og etter mykje fram og tilbake blei heile prosjektet avslutta. Eg sat for det meste og observerte det som skjedde og tenkte at det må nesten vere betre å late far ta seg av den nyfødde fram til mor er ferdigoperert. For oss begge blei det meir kaos og rot enn ei positiv hending, som sagt let det seg heller ikkje gjennomføre etter planen. Eira blei dessutan veldig kald, så då bestemte vi oss for å gå til barselavdelinga. Sist gong blei Emil og eg plassert i ei travel fødeavdeling, og jordmora hadde så vidt tid til å stikke innom, medan denne gongen fekk vi vere i den rolege barselavdelinga. Barnepleiaren som såg til oss hadde god tid, dessutan kjende vi ho frå før.

Om lag ein og ein halv time etter vi forlèt operasjonsavdelinga var vi igjen samla, alle tre. I oppvåkingsavdelinga fekk Eira kome til brystet med ein gong. Då var fokuset eine og åleine å få «kjørt i gong» mjølkeproduksjonen. Både barnepleiaren, jordmora og sjukepleiaren var i tur og orden innom for hjelp og støtte, dei bekrefta at Eiras sugetak var perfekt frå første stund. Det tok ikkje lang tid før vi fekk flytte til barsel, eg blei eigentleg overraska over at det gjekk så fort og greitt.

Under barseloppaldet var Eva for det meste sjølvhjelp, det meste gjekk glatt, også amminga. Personalet kom innom meir for å sjå om dei var «i live», sidan ho sjølv aldri tok kontakt. Vi hadde meir kontroll med det som skulle skje denne gongen. Mi oppleving er at vi var meir reflektert over vår eigen situasjon, tok omsyn til egne behov, og ikkje let oss styre av «ekspertane» på same måte som sist. Når det er sagt erfarte vi denne gongen profesjonell støtte frå absolutt alle, og sett under eitt har eg ingenting å utsette på sjukehusoppaldet.

Helsesøster kom på besøk tredje dagen etter vi kom heime frå sjukehuset. Ho gjekk vel eigentleg gjennom det same som sist, men nokre brosjyrar var kanskje nye. Eg trur Eva fekk den informasjonen ho trengte, og på helsestasjonen er det opne dører, så då kan ein vel ikkje ønskje så mykje meir. Ingen kan vere tankelesar, så eg meiner Eva sjølv er den som har

ansvar for å ta kontakt om det skulle oppstå problem med amminga. Ho har forresten nytta seg av tilbodet allereie, for vektkontroll av Eira. Få dagar etter vi var heimkomen frå sjukehuset, viste det seg at ho ikkje hadde gått opp meir enn kanskje 90 gram.

### *Om barnefars rolle*

Eva fortel: Eirik og eg snakka lite om amming då eg gjekk gravid, det einaste eg nemnde var håpet om at det skulle gå betre enn sist. Eg har inntrykk av at Eirik ønskjer å halde seg på sidelinja når det gjeld amminga, det ligg utanfor det han reknar som sitt område, ikkje ønskjer eg at han skal involvere seg heller, sånn direkte. Når eg tenkjer etter bad eg Eirik av og til om å dobbeltsjekke om Eira hadde riktig sugetak, han lærte seg nemleg den kunsten sist, at det var viktig at ungen brukte heile kjeven og ikkje berre truten. Etter at vi kom heim har eg nok dirigert han til å hente ting, og til å utføre ulike oppgåver.

Eg opplevde det veldig fint å ha Eirik med under keisarsnittet. Sist med Emil fekk han ikkje vere med, endå det var eit såkalla planlagt hastekeisarsnitt. Det var godt å vite at han hadde omsorg for Eira i ventetida, frå keisarsnittet til eg fekk møte ho igjen i oppvavningsavdelinga. Far har ei viktig rolle i å tilby brystkassa si for direkte hud-til-hud kontakt med den nyfødde.

Sist var Eirik i lag med oss på sjukehuset heile tida, utanom på natta. Denne gongen kom han eit par turar for dag, situasjonen er ein heilt annan når du også har ein treåring å ta hand om.

Eirik fortel: Etter fødselen fekk eg sitje i ein kvilestol med ei lita naken jente på brystkassa. Som sist låg ungen hud-til-hud med meg for å halde betre på kroppstemperaturen. Eg trur vi sat der over ein time, Eira og meg, eg var overraskande roleg og avslappa denne gongen. Det er kanskje galt av meg å seie det, men sist, med Emil, var det ikkje noko særleg. Eg sat stiv som ein stokk utan å røre ein finger, i redsle for å skade han. Du veit meir kva du går til med nummer to, det gir ein heilt anna tryggleik. I oppvavningsavdelinga var det om å gjere og få amminga i gong, då kjende eg meg meir som ein statist, blei ståande å sjå på – og vente. Einaste rolla eg hadde var å justere senga til Eva, slik at ammestillinga blei betre.

Dagane i barselavdelinga gjekk ut på å vere der for Eva. Hjelpe til med småting som å leggje Eira til brystet, hjelpe Eva så ho fekk snudd seg, og justere senga opp og ned. Det var godt for henne å sleppe og tilkalle personalet støtt og stadig. For meg var det viktig å vere der, gå til hende, ja rett og slett gjere det eg fekk beskjed om. Akkurat den første tida opplever eg eit veldig sterkt band mellom mor og barn, eg blir nærmast som eit bakteppe. Kanskje var eg

meir utilpass i denne rolla sist, no var eg meir budd. Samtidig hadde eg fleire oppgåver denne gongen, ikkje minst å vere der for eldstemann. Det blei i tillegg mykje køyring mellom heime, sjukehuset, barnehagen og besteforeldra. Sidan vesla stort sett søv og åt, har eg ein mistanke om at Eva i periodar kjeda seg, ho sette pris på at eg var til stades og heldt ho med selskap.

Første veka etter fødselen var eg heime frå jobb, då trengtes eg til dei praktiske gjeremåla. Eg kokte ammeskjold og henta det Eva måtte trenge. Slik eg ser det har likevel den viktigaste oppgåva mi denne første tida vore å følgje opp han som no er blitt storebror. Vi har også vore opptatt av å bytte litt på rollene, slik at Eva har fått tid saman med Emil, medan eg har tatt meg av Eira. Elles har Eva vore såpass sprek at ho har ordna det meste sjølv, eg har nærast kjent meg overflødig. Hadde smerteterskel vore lågare, og ho mindre mobil, trur eg rolla mi hadde vore ei anna. I den grad Eva treng hjelp i kvardagen, enten det er knytt til amminga eller andre ting, ser eg likevel meg sjølv som den næraste støttespelaren.

#### *Utdrag frå pasientjournal*

Det er dokumentert at amminga sist var problematisk, med sære brystvorter og behandling for soppinfeksjon. Ho amma då i 6 månader, og har ønskje om å amme også denne gongen.

Operasjonsdagen har mor og barn hatt direkte og uforstyrta hudkontakt, og barnet har dia fleire gonger ved oppvavningsavdelinga, og etter overflytting til barsel. Dagen etter er ho beskriven som svært sprek, har barnet hos seg heile tida og er sjølvhjulpen med amminga. Ho begynner å bli sår på brystvortene, som sist, det er anbefalt tvillingstilling ved amming.

Barnets journal inneheld lite informasjon, forutan eit notat operasjonsdagen, som fortel at jenta har optimalt leie ved brystet, som ho grip med vidopen munn. Ho syg med djupe kjevetak og er etter amming roleg og vak. Ved utreise regulerer jenta måltida sjølv.

I rapporten til helsestasjonen står det at mor har vore særleg sprek etter keisarsnittet, at operasjonssåret er fint og at sår-agraffane skal fjernast ved eige legekantor. Mor har relativ god ammeerfaring, amma 6 månader sist, men sleit med sære brystvorter. Ho er også sår denne gongen og brukar salve. Barnet har godt sugetak.

## **5.4 Hanne og Håkon**

### *Orientering om familiesituasjonen og årsak til keisarsnittet*

Sambuarparet Hanne og Håkon er i overgangen til trettiåra. Dei har to gutar, Henrik på 4 år,

og snart sju veker gamle Harald. Første fødselen enda med hastekeisarsnitt. På trass av vonde rier blei det stopp i fødselsframgang, i tillegg til at smertelindringa mislukkast. På bakgrunn av tidlegare fødselsoppleving fekk Hanne, om lag to månader før ultralydterminen, innrømme planlagt keisarsnitt. Harald blei fødd 10 dagar før termin.

Foreldreparet har begge høgare utdanning, dei arbeider innan undervisning og rådgjeving. Håkon hadde 14 dagar omsorgspermisjon i samband med fødselen.

### *Om tidlegare ammeerfaring*

Hanne fortel: Med førstemann gjekk det fint, eg amma i 8 månader, og det første halvåret fekk Henrik berre morsmjølk. Eg hadde litt såre brystvorter dei første 2-3 vekene, men det var ikkje noko problem, og eg sit igjen med ei gjennomgåande god oppleving av ammeperioden. Mjølkeproduksjonen var god, og vi veksle mellom å amme og gi på flaske. Eg pumpa og fraus ned mjølk. Den henta Håkon ut seinare og gav Henrik, når eg var trøytt og sliten. For å kunne slanke meg og trene meir kom etter kvart ønskje om å avvikle amminga.

Håkon fortel: Amminga sist var heilt vanleg, utan kolikk eller andre problem, og eg opplevde ammeperioden svært positiv. Sidan eg ikkje var i fast arbeid, blei det ein unik sjanse for oss til å vere saman om prosjektet. Vi fordelte oppgåvene mellom oss, og eg tok ansvar for «nattamminga». Hanne hadde på førehand pumpa ut morsmjølk, som eg gav på flaske.

### *Om motivasjon og vilkår for å meistre amminga*

Hanne fortel: I utgangspunktet vegra eg meg for i det heile å bli gravid igjen etter nummer ein, fødselen ser eg tilbake på som eit langt og vondt mareritt. Når eg så blei gravid var svangerskapet alt frå starten vanskeleg, det gjorde tankar på amming heilt fråverande, i alle fall dei første 8 månadane. All energi gjekk med til å tenkje på at det kanskje ikkje ville gå bra med fosteret, sidan eg hadde fleire blødingar og andre komplikasjonar.

På svangerskapskontroll, hos jordmor, var vi så vidt innom det med amming. Eg var motivert og innstilt på å amme også denne gongen, berre det først gjekk bra med graviditeten. Sidan erfaringa frå sist var positiv hadde eg ikkje behov for å snakke meir om dette. Då det nærma seg termin kom dei lyse tankane på det som venta, og ammeerfaringa frå sist blei ein viktig motivasjon. I tillegg leste eg mykje om amming før Henrik kom til, og eg lærte om morsmjølkas gunstige verknad på barnet, og særleg på immunforsvaret. Det å amme er naturleg, og som mor er det ei plikt å gjere det som er best for barnet.

Håkon fortel: Denne gongen visste eg alt eg trengte å vite om amming, for eksempel at babyen må få mat når det passar han, og ikkje etter fastlagde rutinar. Sidan vi hadde god erfaring frå sist var ikkje amming samtaletema mellom Hanne og meg i dette svangerskapet. Mitt fokus har stort sett vore på at Harald skal få morsmjølk i minst tre månadar. Den fremste grunnen er at han skal få tilgang på dei viktige immunstoffa. Alt som var å bekymre seg for gjorde vi ifrå oss med førstemann, denne gongen har vi begge hatt ein heilt annan tryggleik.

På grunn av jobbsituasjon har det ikkje vore høve for meg å delta på svangerskapskontrollane, så eg kan ikkje seie om amming blei omsnakka der. Eg opplevde heller ikkje behov for informasjonspåfyll om amming denne gongen.

I motsetting til sist har eg no fast arbeid, og måtte tilbake på jobb etter 14 dagar. Reisevegen er lang, og eg må vere opplagt når eg set meg i bilen om morgonen, det har difor ikkje vore like enkelt som sist å bidra nattetid. Vi har løyst det på den måten at Hanne også ammar om natta, men at eg bringer Harald til henne.

#### *Om foreldras oppleving av keisarsnittet og den tidlege ammeprosessen*

Hanne fortel: Dagen før keisarsnittet reiste eg og Håkon til sjukehuset for innskriving og førebuing. At vi skulle bruke fem timar er uforståeleg, og burde vere unødvendig. Effektiv tidsbruk var kanskje 30-40 minutt, og ventetida over fire timar. Stemninga var god, noko som letta situasjonen for meg som, etter opplevinga sist, hadde vanskar med å skulle opphalde meg på sjukehuset. Eg valde å ta natta heime, sidan eg var frisk og i god form.

Operasjonsdagen starta som ei heilt vanleg morgonstund i lag med Henrik. Eg kunne kjenne på ein melankoli sidan eldstemann var så fornøgd med tilveret som einebarn, korleis ville det bli for han når det no skulle kome ein «konkurrent». Han på si side var berre glad, og kunne ikkje vente med å få helse på sin nye veslebror.

Førebuinga til operasjonen gjekk raskt, vi var ikkje lenger enn 30 min i fødeavdelinga før vi gjekk til operasjonsstova. Atmosfæren var god, og eg gløymer ikkje den fine måten anestesilegen møtte meg på. Han sa at han skulle sette spinalbedøvinga på den måten han sjølv ville ønska den, om det var han som skulle opererast. Alt gjekk veldig fint, sjølv om blodtrykket låg jamt lavt under inngrepet, og gjorde at eg i periodar kjende meg svimmel. Få minutt etter operasjonsstart kunne eg høyre Harald gråte for første gong. Jordmor løfta han direkte til ansiktet mitt. For meg blei det ei ubehageleg oppleving sidan eg samtidig fekk



blodtrykksfall og blei kvalm. Eg trur det hadde vore betre om guten først blei tatt til sides, tørka og klargjort, før eg fekk han til meg. Den kraftige lukta av fostervatn og blod var ikkje akkurat gunstig for kvalmen. Eg måtte faktisk be Håkon ta guten slik at eg kom meg til hektene igjen. Dei sat hos meg ei stund før dei returnerte til barselavdelinga.

Etter operasjonen flytta eg til oppvåkingsavdelinga, og så snart Håkon og Harald var tilbake fekk eg guten opp i senga til meg. Jordmora forsøkte å hjelpe han til brystet, men han var trøyytt og lite interessert. Dette varte ved heile det første døgnet. Eg bekymra meg sidan han dia så lite, men jordmora roa meg og sa at han ville ta igjen det tapte når han berre vakna til.

Det einaste som plaga meg denne gongen var urinkateteret. Etter at spinalbedøvinga gjekk ut av kroppen blei det direkte smertefullt, likevel var det liten vilje frå lege og jordmor til å fjerne det operasjonsdagen. Først mot kvelden gjekk dei med på å ta det ut. Etterpå kjende eg meg som eit nytt menneske, og eg trur det ville vore vanskeleg å klare og amme med kateteret liggande inne.

Eg opplevde det godt å ha Harald i senga hos meg heile tida, sjølv om det først var morgonen etter operasjonen han viste tydeleg interesse for brystet. Det stemte det jordmora sa, at han ville ta igjen det tapte når han vakna til. Frå no av dia han hyppig, det gjekk mindre enn to timar mellom kvart måltid. Eg klarte meg stort sett sjølv, men opplevde at det var hjelp og støtte å få om eg trengte det. Denne gongen har alt vore ein gledesrus, eg har i motsetning til sist kosa meg i barselavdelinga. Eg sit igjen med ei positiv oppleving, slik som det eigentleg skal vere, og trur endåtil noko av det vonde og vanskelege frå sist har bleikna.

Allereie andre dagen etter keisarsnittet kunne eg få reise heim, men sidan vi fekk familie tilreisande same dag bestemte vi oss for å utsette heimreisa til dagen etter. Før vi drog frå sjukehuset kom jordmora for å snakke med meg. Det blei ingen samtale slik som sist, då jordmora sette seg ned og inviterte meg til dialog om fødselen. Denne gongen tok ho seg ikkje tid, ho blei ståande å ramse opp informasjon og råd som var utan verdi for meg.

Det var kjekt med besteforeldra på besøk. Dei var flinke til å hjelpe til, sjølv om det av og til blei litt hektisk. For å få ro, men også for å unngå å måtte amme «offentleg», valte eg å trekkje meg tilbake på eige rom. Eg likar å vere einsam med Harald når eg ammar, ja Håkon og Henrik er sjølvsagt velkomne.

Som sist, vekslar eg mellom å amme og gi pumpemjølkk på flaske. Harald var under 3 kilo då han blei fødd, og hadde liten energi til å suge. I starten dia han ofte, men i korte økter. Eg fekk stort overskot av mjølkk, som eg pumpa ut og fraus ned. Det fungerer fint å veksle mellom bryst og flaske, ein stor fordel sidan det gjer det enklare for Håkon å avlaste meg.

Eg trur ikkje at ei kvinne må gå gjennom ein vaginal fødsel for å vere ei god mor, og for å elske barnet sitt. Eg var ikkje villig til å prøve vaginal fødsel etter opplevinga sist. For meg har prosessen rundt keisarsnittet fungert fint, og eg kjenner meg nært knytt til Harald.

Håkon fortel: Dagen før keisarsnittet skulle vi møte på sjukehuset for informasjon og opptak av journal. Erfaringa frå sist gjorde det vanskeleg for Hanne å bevege seg inn i fødeavdelinga. Hendinga og kjenslene har vore så fastlåste at det var umogleg for henne å snakke om det i svangerskapet. 2-3 månader før termin blei det bestemt at fødselen skulle skje ved planlagt keisarsnitt, det gjorde livet langt lettare, og Hanne blei igjen ei glad jente.

Operasjonsdagen gjekk alt på skinner frå morgonen av. Opplevinga blei fantastisk, og saman med gleda over å sleppe lidinga og smerten som sist, kjende vi oss privilegerte. Sist gong var det akutt, og i løpet av tre minutt var Henrik «kasta» ut av livmora. No derimot tok dei seg god tid i ein avslappa atmosfære, trur det tok nærmare 20 minutt, og eg hadde rikeleg tid til å filme seansen. Alt i alt ei magisk oppleving.

Straks Harald kom til verda løfta jordmor guten direkte til Hanne, trur det blei i meste laget, sidan ho på førehand kjende på lett kvalme. For vår del hadde det vore betre om dei brukte nokre minutt ekstra på å tørke og stelle guten, før Hanne fekk han til seg. Mitt forslag er at vi hadde tatt Harald direkte til rommet ved sidan av, for å ordne med navlestrengen og tørke han, for så å samlast hos Hanne. Etter nokre minutt fekk eg òg ein reaksjon kor eg blei svimmel, og måtte leggje meg ned med beina høgt nokre minutt. Heldigvis oppheldt vi oss på siderommet, der eg fekk hjelp av jordmor og barnepleiar. Det hadde ikkje så mykje å seie, men eg trur forklaringa er at eg stod oppreist og filma heile operasjonen, i tillegg til den intense lukta av blod og fostervatn. Før vi følgde jordmor til barselavdelinga forsøkte vi å feste Harald på brystet, men utan hell.

Dei timane Hanne låg til observasjon prøvde vi også å leggje Harald til brystet. Han var ikkje særleg ivrig, men fekk nok litt i seg. Eg trur kanskje det tar litt tid før morsmjølka kjem i gong

etter eit planlagt keisarsnitt. Kroppen må starte produksjonen frå ingenting, medan prosessen ved vanleg fødsel går over fleire timar.

Ettermiddagen operasjonsdagen flytta vi direkte til familierommet. Det var inga sjølvfølgje at vi kunne prioritere slik med ein 4-åring heime, men sidan foreldra til Hanne var buande hos oss fekk vi det heldigvis til. I og med at amminga etter kvart gjekk greitt hadde ikkje Hanne behov for rettleiing og hjelp frå personalet, anna enn for smertelindring.

Tredje dag var vi klar for heimreise. Vi kunne dratt kvelden før, men sidan besteforeldra budde hos oss valte vi ein siste, roleg kveld på sjukehuset. Eg kan ikkje minnst at vi fekk med oss skriftleg informasjon om amming før vi reiste, i alle fall ikkje noko eg har lese.

Sett under eitt stod tida stille desse dagane på sjukehuset, det var glede, ja alt var glede. Sist gong var det òg glede, men berre fordi vi fekk vår førstefødde, og at alt gjekk bra til slutt. Som eg har sagt tidlegare var den prosessen forferdelig, ei traumatisk oppleving som gjorde at vi begge sat igjen med blanda kjensler.

#### *Om barnefars rolle*

Hanne fortel: Vi fekk ha familierom under heile barseloppaldet, og det å ha Håkon buande i lag med meg var heilt nødvendig. Eg er ikkje glad i å vere på sjukehus, og det at han var der heile tida var til psykisk støtte. Han tok seg også av Harald når eg var i dusjen, og han var den som la til rette for amminga. Vi hadde nokre fine dagar i lag, fekk ein uvanleg god start.

Sambuaren min er nesten den som har vore mest opptatt av amminga. Han er bestemt på at eg må amme Harald i minst 3 månader, men helst til han blir eit halvt år. Sjølv sagt har det ikkje vore noko press, men Håkon gjer sitt til at det skal vere minst mogleg belastande for meg å amme. Det er han som løftar Harald over i senga mi om natta, og det er han som tar bleieskiftet. Ja, han støttar meg på alle moglege måtar.

Håkon fortel: Kort tid etter fødselen fekk eg Harald i armane. Det var ei fantastisk oppleving og betre enn sist, sidan eg den gongen var så trøyt at eg sovna. Eg kjende på ei ro medan eg sat og beundra den sovande sonen min. Sist fekk eg Henrik naken på brystkassa, slik var det derimot ikkje denne gongen.

Motivasjonen for å bu saman med Hanne under opphaldet var først og fremst mitt eige ønskje, eg ville være der i lag med henne og guten. Sidan det å bevege seg er ei utfordring i etterkant av ein større operasjon, var det også mykje å hjelpe Hanne med, særleg dei første to dagane.

Det er viktig å dele på ansvaret, og slik eg ser det blir mi rolle å gjere det eg kan for å lette ammejobben for Hanne. Det er ho som fysisk må amme, men eg kan halde guten, gi han til henne og hjelpe med alt det nødvendige. Sidan Hanne har ryggvondt er det eg som sprett opp om natta for å løfte guten over til henne. Av og til gir eg Harald mjølk av flaske, og når Hanne er heimanfrå blir min funksjon meir tydeleg, då har eg totalansvaret for «amminga». Det er ingen problem at ho tek seg ein tur ut, på trening eller for å treffe veninner, då tek eg meg av gutane. Slik eg ser det er eg den næraste støttepersonen, også på ammeområdet.

Som avslutning har eg lyst til å seie noko om kjensler som kan melde seg når Hanne sit og ammar. Når Harald løfter blikket og ser kontaktsøkande på henne, kan eg av og til kjenne på ein form for sjalusi. Dette er noko eg også gjerne ville opplevd, men slik er det, det å amme gir mor og barn ei heilt unik binding.

#### *Utdrag frå pasientjournal*

Kvelden operasjonsdagen klager mor over smerter knytt til urinkateteret, som etter kvart blir fjerna. Ho har sterke smerter i magen 1-2 døgn etter operasjonen, og treng ekstra smertelindring, er likevel sprek og oppe og går. Operasjonssåret er fint.

Barnet vil ofte ha mat, og er flink til å sugе. Foreldra ordnar sjølv med å leggje barnet til brystet. Dei har guten hos seg under heile opphaldet, og kjenner seg klar for heimreise tredje dag. Ved utskrivning er han sjølvregulert på morsmjølk, og amminga går fint.

## 6 God ammestart – også ved planlagt keisarsnitt

### 6.1 Innleiing til drøfting

Dei fire narrativa viser ei fortetta framstilling av foreldrepara sine opplevingar med ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt. Konstruksjon av foreldra sine forteljingar er organisert i ulike temaoverskrifter, der framstillinga er kronologisk. I etterkant av kvart narrativ kjem eit utdrag frå kvinna sin fødejournal frå opphaldet i føde-barselavdelinga. Enkeltdelane utgjer til saman eit kasus, men både individuelle erfaringar og det som er felles blir løfta fram for å belyse problemstillinga. Kjernen i problemstillinga er korleis foreldre opplever ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt. Kva meiner foreldra har hatt betydning for deira oppleving av ammeprosessen, før, under og etter fødselen? Analysen og drøftinga tar sikte på å gi auka innsikt i, om og på kva måte foreldre opplever amming som ein prosess. Gjennom heilskaplege, individuelle forteljingar kan helsepersonell få auge på foreldreparet i den ammande familien. Hovudtrekka i kunnskapen som kjem fram blir summert i oppgåvas avsluttande kapitel.

I metodedelen gjorde eg greie for framgangsmåten, både for den narrative analysen og for analyseprosessen frå narrativ til berande element, kvar med sine underkategoriar. I tabellen under presenterer eg dei tre berande elementa og dei elleve underkategoriane. Dei er blitt til gjennom eit samspel mellom foreldreforteljingane, problemstillinga og forskingsspørsmål, med støtte i tidlegare forskning og det teoretiske bakteppe. Dei berande elementa har i større grad enn dei beskrivande erfaringane fått eit teoretisk uttrykk (jf. Leiulfslrud og Hvinden 1996: 232). Intensjonen er likevel å bruke eit enkelt og tydeleg språk. Der det er høveleg, tar eg i bruk direkte sitat frå foreldra for å levandegjere deira stemmer. I tillegg er hensikta å gi empirien eit meir autentisk uttrykk og ei meir dynamisk framstilling. Sitata er utheva med kursiv, der lengre sitat tydeleg er utskilt frå den resterande teksten.

Tabellen under gir oversikt over dei berande elementa og underkategoriane slik dei blir presentert kapitelvis i drøftinga. Tyngdepunktet i erfaringsmaterialet ligg i berande element II: *Foreldre i møte med ekspertsystem*. Svangerskapsomsorga ved jordmor, og helsestasjonstenesta ved helsesøster og kommunejordmor, får i mindre grad merksemd. Sjukehus, og framfor alt føde-barseleiningar, er den fysiske staden foreldra oppheld seg i samband med ein keisarsnittfødsel og den tidlege fasen i ammeprosessen. Under berande element I: *Amming – naturleg og sjølvsgt* er merksemda på korleis samtalar om amming

skjer. Berande element III: *Amming og foreldreskap* omfattar foreldresamarbeidet, med vekt på fars rolle i «ammeteamet».

Oversikt over dei berande element og underkategoriane:

| Nr.       | Berande element                   | Underkategoriar til berande element  |
|-----------|-----------------------------------|--|
| I (6.2)   | Amming – naturleg og sjølvsgagt   | 6.2.1 Amming – både naturleg og normalt<br>6.2.2 Samtale om amming<br>6.2.3 Tidlegare ammeerfaring<br>6.2.4 Når amminga blir mekanisk                          |
| II (6.3)  | Foreldre i møte med ekspertsystem | 6.3.1 Foreldras møte med sjukehuset før keisarsnittet<br>6.3.2 Hud-til-hud kontakt – tilbod eller norm?<br>6.3.3 Barselopphald – på godt og vondt              |
| III (6.4) | Amming og foreldreskap            | 6.4.1 Barnefar i møte med den nyfødde<br>6.4.2 Vi opplever oss som ei eining, men ...<br>6.4.3 Å vere far til det diande barnet<br>6.4.4 Det er «vi» som ammar |

## 6.2 Amming – naturleg og sjølvsgagt

Språket, både skriftleg og munnleg, har mykje å seie for korleis fenomenet amming, og det å amme, blir forstått i samfunnet. Korleis amming blir omsnakka i folks kvardagsliv, vil i stor grad spegle politikken og samfunnet elles. Ammediskursen blir skapt av aktørane, men dei er igjen eit produkt av samfunnet. Individ og system er også på dette området gjensidig avhengige av kvarandre.

### 6.2.1 Amming – både naturleg og «normalt»

Offentlege føringar er tydelege på kva næringskjelde som er å føretrekkje for spedbarnet. «*Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen*» løftar fram ammingas sentrale plass i det norske kostholdet (Helse- og omsorgsdepartementet 2007: 35). Planen legg vekt på tiltak som vil fremje helse, og førebyggje sjukdom hos barnet, både no og seinare i livet, og morsmjølkas udiskutable helseressurs er breitt dokumentert (Horta et al. 2007; Løland mfl. 2007). Det blir lagt vekt på at ein skal oppretthalde, og styrke den positive ammekulturen som

alt finst. Helsepersonell vil vere opptatt av å følgje dei gjeldande nasjonale tilrådingane, som seier at spedbarn bør få morsmjølk som einaste næring dei første seks levemånadane, og at amminga bør oppretthaldast gjennom heile første leveår (Helsedirektoratet 2001: 13). Helsepersonell si plikt til å følgje opp den offisielle ammepolitikken, og kunnskapen dei har om amming, gjer også maktperspektivet aktuelt. Føde-barselavdelingar, ved sidan av helsestasjonar og nyfødd-intensivavdelingar, er institusjonar som er sett til å utføre ammepolitikken (Nasjonal kompetansetjeneste for amming 2007; Statens helsetilsyn 1996). Merksemd på «bryst er best» er utbreidd i det norske samfunn, både i offentlege føringar, blant helsepersonell, i familien og i det opne rom. Det er mange som har noko dei skulle sagt om amming. Forventninga er at spedbarn skal få den verdfulle og naturlege morsmjølka. Hellesnes (2003: 67-72) påpeiker faren med å nytte normalitetsomgrepet på stadig fleire livsområde. Det som er «normalt» blir ofte også det gjeldande.

Alle fire foreldrepara var opptatt av amming og at barna fekk nyttiggjort seg morsmjølka. Dei beskrev amming som naturleg, normalt og sjølvsgt. Sitat frå kvinnene kan belyse innstillinga og motivasjonen:

Anne: *Det var heilt naturleg for meg å tenkje å prøve å amme (...), ...det har ikkje vore noko tema å ikkje gjere det, nei.*

Berit: *Det er no det vi brukar å gjere ...eigentleg, og det er det enklaste,(...), og eg har vore van med at det har kome masse mjølk.*

Eva: *...sånn er det berre, tenkjer eg..., det er det beste har ein hørt, og då gjer ein jo det ein kan, ...eg tenkte i grunnen ikkje på noko alternativ.*

Hanne: *Eg hadde ikkje ein tanke for amminga dei første åtte månadane,... men når eg forsto at det gjekk fint med svangerskapet, ...og at eg fekk fastsett dato for keisarsnittet kunne eg slappe av, ...og eg var heilt klart innstilt og motivert for det å amme, det er naturleg, ...og som mor er det ei plikt å gjere det som er best for barnet. (...) Eigentleg var sambuaren min nesten meir opptatt av det med amming enn det eg var.*

Mødrene er samstemte i at «bryst er best», å amme er noko dei vil strekkje seg etter . Dei kan sjølvsgt ikkje representere ei større gruppe, men dei fire kvinnene gir signal om at normalitetsideologien (jf. Hellesnes 2003) er infiltrert i ammefeltet. Det er likevel nyansar i måten dei grunngeiv handlingsstrategien på. Anne argumenterer for det *naturlege* i det å amme, og var aldri i tvil. Berit og Eva gir begge uttrykk for at amming er det *normale*, og at det ikkje var alternativ å velje annleis. Hanne ser det som *naturleg*, men òg ei *plikt*. Vidare trekkjer ho fram sambuaren som den mest ivrige, og viser til Håkons utsegn: «*Hanne må*

*amme Harald i minst tre månader, helst seks*». Det er vanskeleg å seie om han legg større press på Hanne enn det ho vel å innrømme. Håkon er uansett opptatt av at hans barn har rett på eit gode som han i utgangspunktet ikkje rår over. For at dei skal lukkast med fellesprosjektet oppmuntrar han Hanne med dei middel han har, og seier vidare: «*eg gjer alt eg kan for å gjere det enklare for Hanne å amme*». Han lovar å bidra aktivt for at dei som foreldre skal kome i hamn med målsettinga. Likevel kan iveren til Håkon oppfattast som at Harald sin «ammerett» blir Hanne si «ammeplikt». Det kan sjå ut som at Håkon er sterkt påverka av styresmaktenes tilrådingar. På den måten kan hans iherdige oppmuntring også tolkast som biomaktas forlenga arm inn i foreldreskapet (jf. Aakvaag 2008: 318).

Larsen et al. (2008) påpeiker at mødrene er dei som bli ståande ansvarlege for om amminga lukkast eller ei. Dei snakkar om påverknad både på eit «her-og-nå» nivå og eit diskursnivå. Nettverket har betydning for det første nivået, kor Håkon, med sin innsats og sitt engasjement, kjem inn. Diskursnivået trekkjer mellom anna fram at «*amming er naturleg*» og at «*medisinske tilrådingar må følgjast*». Dei offentleg føringane nemnd over ser ut til å leggje sterkt press på amming som det naturlege og «normale» for alle spedbarn. At så mange som 99 % av mødrer i Noreg startar å amme like etter fødselen underbyggjer dette inntrykket (Häggkvist et al. 2010; Statistisk sentralbyrå 2003). Det kan sjå ut som om amming ikkje er like frivillig som WHO (2003) synes tru i sin rapport, og at omsynet til barnets framtidige helse er det som veg tyngst. Fødeinstitusjonar og helsestasjonar kan sjåast som «vaktbikkjer» for overvaking av ammestatus, i tråd med Foucault sine omgrep biomakt, og panoptisk disiplinering (Aakvaag 2008: 318). Ifølgje Hellesnes (2003) vil det å bruke normalitetsomgrepet på amming gjere mødrene til objekt, dei blir eit middel for å oppnå god helse for barnet både no og i eit livsløpsperspektiv. Det kan sjå ut som at foreldre ikkje er seg bevisst det press og den verknad språket har på korleis amming blir forstått i kvardagslivet. Eva er den einaste av foreldra som nemner ordet ammepress eksplisitt:

*Men så høyrer ein forskjellig, folk snakkar om at det er så mykje ammepress, ...skulle eg til å seie, at ein omtrent skal amme for ein kvar pris. (...) ...eg har no sett ungar på morsmjølkstillegg, ...ja, dei overlever på det også liksom – sjølv om morsmjølk skal vere det beste.*

Eva var bestemt på å forsøke å amme, men skulle problema bli like store som sist var ho også klar på at det finst gode alternativ for barn som ikkje får morsmjølk. Sist fullamma ho i seks månader, trass ulike problem, så viljen til å strekkje seg for å gi barnet dette godet er stor. Det kan også vere normalitetsideologien som slår inn og bidrar til å objektivere mødrene. Noreg



regjerer på «ammetoppen» i verdssamanheng, ein dimensjon som må trekkjast inn når amming blir diskutert som «normalt» og sjølvsgt.

Eg vel å ta med ei utsegn frå Hanne som gir perspektiv til ei forståing av at moderskap er knytt til den vaginale fødsel og det naturlege:

*Eg trur ikkje ei kvinne må gå igjennom ein vanleg fødsel for å bli ei god mor..., og for å elske barnet sitt. For min del var det heilt umogleg ...å prøve og skulle føde på vanleg måte..., etter opplevinga sist. For meg har alt rundt keisarsnittet fungert fint,... amminga går fint, og eg kjenner meg nært knytt til guten min*

Som Hanne uttrykkjer er forståinga av moderskap i samfunnet nært knytt til det som er naturleg, og som ligg biologien nærast. Ho trekkjer parallell mellom moderskap og vaginal fødsel. Ellingsæter (2005) trekkjer den same parallellen mellom moderskap og amming. Det kan òg sjå ut som den biologiske forståinga av amming er den mest dominerande, og at praksisen på denne måten blir rekna som den naturlege. Den gode mor er ho som føder barnet sitt på naturleg måte og som gir barnet mat gjennom eigen kropp. Larsen et al. (2008) er også oppmerksam på ei slik kroppsleggjing av moderskapet. Når amming blir sett som natur og kvinnekroppen som ein «maskin», kan forventningane til mødrene bli urealistiske og skape stort press.

### **6.2.2 Samtale om amming**

I samband med intervju av foreldra var det innleiingsvis nødvendig å informere om bakgrunn for studien og ønskje om å intervju dei. Det kom uventa både på kvinnene og mennene at amming etter keisarsnitt kan vere meir krevjande enn etter vaginal fødsel. I graviditeten var Anne den einaste som reflekterte over korleis det skulle gå med ammestarten, dersom det blei keisarsnitt også denne gongen. Trass i ein god start på amminga sist, var åtskiljinga mellom henne og barnet noko ho no frykta:

*Det var heilt naturleg for meg å tenkje og prøve å amme. Også veit eg, ut i frå forskning, at ein tilrår amming i 1 år, og at det er bra i forhold til barnet, og alt rundt det... ja, i forhold til immunforsvar (...) så det er på ein måte ein del av det å ønskje å amme. Men så veit eg at nokre ikkje får det til heller ...og spesielt rett etter keisarsnitt, at det kanskje er vanskelegare å kome i gong med amming, men eg har vore så heldig at det har gått bra ... så det har ikkje vore noko tema -å ikkje gjere det nei.*

Undervegs stilte eg foreldra spørsmål om dei på noko tidspunkt i svangerskapet hadde tankar om ammestarten, at den kunne bli annleis når fødselen skulle skje ved keisarsnitt og ikkje på vanleg måte. Bjørn kan representere eit typisk svar på spørsmålet:

*Nei det tenkte eg egentleg ikkje noko på, ..., nei eg visste vel egentleg ikkje at det kunne vere større utfordring nei, ...*

Med unntak av Anne si erfaring spegla svara eit klart hovudmønster. Foreldra meiner at føresetnad for å amme ikkje har noko med fødemåte å gjere. Erfaringane frå tidlegare ammeperiodar er truleg ei medverkande årsak. Det å ha lukkast tidlegare er eit godt utgangspunkt for amminga neste gong. Weiner (2000: 47-51) påpeiker at tidlegare erfaring har mykje å seie for meistringevne fram i tid, i positiv og negativ lei. Tre av mødrene hadde til dels store utfordringar med amminga sist. Likevel erfarte dei, heilt eller delvis, å kome i mål med ammeprosjekta. Fleire studiar visar tydeleg negativ samanheng mellom keisarsnitt og tidleg ammeopphør (Häggkvist et al. 2010; Karlström et al. 2013; Zanardo et al. 2012; Dewey et al. 2003). Oversiktsartikkelen til Prior et al. (2012) kunne likevel ikkje finne tydeleg verknad av fødemåte på ammeførekomsten seks månader etter fødselen, dersom amminga først var etablert. Denne kunnskapen er viktig å få fram. Det er ikkje nok at profesjonane som arbeider med gravide, fødande og deira familiar er oppdatert, kunnskapen er også viktig for foreldreparet.

Kronborg og Væth (2004) påpeiker at dei fem første veker etter fødsel er særleg sårbare, og at tidleg HTH-kontakt åleine ikkje er tilstrekkeleg. Dei påpeiker at tidlegare ammeerfaring, kunnskap om amming, motivasjon og meistringsforventning er faktorar som har innverknad.

### **6.2.3 Tidlegare ammeerfaring**

Berit, som har amma to barn tidlegare, beskriv starten på begge ammeperiodane som vellukka, og at ho hadde rikeleg med mjølk. Likevel måtte ho begge gongane ufrivillig gje opp og forklarar det slik:

*...så blei eg sjuk, fekk brystbetennelse i seks veker i strekk, med fire forskjellige penicillinkurar, ...enda opp med at eg hadde gule stafylokokkar, så... vart det egentleg slutt på mjølka, etter to månader fordi den var lysegul, og gul-grøn, så det var ikkje noko sunt for han å ete..., så då slutta eg egentleg på grunn av det. Ja, amma ca. to månader, ...og pumpa ein del for å prøve å få bort...*

*Med nummer to så amma eg til han var fire månader. Det gjekk frå masse mjølk til ingenting ...over natta omtrent... Så då var det flaske og pumpe... sånn at han fekk siste rest av det eg hadde, ...men det var ikkje mykje som var igjen.*

Berit har ulike forklaringar på kvifor ho avslutta ammeperiodane. Den første gongen var det brystbetennelsen som øydela. Weiner (2000: 240) karakteriserer dette som ein ytre faktor som forklaring på nederlaget. Sjølv fleire antibiotikakurar fekk ikkje has på bakteriane, og kva

hadde vel Berit å stille opp med då? Ein slik stabil faktor, utanfor Berits kontroll, kan vere ei årsak til at ho i neste ammeperiode legg mindre krefter i å lukkast. For som Weiner påpeiker nederlag aukar risiko for nederlag også seinare. Berit gir begge gongane uttrykk for motivasjon for å fortsette amminga, og ho gjorde ein innsats med pumping av brysta. Ein slik aktiv handlingsstrategi med tru på meistring har stor betydning. Kan det likevel vere slik at å amme ikkje var eit like sterkt ønskje hos Berit? Men, sidan den normative oppfatninga i samfunnet tar for gitt at kvinner ammer barna sine gjorde ho eit tappert forsøk (Larsen et al. 2008). Eit anna spørsmål er om Berit hadde tilstrekkelege ressursane rundt seg, og om relasjonane mellom henne og omgivnadane var gode nok (jf. Lazarus and Folkman 1984). I neste omgang må ein spørje seg om ho fekk god nok hjelp i svangerskap nummer to til å oppdage aktuelle meistringsstrategiar for ammeperioden som skulle komme (jf. Heggen 2007). Gjennom å hjelpe Berit med å kartleggje og analysere det som skjedde kunne jordmor på ein meir aktiv måte ha støtta Berit i å finne alternative handlingsstrategiar. Amming var nemleg lite tematisert i møta mellom dei.

Berit erfarte som sagt god ammestart for begge dei første barna. At amminga likevel stranda, kan ikkje utan vidare koplast til keisarsnitt som fødemåte. Prior et al. (2012) understrekar at er først amminga etablert viser fødemåte ingen tydeleg verknad på kor mange som ammar seks månader etter fødsel. Eit legitimt spørsmål er om amminga var godt etablert då problema starta. Å få ammeprosessen i god gjenge og mjølkeproduksjonen tilfredsstillande vil frå naturens side ta si tid, også når den skjer utan dei store utfordringane.

Larsen et al. (2008) viser til kva som påverkar mødrene sin sjølvtilitt når det gjeld amming. Knuste forventningar er påverka av to nivå, «her-og-no»-nivået og diskursnivået. Forfattarane påpeiker at mødrene sjølv er dei som blir ståande ansvarlege for om amminga lukkast eller ei. Dei generelle oppfatningane om amming undervurderer mødrenes sjølvtilitt, noko diskursnivået er med på å skjule. Omtale av amming som naturleg, og at kvinnekroppen blir sett på som ein maskin, fører til knuste forventningar hos kvinner som mislukkast med amminga. Det same gjeld for presset som følgjer av nasjonale tilrådingar og eksperttilrådingar. Den gode mor er meint å klare dette for barnet sitt.

#### **6.2.4 Når amminga blir mekanisk**

Ved intervjutidspunktet amma fortsatt tre av dei fire kvinnene. Berit hadde nyleg avslutta prosjektet med å pumpe, fire veker etter keisarsnittet. Alt frå starten var ammeprosessen denne gongen ulik dei to føregåande ammeperiodane. Berit starta med pumping av brysta på

sjukehuset, og Bjørg fekk allereie der tilleggsmat av flaske. Det å pumpe brysta kan i enkelte situasjonar vere ei god løysing, til dømes om barnet ikkje har energi til å die, eller mor og barn er midlertidig fråskild – noko som ikkje var tilfelle for Berit og Bjørg. Samanlikna med vaginal fødsel er ofte mjølkeproduksjonen forseinka når barnet blir fødd ved keisarsnitt (Dewey et al. 2003; Helsing og Häggkvist 2008). Likevel foreslår jordmor eller barnepleiar alt to dagar etter keisarsnittet at Berit skal pumpe brysta mekanisk. Handmjølking ville vore eit meir skånsamt alternativ sidan Berit også var svært sår. Det kan sjå ut som at helsepersonell har større tillit til dei tekniske hjelpemidla enn til det enkle og nære. Trua på instrumentelle løysingar har godt fotfeste i sjukehus. Skjervheim (1992) påpeiker at når dette synet blir det dominerande i møte med den andre, så gjer vi eit mistak, som han nemner «det instrumentalistiske mistaket». Det kan sjå ut som at den praktiske handlinga i møte med Berit er blitt oversett av den pragmatiske, det å ha klokketru på den mekaniske og rasjonelle pumpinga.

Eit anna perspektiv er Berit si eiga tru på prosjektet. Løysinga med å pumpe har ikkje vore oppskrifta på suksess dei to føregåande ammeperiodane. Det er legitimt å spørje seg om det er klokt å fortsette med noko som ikkje tidlegare har verka. Trur personen på meistring vi ho ha større føresetnad for å meistre (Weiner 2000; Bandura 2001). Berit kunne fått hjelp til å finne eigne forklaringar til å løyse utfordringa ho stod over for. Jordmor og Berit kunne saman ha utforska ammehistoria og livssituasjonen hennar. Dersom ho fekk høve til å sette ord på det som hende frå sin ståstad kunne kanskje kjensla av nederlag blitt mindre. Sjølv om ho ikkje nemnde det på sjukehuset, hadde Berit i utgangspunktet lita tru på at ho ville klare å gjennomføre oppsett «pumperegime». Ein kan stille spørsmål om planen var noko Berit ønska og var motivert for å gjennomføre, eller om det var slik at ho fekk beskjed om å pumpe kvar tredje time. Myndiggjeringsprinsippet er vesentleg for helsearbeidaren å ha i mente i alle møte med pasientar og pårørande (Eide og Eide 2011).

Det kan også sjå ut som at «ammeekspertane» er særleg opptatt av tidsvindauget for når mjølkeproduksjonen må kome i gong. Effektivitet vil på denne måten også auke presset på den fysiologiske prosessen. Mor og barn skal raskt heim etter fødselen, noko som gjer at ein må utnytte tida på sjukehuset maksimalt. Ifølgje Uvnäs-Moberg (2010) vil påført stress og mas vere uheldig for ammeprosessen. Med bakgrunn i at kvinns eigen kropp ikkje strekkjer til blir det bestemt å starte pumping allereie andre dagen etter eit keisarsnitt. Denne mistrua vil gjere seg gjeldande både hos helsepersonell og kvinna sjølv, og vil kunne vere

øydeleggande for mødrers sjølvtilitt når det gjeld amming (Larsen et al. 2008). Eit anna aspekt er større tiltru til det som kan målast og vegast, det som det blotte auga kan sjå. Synleg og handgripeleg bevis for at mjølka faktisk finst er med på å gi «forsikring» til både lek og lærd (Helsing og Haggkvist 2008). Vidare er det nærliggande å spørje seg om Berit og Bjørn hadde den støtta dei trengte for å meistre dei utfordringane som meldte seg. Bjørn uttrykte det slik:

*Ja i alle fall så ... så forstod eg det sånn at det var ganske så motlaust etter kvart då...[med pumpinga] (...) Så no gjekk det veldig fort før det ...blei flaskebarn.*

Kronborg og Væth (2004) har sett på i kva grad psyko-sosiale faktorar påverkar ammelengde. Dei er opptatt av at innsatsen må betrast for å identifisere mødrer med risiko for tidleg ammeopphør. Forfattarane påpeiker at dei fem første vekene etter fødsel er særleg sårbare. For Berit var amminga denne gongen over etter berre ein månad, og då hadde ho pumpa og gitt tilleggsmat frå første stund. Heaney and Israel (2002) understrekar også verdien av psykisk og sosial støtte. Dei snakkar om emosjonell støtte, handgripeleg støtte, informativ støtte og vurderande støtte. For å dekke dei ulike hjelpe- og støttefunksjonane forfattarane trekkjer fram er det nødvendig at alle gode krefter rundt den gravide og ammande kvinna blir aktivert. Nettverket og dei nære relasjonane er viktig, men òg fagpersonane i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga.

### **6.3 Foreldre i møte med ekspertsystem**

Korleis foreldrepar opplever møte med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorga vil vere ulikt, det vere seg i kommunehelsetenesta eller i helseføretaka. Omgrepet ekspertsystem, eller abstrakte system, er henta frå Giddens (1997: 62) og blir her først og fremst brukt om foreldras møte med sjukehus, der keisarsnitt og den tidlege barseltida finn stad. Møte med kommunejordmor og helsesøster er i mindre grad tematisert. Tillit og kommunikasjon er sentralt i foreldras møte med dei institusjonaliserte omsorgs- og behandlingstenestene.

#### **6.3.1 Foreldras møte med sjukehuset før keisarsnittet**

For alle profesjonsgrupper må eit overordna mål vere å møte pasient og pårørande med respekt, og som heile personar. Først då er tillitsgrunnlaget lagt ifølgje Grimen (2001). Det gjeld respekt for dei som heile personar, men og for tida deira. Foreldrepara kunne alle fortelje om det dei nemner som uheldige hendingar i møte med sjukehuset i tida før operasjonen. I ettertid beskriv dei hendingane som *rot, kommunikasjonssvikt, dårleg*

*planlegging og sløsing med tid.* Utan at forskar løfta temaet fram i intervjusituasjonen, kom informantane spontant med sine erfaringar.

Foreldreparet Hanne og Håkon snakka kvar for seg oppgitt om den opplevinga dei hadde dagen før keisarsnittet. Hanne hadde fått oppgitt tid for journalskriving, der foreldra fekk snakke med anestesilege, jordmor og gynekolog, samt gjort andre praktiske førebuingar til operasjonen. Dei kan ikkje forstå at det må vere slik at tidsbruken for dei som foreldre blir fem timar, medan den effektive tida dei brukte i møte med dei ulike fagpersonane var berre 30-40 minutt. Sjølv om stemninga var god, var det belastande for Hanne berre det å skulle opphalde seg på sjukehuset etter at ho sist, for fire år sidan, opplevde fødselen særleg belastande. Foreldreparet erfarte førre fødsel traumatisk, noko som er årsak til at fødselen denne gongen blei planlagt som keisarsnitt. Sjølv om foreldreparet opplevde møte med representantane for kvar av dei tre profesjonsgruppene som positivt og nødvendig, er det tydeleg at tidsbruken ikkje var like lett å akseptere. Giddens (1997) er opptatt av portvaktens funksjon i å byggje tillit til abstrakte system, og at dårlege erfaringar i møte med portvakter uansett vil skade tilliten. For dette paret ser det ut som at positive møter med einskildrepresentantar for ekspertsystemet ikkje åleine var nok for å vege opp for den misnøya dei sit igjen med. Ei misnøye som kan sjå ut til å spegle ein svekka tillit til systemet. Organisering av sjukehus er underlagt kostnadseffektive styringsprinsipp, som i dette tilfellet skyv rekninga over på foreldreparet. Dei må finne seg i å vente til kvar og ein av profesjonsgruppene har tid og rom til å ta i mot dei. Legar og jordmødrer har mange funksjonar dei skal fylle gjennom arbeidsdagen. Dei må heile vegen prioritere mellom dei ulike arbeidsoppgåvene, og pasientar og pårørande må finne seg i å vente. Kanskje tenkjer dei som arbeider i multifunksjonelle, offentlege organisasjonar at dette er ein liten pris for foreldre å betale for det dei får tilbake (jf. Christensen mfl. 2010). Eller kan organisasjonen vurdere sine arbeidsmåtar på nytt?

To av foreldrepara opplevde misforståing og «rot» i samband med oppmøtetidspunkt operasjonsdagen. Arild fortel:

*Einaste minuset var det rotet med når keisarsnittet skulle vere. Dei ringte kvelden før og gav oppmøtetidspunkt, og så ringte dei om morgonen, då vi sat i bilen på veg til sjukehuset, ...dei lurte på kor vi var, ...det synes eg var unødvendig då.(...) Det var to forskjellige som ringte, og to forskjellige beskjedar som kom og, ...mykje fram og tilbake. (...) Då blei sjølvsagt Anne stressa...*

Systemtilliten blir også her sett på prøve. Foreldra kan mistenke sjukehuset for ikkje å ha kontroll med eiga verksemd. Profesjonstilliten kan også få ein knekk sidan foreldra vil lure på om jordmødrene har orden i egne rekker. For Anne spesielt var denne hendinga noko som skapte ei form for utryggleik, ein dårleg start på ein dag som var meint å vere positiv. Anne var i tillegg engsteleg for ryggbedøvinga denne gongen, sidan anestesilegen sist var uheldig og påførte henne pustevanskar. Om misforståinga rundt oppmøtetidspunkt kan ha forsterka uroa Anne hadde fram for bedøvinga denne gongen, er uvisst å seie. Mistillit til system treng ikkje bindast til personleg mistillit eller mistillit til profesjon (Grimen 2008). Foreldreparet seier likevel at alt gjekk bra, og at dei hadde ei fin oppleving i samband med keisarsnittet. Uansett var dei prisgitt både systemet, profesjonar og personar i samband med operasjonen, som på sett og vis også var sjølvvalt fødemåte. Ein er ifølgje Grimen i ein sårbar situasjon når ein stolar på profesjonelle, men ofte har ein ikkje anna val, og han spør seg då om vi kan snakke om reell tillit. Ekeland (2007) poengterer vidare at tillit vil vere psykologisk enklare å bere enn mistillit. Ved å velje det første framfor det andre vil ein gjere det lettare for seg sjølv.

Eva og Eirik opplevde også uvisse knytt til tidspunkt for keisarsnittet, om det faktisk ville skje ifølgje oppsett plan. Sidan fødselen allereie var utsett ein gong, budde Eirik seg på at det kunne skje igjen. Tvilen dominerte, og først når dei var på veg til operasjonsavdelinga var han sikker på at tida var der.

Organisering rundt planlagde keisarsnitt ser ut til å vere meir sårbar når avgjerdsla blir tatt kort tid før operasjonen, enn der planlegginga skjer lengre tid før fødselen. Ventar ein i håp om spontan fødselsstart og vaginal fødsel, slik to av para her gjorde, vil det vere mange uavklarte spørsmål heilt inn mot operasjonen. Ivaretaking av sikkerheit og omsorg for alle fødekvinne, og deira nære familie, er den overordna oppgåva for ei fødeavdeling. Fødeavdelinga er definert som akuttavdeling og tar gjennom heile døgnet i mot foreldre der fødselen startar spontant. Utanom keisarsnitt som er avklart og bestemt i rimeleg tid før fødselen, er det lite av planlagt aktivitet. Som førsteprioritet kjem fødselar som startar spontant, og kvinner med medisinske utfordringar som treng behandling. Difor vil det vere eit kapasitetsspørsmål når dei andre som ventar får sleppe til. Denne uvissa er sjølv sagt ei tilleggsbelastning for dei som ventar, enten det er snakk om keisarsnitt eller andre forhold. Organisasjonsmodellen for offentlege organisasjonar gjer at dei blir spesielt kritikkutsette (jf. Christensen mfl. 2009: 18). Ressursutnytting og kapasitet vil stadig vere ei utfordring i multifunksjonelle organisasjonar som sjukehus. Dersom foreldre er budd på denne usikkerheita, slik som Eirik var, er den kanskje lettare å godta. Kommunikasjon om

situasjonen i god tid og i eit avslappa miljø vil leggje til rette for at foreldre betre kan forstå og akseptere situasjonen.

Om uvissa og uroa framfor fødselen kan vere tilleggsfaktorar med negativ verknad for ammestarten er vanskeleg å seie. Å amme dreier seg som kjent om eit finstilt samspel mellom kropp og psyke, vidare er «ammehormonet» oxytocin eit flyktig hormon som let seg lett påverke, også av stress og uro (Uvnäs-Moberg 2010).

Eit anna perspektiv er å sjå bakanforliggende mekanismar som kan vere med å påverke korleis legar og jordmødrer møter denne pasientgruppa. Desse kvinnene har trass alt sjølv bestemt at dei ikkje ønskjer å føde vaginalt, og kan av den grunn ikkje rekne med å stå fremst i køa. Problemstillinga er reell, men har òg eit etisk aspekt ved seg. Det er ingen medisinsk grunn for at denne gruppa må prioriterast framfor andre. Overser ein derimot foreldras kjensler og behov for tryggleik, kan handlinga definerast som ei form for maktbruk. Å vere likegyldig til skjebnen til den andre er ifølgje Henriksen og Vetlesen (2006: 220) ingen god måte å praktisere nærleiksetikk på. Det jordmødrer og legar kommuniserer til foreldra med ord («på scena»), vil ikkje alltid vere heile sanninga («bak scena»), jf. Goffmann (1992: 197) sin måte å beskrive dette rollespillet.

Det er forståeleg at legar og jordmødrer ser planlagde keisarsnitt utan medisinsk årsak som ei utfordring (jf. Tollånes 2009). Ein er opptatt av å tilby fødselshjelp av høg fagleg standard, og keisarsnitt utan medisinsk grunn er ikkje noko som er ønska. Når jordmor eller lege møter kvinner (og menn) med slikt ønskje, kan bakanforliggende mekanismar få større plass enn ein ønskjer og er klar over når ein kommuniserer og samhandlar med paret.

### **6.3.2 Hud-til-hud-kontakt – tilbod eller norm?**

Det er godt dokumentert at direkte hud-til-hud (HTH) kontakt mellom mor og barn like etter fødsel og keisarsnitt er viktig for den tidlege ammeprosessen og for lengda på ammeperioden (Moore et.al. 2012; Gouchon et al. 2010). I fleire tiår har det ved vaginal fødsel vore praksis at mor får barnet nakent til si brystkasse (Statens helsetilsyn 1996: 11). Av ulike grunnar har ikkje den same praksisen vore vanleg ved keisarsnitt. Mellom anna er behovet for overvaking av operasjonspasienten og praktiske rutinar ved operasjonsavdelinga argument mot slik direkte HTH-kontakt. Dei seinare åra har likevel fleire fødeinstitusjonar, i inn og utland, gått inn for å implementere denne praksisen ved planlagde keisarsnitt (Gouchon 2010; Hung and Berg 2011; Ammehjelpen 2010).



Hensikt med tidleg HTH-kontakt er ikkje at barnet straks etter fødselen skal starte med diinga, men at barnet skal starte prosessen for å førebu amminga som ventar (Widström et al. 2011). Det er kjent at mjølkeproduksjonen kan bli noko forseinka hos kvinner som føder ved hjelp av keisarsnitt (Dewey et al. 2003; Helsing og Häggkvist 2008). Både mor og barn har sentrale roller i den fysiologiske ammeprosessen. Merksemd på direkte HTH-kontakt alt frå like etter fødselen heng saman med kunnskapen om at det endokrine krinsløpet hos nyfødde i minst mogleg grad bør bli forstyrra. Når barnet kjem direkte HTH med mor, vil i tillegg barnets berøring stimulere mors oxytocin-produksjon (Uvnäs-Moberg 2010).

Om foreldre ønskjer direkte HTH-kontakt mellom mor og barn på operasjonsbordet, og korleis dei opplever praksisen, vil nok variere. Erfaringane til foreldrepara i denne studien viser også variasjon. Alle kvinnene hadde sambuar eller ektemann med under keisarsnittet, og eg registrerer at mannen og kvinna i kvart kasus har samanfallande oppleving av situasjonen på operasjonsstova. Det samstemte uttrykket gjer seg gjeldande for store delar av erfaringsmaterialet.

Eit viktig spørsmål er om jordmødrer og legar i møte med foreldra evnar å ta i bruk profesjonell, hjelpande kommunikasjon, slik Eide og Eide (2011: 19) påpeiker verdien av. Kommunikasjonen skal vere fagleg grunngjeven med hensikt om å hjelpe paret å tileigne seg kunnskap om fordelar med HTH-kontakt. Vidare er kvinna og mannen i eit foreldrepar autonome i måten dei opplever situasjonen og kva som er viktig for dei. Jordmor og lege må ta myndiggjeringsprinsippet i kommunikasjonshandlinga på alvor og vere lydhør for foreldra sine val. Fagekspertane må passe seg vel for, i amminga og morsmjølkas teneste, å ta over foreldras eige ansvar for å bestemme kva som er rett for dei. Løgstrup (2008: 39) åtvarar mot denne form for bruk av makt, ein maktbruk som også fagpersonen kan vere blind for. Å få belyst alternativa i tilstrekkeleg grad er ein føresetnad for å kunne velje om ein ønskjer barnet direkte på mors bryst. Først då kan foreldre ta eit sjølvstendig og informert val. I motsett fall vil jordmor i beste meining overta foreldras ansvar og forklare kva som er best for barnet og amminga. Ei slik overtaling er ifølgje Skjervheim (1992) eit mistak, og byggjer på ei positivistisk forståing av menneske. Han peiker på at når møte mellom menneske manglar refleksjon, vil ei objektivisering av den andre bli resultatet. Ei slik handling vil føre til at foreldre blir fråtatt status som subjekt.

Foreldrepara opplevde situasjonen på operasjonsstova ulikt. Tre av dei fire mødrene fekk barnet til seg HTH rimeleg kort tid etter fødselen. Den eine kvinna har god erfaring med situasjonen, medan for dei to andre var opplevinga ikkje udelt positiv. Eva sa det slik:

*...der er liksom ikkje nokon plass... føler eg, på brystet, alt blei så trongt og ...nesten ubehageleg å få ho til meg (...) ...for min del så hadde eg ikkje trengt ho på brystet med ein gong, ...men eg skjønner jo at dei [personalet] vil ...ha mor og barn i lag.*

Hanne og Håkon reagerte også negativt på at Hanne fekk vesleguten direkte til seg straks etter fødselen. Hanne fortel om hendinga i det guten er fødd:

*Etter nokre minutt fekk eg høyre at han begynte å skrike, og dei kom med babyen til meg. Men ...så fekk eg samtidig eit blodtrykksfall, og blei veldig, veldig svimmel...og eg husker at han lukta så ...ja ikkje, ...men det er no blod og fostervatn og absolutt alt, og jordmora heldt han heilt opp til ansiktet mitt, ...og eg blei så svimmel og kvalm, så eg sa til Håkon: Kan du ta han ver så snill? ...for eg kunne ikkje puste.*

For å forstå situasjonen er det nødvendig også å ta jordmors perspektiv. Kunnskapen om helsegevinsten for mor og barn vil vere med å styre hennar handling. Ho veit at dei begge vil vere tent med å lukkast med amminga, både no og i framtida (Løland 2007; Horta et al. 2007). Jordmødrer er inga einsarta gruppe og vil naturleg vektleggje verdien av tiltak ulikt, truleg også HTH-kontakt i den heilt tidlege fasen etter eit keisarsnitt. Likevel er det å amme eit innarbeid og styrande prinsipp i jordmors arbeidskvardag, nærast internalisert i jordmorrolla. Ifølgje Hellesnes (2003) er stadig fleire livsområde blitt ein del av det helsefaglege feltet, og ammefeltet er ikkje noko unntak. Han peikar vidare på at normalitetsforståinga har ei «suggestiv kraft» som i tilfellet med Hanne og Håkon kan ha vore med på å påverke jordmors handlingsmåte. I tillegg er dei offentlege føringane på feltet klare og eintydige (Helsedirektoratet 2001; Statens helsetilsyn 1996; Nasjonalt kompetansesenter for amming 2007). Ekeland (2007: 30) stiller seg spørjande til om det i dagens effektive helsevesen er tid og rom for meiningsskapande og relasjonsorientert kommunikasjon. Han er opptatt av at dette aspektet må få større merksemd og at ein ikkje berre nøyer seg med den meir tekniske informasjon. Som vist kan det vere både systemiske og individuelle forklaringar på at foreldres behov og ønskjer ikkje blir belyst i tilstrekkeleg grad.

Å sjå situasjonen frå eit «mjukare» side kan òg vere eit alternativ. Handlinga der ein legg til rette for HTH-kontakt på operasjonsbordet kan gjere barnets fødsel mindre instrumentell og teknisk. HTH-kontakt kan gi keisarsnittet eit meir «naturleg» preg som kan minne om fødestova. Blåka (2002) framhevar at jordmor representerer ei tenking som forsøker å bevare

noko av det naturlege ved fødselen, sjølv kor «teknisk» og «unaturleg» den til tider kan vere. Kan det vere at jordmor i samband med eit keisarsnitt søker å representere noko av den same tenkinga når ho legg til rette for den naturlege ammeprosessen?

Eirik, mannen til Eva, sat for det meste og observerte situasjonen som oppstod på operasjonsstova då jordmor plasserte Eira på brystet til Eva. Han tenkte at det ville vore betre om han tok seg av jenta fram til operasjonen var slutført og Eva var klar. Foreldreparet er samstemte om at det hadde vore betre slik som sist nemleg å vente med HTH-kontakten mellom mor og barn. Erlandsson et al. (2007) påpeiker at far bør vere den som tek seg av barnet når mor midlertidig er hindra. I ventetida har han ei viktig rolle i den førebuaende die-åtfænda til barnet ved å ha barnet på si eiga brystkasse. Når kunnskap viser at far er ein god erstattar, kan ein stille seg spørsmål om ikkje dei ulike alternativ bør bringast fram for foreldre i ein helsefremjande samtale på førehand. Berre foreldra sjølv er i stand til å ta den endelege avgjerda (jf. Løgstrup 2008).

Berit og Bjørn har begge positiv oppleving av at Berit fekk veslejenta HTH på operasjonsbordet. Ho blei først tørka og undersøkt av jordmor før ho etter kort tid blei brakt til Berit, som beskriv situasjonen slik:

*Så kom dei inn igjen og la ho oppå meg, og det var sånn ...åh..., det tok vekk litt fokus i frå det dei heldt på med, fordi eg hadde veldig mykje etterier, så ...eg låg der og ynka meg ein god del, ...men ho tok litt fokuset frå det vonde eigentleg. (...) Ja, vi låg slik bryst-mot-bryst og kosa oss faktisk i 35 minutt. Då var ho litt kald, så då tok dei ho med seg.*

Bjørn samanlikna keisarsnittet denne gongen med då Birk blei fødd på same måte for fem år sidan. Han beskriv situasjonen denne gongen meir naturleg og positiv:

*...for sist så vart guten vår tatt med ut og vaska og ordna og stelt med ein gong, og så no så ...liksom var det meir naturleg følte eg, at ho blei berre tørka og fekk kome å ligge naken inn til mor med handdukar over ...så ho ikkje skulle fryse, (...), så ...nei det var fint.*

Anne var den einaste som ikkje fekk barnet til seg. Ho opplevde det som eit sakn, at det var noko som mangla. Som tidlegare nemnt var Anne den einaste som på førehand uttrykte uro for at åtskiljinga i samband med keisarsnittet ville forseinke og gjere ammestarten vanskeleg.

Informasjonsrutinane i samband med HTH-kontakt ved keisarsnitt viste seg å vere ulike. To av dei tre foreldrepara, som fekk barnet HTH på mors bryst, fekk orientering om praksisen ved sjukehuset same morgon, tett på fødselen. Dei fekk vite at det var innført ny praksis ved

sjukehuset, sjølv om det formelt ikkje var sett i verk. Handling utført i beste meining utan å involvere foreldreparet tilstrekkeleg, kan ifølgje Henriksen og Vetlesen (2006) sjåast som ei form for undertrykking. Det tredje foreldreparet fekk ikkje orientering i det heile før barnet blei brakt til mor, direkte frå operasjonsfeltet. Jordmorvikaren som følgde opp paret vidareførte praksis frå eigen arbeidsplass og utførte handlinga automatisk og rutineprega. Forfattarane peikar på at slik likegyldig handling kan vere øydeleggande for den andre. Å ta for gitt at handlinga var til det beste for mor og barn er verken god etikk eller god praktisk kommunikasjon. Samtidig ser vi at jordmor er opptatt av dei praktiske og tekniske prinsippa bak god ammestart, og at mor og barn ved keisarsnitt skal få same tilrettelegging for HTH-kontakt som ved vaginal fødsel. HTH-kontakt blir rekna som «gullstandarden» for å initiere den første amminga (Moore et al. 2012; Uvnäs-Moberg 2010; Nasjonal kompetansetjeneste for amming 2007). Gouchon et al. (2010) fann i sin studie at mødrene var tilfreds med HTH-praksisen i samband med keisarsnittet. Erfaring tilseie at det under eit keisarsnitt kan oppstå hendingar som gjer at ein må tilpasse situasjonen der og då. For Eva og Hanne, som begge opplevde HTH-kontakten utilfredsstillande, vil dei fysiologiske reaksjonane med svimmelheit og kvalme vere ein del av det totale biletet. Vi veit at når barnet, morkaka og fostervatnet blir henta ut frå mors kropp, vil ein stor del av kvinnene få blodtrykksfall. Blødtap i samband med operasjonen kan òg vere ei årsak. Ut i frå det kvinnene erfarte kan det synes som at det vil vere gunstig å vente nokre minutt før barnet blir bringa til mor. Tida kan nyttast til å observere barnet og tørke det for å unngår varmetap. Samtidig får anestesipersonalet tid til å vurdere situasjonen. Etter få minutt kan jordmor bringe barnet meir «presentabelt» til mors bryst. Som Hanne uttrykte det *«ein elsker jo barnet sitt, men lukta av blod og fostervatn gjorde at eg eit augneblink kjende meg uvel og ville bort frå det»*.

Det er vanskeleg å seie om slike kortvarige negative kjensler kan ha vidare negativ verknad. Det var i vert fall ikkje noko som blei sett ord på i samband med intervjuet. For barnet vil uansett det beste vere at foreldreskapet, både moderskapet og farskapet, på alle måtar får ein positiv start. Foreldra er dei nærmaste til å sette ord på kva som er deira ønskje og behov. Bowlby (1994) retta også merksemd på den heilt tidlege fasen. Han var opptatt av tida like etter fødselen, og at tilknytingsåtfærd var nært knytt til biologi. Bowlby meinte at mødrene hadde ei særstilling i denne fasen, og at det var viktig at mor og barn fekk vere saman. Kontekst i samband med fødsel på operasjonsstova kan vanskeleg jamførast med kontekst på fødestova. Sjølv om jordmor forsøker å ta med ei naturleg tenking kan det ikkje samanliknast. Når kvinna får barnet HTH etter ein vaginal fødsel vil truleg tålegrense for lukter og det som

elles følger med, vere ei heilt anna enn under eit keisarsnitt der mor ligg «steril» på operasjonsbordet.

Det er tillitsskapande å bli møtt med forståing og respekt. Hanne sette stor pris på måten anestesilegen møtte henne på i samband med keisarsnittet. Han sa at han ville sette ryggbedøvinga på den måten han sjølv ville ønska den om det var han som skulle opererast. For Hanne var dette ei tillitsskapande handling som gjorde at ho fekk tiltru til anestesilegen som profesjonell yrkesutøvar, men også som person. At legen i profesjonsrolla er pasientsentrert og evner å leve seg inn i Hannes situasjon, er ein god eigenskap. Grimen (2001) påpeiker at det å trekkje inn kjensler i kommunikasjonen er viktig for tilliten til profesjonsrolla. Foreldreparet beskriv også at det var god stemning på operasjonsstova, og at personalet brukte humor når dei kommuniserte. I tillegg til profesjonstillit vil det vere ein fordel at ein oppnår tillit også på det personlege plan, ein tillit ein ifølgje Giddens (1997) må gjere seg fortent. Som vi skjønna av møtet mellom anestesilegen og Hanne tok det ikkje lang tid å vinne også personleg tillit. Gynekologen som utførte keisarsnittet brukte liknande tilnærming til Hanne, noko som gjorde at foreldreparet kjende seg trygg i ei avslappa atmosfære på operasjonsstova. Håkon understreka det på denne måten: *«Operasjonsdagen gjekk alt på skinner, vi fekk ei fantastisk oppleving, det blei ein romantisk følelse, ja vi kjenner oss privilegerte»*.

### **6.3.3 Barseloppald – på godt og vondt**

I store trekk er dei fire foreldrepara nøgde med barseloppaldet, og kvinna og mannen i kvart par er også her samstemte i sine erfaringar. Det varierte korleis foreldra planla tida på sjukehuset, både når det gjaldt fars høve til å vere til stades under opphaldet, og ønskje for lengda på opphaldet. To av fedrane gav uttrykk for at dei hadde ei rekke forventningar knytt til seg utover det å vere saman med mor og barn i barselavdelinga. Linton (1936) skil mellom aktive og latente posisjonar, der dei sistnemnde oppheldt seg i bakgrunn og som kan bli gjort aktive i den gjeldande her og no situasjonen. Typisk for fedrar med fleire enn eitt barn er at ansvaret for dei andre barna kviler tungt på han når mor ikkje er heime. Dersom ikkje besteforeldre eller andre er tilgjengelege for avlastning, er det vanskeleg, og kanskje ikkje ønskjeleg, å bruke all tid på sjukehuset saman med mor og den nyfødde. Berit forklarte kvifor Bjørn ikkje kunne ta turen meir enn to gongar dei fem dagane ho oppheldt seg der:

*Bjørn kom til oss på barsel ...2 dagar, ...han måtte ta seg av han som var sjuk òg [femåringen heime], ...men dei budde begge to hos foreldra til Bjørn, ...sånn at han fekk sleppe frå for å kome på besøk til meg og Bjørg. Han måtte også på jobb ein av dagane, ...men han kom no utom.*

Lang reiseveg, sjukt barn heime og posisjonen som arbeidsleiar i ein bedrift gjorde det krevjande for Bjørn å stille opp på sjukehuset i den grad han ønska. Om Bjørn oppfatta forventning om å vere til stades i barselavdelinga dagleg, er heller ikkje sikkert. Foreldrepar vil definere sine behov ulikt og gjere prioriteringar ut frå sin livssituasjon. Levin og Trost (1996) påpeiker at korleis ein person oppfattar forventningar til seg i ein gitt posisjon, vil styre korleis handlingar blir utført. Er forventninga stor til at far skal vere til stades, vil han truleg prioritere det høgare enn om han oppfattar forventninga mindre. Noko av bilete kan vere ulike forventningar til rollene som mann og kvinne. Det er vanskeleg å seie om Bjørn og Berit fordeler omsorgsarbeidet i kvardagen etter eit meir tradisjonelt kjønnsrolleperspektiv. Uansett kor demokratisert foreldreskapet er meiner Danielsen (2002) at kjønnsidentitetar spelar ei stor rolle for utforminga. West and Zimmermann (1987) påpeiker at vala vi gjer er styrt av det kjønnet vi er. Bjørn er den av fedrane som i minst utstrekning har vore tett på amminga under sjukehusopphaldet og i tida etter heimkomst. Connell (2005) er opptatt av at den sosiale forskjellen mellom det kvinnelege og det mannlege kjønn heng saman med måten vi i oppveksten blir sosialisert inn i rolla. Både primær sosialisering i familien, og sekundær sosialisering, gjennom skule og samfunnet elles har mykje å seie. Oppvekstfamiliene til foreldrepara ligg utanfor denne studiens rammer, men har nok hatt mykje å seie for korleis kjønnsidentitet og kjønnsrelasjonar blir reproduisert og er med på å oppretthalde ein viss kontinuitet (jf. Blom og Sogner 2006; Connell 2005).

Under barselopphaldet hadde alle fire kvinnene tydeleg ønskje om å klare seg mest mogleg sjølv, trass i eit stort kirurgisk inngrep som keisarsnitt. Det kan vere ulike grunnar til kvifor dei i minst mogleg grad tilkalla personalet. Kvinnene beskriv at dei tok omsyn til arbeidspress på dei tilsette. Presset varierte, men blei raskt sansa av kvinnene, og dei beskriv det som *å vere heldig eller uheldig* knytt til tilgang på jordmødrer og barnepleiarar. Eva fortel korleis ho opplevde det:

*Første døgnet ringde eg på når ho var vaken, ...slik at eg fekk hjelp til å få ho over i senga mi, og det gjekk no veldig fint. Dagen etter keisarsnittet var eg oppe å gjekk, og frå då klarte eg meg i grunnen sjølv, ...så då var det svært sjeldan eg ringde på hjelp. Eg synes det var heilt greitt, det var eg som ville det slik, ...eg synes det var godt å få styre sjølv.*

Eva påpeika at om ho ønskte det, var det aldri problem å få hjelp. Personalet var dessutan innom for å sjå til dei, så det var ikkje slik at dei blei overlata til seg sjølve. Ei forklaring kan vere at Eva ønskte å ha regien på eigen ammeopplevning. Sist då ho amma Emil var såre

brystvorter og store smerter hennar største utfordring, og det viste seg etter kvart at både ho og guten hadde soppinfeksjon. Den gong opplevde ho lita hjelp frå helsestasjonen, og fekk beskjed om å «sjå situasjonen ann». Tillit til helsesøsterprofesjonen blei sett på prøve. Profesjonstillit inneber å kunne stole på ein fagpersons kompetanse, og som tillitsgjevar blir ein sett i ein sårbar posisjon (Grimen 2008). Sjølv om helsestasjon og barselavdelinga er to ulike arenaer, er det same tema på agendaen, nemleg amming. Tida omkring graviditet, fødsel og barseltid synes dessutan å vere ein samanhengande periode for foreldra (jf. Blåka 2002), og truleg er dei ikkje like opptatt av om det er helsesøster eller jordmor som yter hjelp og støtte. Det viktigaste blir å få adekvat hjelp når behovet melder seg. Sist blei Eva «redda» av ei veninne, ei lekkvinne så å seie. Ho kom med råd om å bruke ammeskjold for å avlaste dei såre brystvortene. Erfaringa frå sist kan ha medverka til svekka profesjonstillit når ho igjen skal til å amme. Samtidig har ho større tillit til seg sjølv og eiga erfaring. Ho omtaler ammeperioden sist som tøff, men kom seg gjennom trass mange krevjande utfordringar. Eva si eiga meistringsforventning må denne gongen karakteriserast som høg (jf. Bandura 2001). Eirik uttalte at dei på førehand hadde snakka om å ha ei meir «bestemt og eigen meining enn sist». Utsegna kan tyde på at paret denne gongen kjende seg meir myndiggjort (jf. Eide og Eide 2011).

Ei anna forklaring kan vere at kvinnene sjølv definerte meistring knytt til amming som ein individuell strategi, dette var noko dei sjølv måtte handtere. Lazarus og Folkman (1984) har eit meir prosessorientert perspektiv på meistring. Denne forståinga understrekar at det ikkje åleine skal vere kvinnas ansvar å lukkast med amminga, merksemda må også rettast på relasjonane til omgjevnadene. Sidan dei trass alt har erfaring, kan det vere at kvinnene opplever at dette er noko dei bør meistre på eiga hand.

Eit fellestrekk for tre av kvinnene var at dei ønskte å ha barnefar tilgjengeleg for hjelp og støtte under barseloppaldet, samtidig som mennene uttrykte eit gjensidig ønskje om å vere der for mødrene. Ellberg et al. (2010) understrekar kjenslebandet mellom foreldra, men at personalet ikkje alltid er like opptatt av dette. Mor ønskjer å vere saman med far, og far ønskjer å vere saman med mor. Det å få barn er i dag langt på veg eit fellesprosjekt, ulikt slik det var for berre få tiår sidan. Blom og Sogner (2006) trekkjer fram demografiske forhold som forklaring på endringane i relasjonane mellom kjønna. Individualitet, likestilling og likeverd blir vektlagt i større grad i dag.

Waldenström (2007) er opptatt av at tida jordmødrer bruker på direkte pasientkontakt har blitt gradvis mindre. Ho understreker at mødrene har behov for å bli sett og møtt med lyttande kommunikasjon. Ho seier vidare at personalet treng arbeidsforhold som gjer det mogleg å engasjere seg, og at det i særleg grad gjeld barselomsorga. Om det er høve for jordmor og barnepleiar å vere til stades for kvinnene og deira familie på deira premissar, er eit legitimt spørsmål. Noko anna er om personalet evnar å vere tilstrekkeleg oppsøkande, eller om dei nøyer seg med å vere tilgjengelege. Henriksen og Vetlesen (2006: 223-224) omtaler ei slik tilnærming, eller mangel på tilnærming, som manglande omsorg, eller det å vere likegyldig overfor skjebnen til den andre. Kva foreldre oppfattar som for lite eller for stor grad av involvering, vil mange gongar vere ein balansegang for personalet. Kjem dei for tett på, kan det som var meint som hjelp opplevast som «overvaking» av den andre (jf. Aakvaag 2008). Arild fortel om sine erfaringar frå tida i barselavdelinga:

*Så det er litt sånn greie med dissa jordmødrene som går rundt der, alle har si eiga meining som kanskje ikkje stemmer med den førre som var der, ...så det synes eg er litt rart, at ting ikkje er litt meir samkjørt. For det første så føler du deg som ein idiot når du spør, (...). Og så det at du blir usikker da, ...og så blir du litt reservert, ... du spør egentleg ikkje så mykje vidare, for du veit ikkje heilt om det er sånt det går ann å spørje om.*

Arild tenkjer tilbake til den episoden då dei som foreldreparet spurte om å få å bu saman under barselopphaldet. Samtidig uttrykte Arild at han var fornøgd med oppfølginga på sjukehuset, og at «*personalet generelt er fleksible og veldig hyggelege*». Den motstridande tilbakemeldinga kan ein tenkje skriv seg frå skuffelsen og misnøya med ikkje å få bu i lag under opphaldet. Han påpeiker også at det er forskjell på jordmødrene, at nokre er påståelege medan andre er meir lyttande i møte med dei som foreldre. Arild seier også at Anne og han gjerne venta til dei «rette» personane kom på vakt før dei tok kontakt. Enkeltpersonar blant personalet kan på denne måten ha vore med på å rette opp dei negative hendingane og møta under opphaldet. Studiar viser at det å gi foreldre høve til å få bu saman under barselopphaldet, og at barnefar opplever seg velkomen og inkludert, har mykje å seie også for tida etter heimkomst (Johansson et al. 2013).

Opphaldstid i barselavdelingane har over tid gradvis blitt redusert, og for sjukehusa der kvinnene i studien har født, er det vanleg at mor og barn reiser heim tredje dagen etter eit planlagt keisarsnitt. Tre av foreldrepara opplevde opphaldstida som passeleg og var klar for å kome heim. For Berit var situasjonen derimot annleis. Ho var sliten og hadde ønskje om å få



vere til femte dag, for då kunne også sår-stiftane bli fjerna og ho ville vere meir klar for det som venta heime. Berit fortel:

*Ja, for tre dagar etter eit keisarsnitt ...du er ikkje heilt, det synes eg var litt drygt altså å ville sende heim folk då. I tillegg var den mellomste sjuk der heime, ...og det å ha ein sjuk unge rundt føtene når du sjølv kjenner deg redusert og med operasjonssår. Eg hadde også mykje luftsmarter, sidan eg steriliserte meg,...ja eg har vore litt sår ...i heile kroppen eigentleg ...så då var det greitt å få vere dei fem dagane.*

I journalen til kvinna er det dokumentert at legen godkjente ein ekstra dag i barselavdelinga for mor og barn. Sidan problem med såre brystvorter og amming også meldte seg, blei det etter kvart bestemt to dagar forlenga opphald. Kvinnas ønskje og behov var ikkje god nok grunngeving for å få bli, og Berit fekk kjenne på spenning om ho fekk «godkjent» dei ekstra dagane. Legen hadde her funksjon som portvakt, og var den som regulerte det «godet» Berit var ute etter (jf. Giddens 1997: 201). Ved sidan av medisinske grunnar er det økonomiske mekanismar som styrer opphaldstida i sjukehus. Menneskelege faktorar og individuell tilpassing blir i mindre grad vektlagt i dagens moderne og effektive institusjonar (Christensen 2010). Sidan keisarsnitt ofte forseinkar den fysiologiske ammeprosessen kan ein spørje seg om «liggetida» på tre dagar kan kallast ammevenleg. Tidleg HTH-kontakt i denne samanheng kan vere eit bidrag til å hjelpe den naturlege prosessen. Å halde fram med den tette og hyppige HTH-kontakten vidare i barselperioden blir løfta fram som særleg viktig av Calais et al. (2010). Det er likevel eit paradoks at ammeprosessen i større grad blir påskunda i dag. Uansett er det ein prosess som uavhengig av tilrettelegging vil ta si tid .

Før heimreise får alle barselkvinner tilbod om samtale med jordmor. Kvinnene i denne studien meinte dei hadde liten eller ingen utbytte av samtalen. Anne går langt i å karakterisere det organiserte møtet med jordmor som ein monolog og ikkje ein reell samtale  
Ho sa:

*...det var ho same jordmora som sist, vi hadde kanskje ikkje så god kjemi (...), så eg sat der eigentleg taus og tenkte at eg orkar ikkje å spørje så mykje. Men sånn er det, vi er forskjellige menneske og ein møter ulike folk, ...så det var ein samtale ja – ein monolog.*

Hanne beskriv også møtet som uviktig og kjende seg eigentleg oppgitt:

*Det blei ingen samtale slik som sist, ...då kom jordmora og sette seg ned og inviterte meg til å sette ord på kjensler og oppleving omkring fødselen og keisarsnittet. Denne gongen var møtet heilt utan verdi for meg, ...ho tok seg ikkje eingong bryet med å sette seg ned,...men stod rett opp og ned medan masse informasjon strøymde ut av henne, eg kan ikkje gjengi noko av det som blei sagt.*

Korleis jordmor vel å møte barselkvinna, vil vere av stor betydning for om kvinna opplever møtet som ein dialog eller som ein monolog. Det mest grunnleggjande i hjelpande kommunikasjon er å møte den andre der den andre er (Løgstrup 2008). Ein kan stille spørsmål om jordmor er tilstrekkeleg merksam på betydinga samtalen har for barselkvinna. Sist gong opplevde Hanne samtalen som god. Forskjellen på dei to situasjonane var at jordmor sist sette seg ned og inviterte Hanne til å komme med det ho hadde behov for, medan denne gongen var ho så vidt innom. Den som kommuniserer må vere til stades med heile seg, også kroppsspråket (Henriksen og Vetlesen 2006). Skjervheim (1992) ser kommunikasjon som ein tre-ledda relasjon. Barselkvinna, jordmor og saksforholdet, det dei samtalar om vil vere involvert. For jordmor blir det vesentleg å sjå barselkvinna som eit mål i seg sjølv, og unngå å objektivere henne. Når jordmor ramsar opp informasjon som ho har definert at barselkvinna har behov for blir kommunikasjonshandlinga å rekne som instrumentell. Møtet mellom dei to blir av liten verdi for barselkvinna som vil kjenne seg handsama som eit middel. Igjen må det settast lys på jordmors rom til å prioritere omsorg og direkte pasientkontakt. Dokumentasjon, tidsbruk ved datamaskinen og annan teknisk apparatur stel i dag mykje av jordmors tid (Waldenström 2007: 225). I arbeidskvardagen må det ryddast plass for å kunne prioritere ekte kommunikasjon, kommunikasjon som helseressurs som Ekeland (2007) legg vekt på. Både arbeidsgjevar og den enkelte jordmor må sjå verdien i dette arbeidet. Kommunikasjonsoppgåvene må verdsettast like høgt som dei meir instrumentelle arbeidsoppgåvene. Ingen av mennene var invitert til å delta i samtalen, og ingen av dei vurderte det heller som nødvendig.

#### **6.4 Amming og foreldreskap**

Det å føde barn vil for dei fleste foreldrepar i dag opplevast som eit fellesskapsprosjekt. Enten det er første barnet, eller dei har barn frå før, er det ei hending som i stor grad vil binde dei nærmare saman. Studiens empiri bekreftar at dette også gjeld for dei fire foreldrepara. I arbeidet med å gå djupare inn i ammeprosessen har det vore interessant å utforske foreldrefellesskapet. Utfordringa med at fødselen skjer ved planlagt keisarsnitt ser eg som ein tilleggdimensjon. Å vere ammande kvinne og nyleg operert er i seg sjølv grunn nok til eit tett foreldresamarbeid. Når også eldre barn krev sitt er ein avhengig av å vere to om oppgåvene.

#### 6.4.1 Barnefar i møte med den nyfødde

Måten far kom i kontakt med sitt nyfødde barn på viste seg å vere noko ulikt for dei fire fedrane. Som sagt var alle til stades på operasjonsstova då barnet kom til verda. Vidare var dei saman med barnet sitt dei første timane etterpå. Eirik var den einaste av mennene der jordmor spurde om han hadde ønskje om å leggje Eira HTH på si brystkasse. Han beskriv situasjonen slik:

*...då var det eigentleg det same som sist ...eg fekk meg ein Stressless, og ...ein unge på brystkassa og ei dyne –og der satt vi. (...)...det var hud mot hud begge gongane, for då held vi betre varmen. (...) ...det er no stygt å seie det, men det var kjekkare denne gongen, ...og det er jo for at eg er mykje tryggare, ...førre gong så var eg så usikker og redd for alt, ...men no så visste eg at det går ann å flytte på seg utan at det gjer noko.*

Eirik meinte at jentas kroppstemperatur var den viktige grunnen til at han sat med henne på brystkassa. Han fortel ingenting om barnets førebuaende aktivitetar til den komande amminga (jf. Erlandson et al. 2007). Sjølv sagt kunne han vere ukjent med denne funksjonen, men det kan òg vere bakanforliggende mekanismar som forklarar kvar han valte å ha merksemda. Både tabuførestilling og kjønnsaspekt kan ha medverka til at han ikkje omtalte den viktige ammeførebuande funksjonen (jf. Leiulfsrud og Hvinden 1996: 237-238). West og Zimmerman (1987) trekkjer fram at det kjønnet vi er, vil vere styrande for dei vala vi gjer og dei grensene vi sett for eigne handlingar. I denne samanhengen kan ein tenkje seg at Eirik vil vere styrt av den sosiale kontrollen som opprettheld kjønnsforståinga i samfunnet. Truleg vil det opplevast framandt å sette eigen maskulinitet i kvinnas stad. Sjølv om Erlandsson et al. (2007) viser til at barnet startar den ammeførebuande prosessen på fars bryst, er det kanskje mindre «truande» for far å snakke om at kroppstemperaturen må oppretthaldast.

For Arild blei situasjonen annleis, han fekk inga oppmoding om å leggje vesleguten på si nakne brystkasse. Han fortel om hendinga slik:

*Sist gong, med Amanda, fekk eg kle av meg på overkroppen og ha ho inntil mi hud, den gong var vi på barneavdelinga. Denne gongen blei det ikkje slik, ...eg tenkte på det, men så torde eg ikkje på eige initiativ å berre ta av meg skjorta liksom, ...inn på stua der, ...tenk om dei kom inn og så sat eg der...*

Det er sjølv sagt uheldig at jordmor eller barnepleiar ikkje oppmuntre far til HTH-kontakt med den nyfødde. Når mor er forhindra i å ha den første kontakten, er det viktig at fedrar får høve til å bidra. Dei må forstå hensikta med å ha barnet til seg i ventetida, og personalet har her ei sentral rolle i den opplæringa (Erlandsson et al. 2007). Likevel er det grunn for å reflektere over kva som skjer med far når han i samband med fødsel eller keisarsnitt møter

sjukehusmiljøet. Ein kan spørje seg kvifor Arild ikkje våga seg frampå med å nemne at han gjerne vil leggje guten HTH, eller også berre gjere det. Frykta for at han ikkje ville bli tatt på alvor, at personalet ikkje respekterte hans val kan vere eit perspektiv. Den umyndiggjeringa han kjende på, i situasjonen med sitt eige barn, kan ha gjort at han let vere å leggje guten til seg (jf. Eide og Eide 2011: 19). Det å bli tatt på alvor frå sin ståstad og få høve til størst mogleg innverknad på eigen situasjon er handlingar som er med på å myndiggjere den andre. Arild gir uttrykk for at dette ikkje blei kommunisert til han. Høve til HTH-kontakt var eit «ikkje-tema» som han av frykt for «straff» heller ikkje sette ord på jf. Levin og Trost (1996). Jordmor eller barnepleiar har som normsendar god anledning til å dele ut sanksjonar, positive eller negative. Korleis Arild oppfatta forventningane til seg i den aktuelle situasjonen, blei styrande for korleis han der og då valte å handle. Ellberg et al. (2010) påpeiker også at far ofte opplever seg som utanforståande i barselavdelinga. Kjønnssrolleaspektet kan vere ei anna forklaring. At far utan vidare kler av seg på overkroppen i barselavdelinga, hadde for få år tilbake vore utenkjeleg. Connell (2005) er opptatt av at kjønn er sosialt forma, i tillegg til den biologiske ulikskapen som er mellom menn og kvinner. Den sosialiserte kjønnsforståinga utviklar seg heilt frå starten og må difor skjønast som internalisert. Det å endre på forståing av maskulinitet og feminitet er ikkje gjort utan vidare. Calais et al. (2010) trekkjer fram betydinga av å sette ord på, informere og samtale om den viktige HTH-kontakten for den nyfødde, ikkje berre i timane etter fødselen, men også i dagane og vekene etterpå. Det er helsepersonell si oppgåve å gjere foreldre merksam på dei mange fordelane rikeleg HTH-kontakt mellom den nyfødde og foreldra gir.

Anne uttrykkjer motstridande kjensler knytt til at Arild er den som får gleda av å ha den første kontakten med barnet. Ho ville gjerne sjølv fått høve til å ha guten hos seg, men ser likevel verdien i at det er Arild som får oppleve denne stunda:

*...det er godt for far å få den åleinetida også – for dei to,...det er ei så viktig tid, som vi har snakka litt om, at han har vore heldig som har fått den nærleiken med begge to eigentleg, på grunn av keisarsnittet (...) ...ei god oppleving at fokuset ikkje berre blir på meg og mitt, ...han blir så veldig delaktig, eigentleg. Ja, så tenkjer eg at det kanskje gjer noko med engasjementet hans vidare, ...sånn litt underbevisst. (...) Sånn at vi er to om det, ja...*

Foreldreskapet kjem godt fram i det Anne uttrykkjer. Ho set lys på at omsorg og ansvar for barna er felles, ikkje berre no, men i det vidare. Alt frå starten er det i dag høgare forventningar til barnefars involvering i eigne barn. Omsorgsrolla, og ikkje berre ansvaret som forsørgjer, er meir tydeleg i den moderne farsrolla (Blom og Sogner 2006).

Ambivalensen Anne deler kan vere eit uttrykk for spenninga mellom det tradisjonelle moderskapet og det nye farskapet. Ellingsæter (2005) belyser korleis det biologiske moderskapet, gjennom helsepolitikken, blir sett opp mot det sosiale eller politiske moderskapet. Danielsen (2002) påpeiker at for å demokratisere foreldreskapet blir det viktig å skape ei ukjønna omsorgsforståing, og «at omsorg er noko kvinner og menn har eit like stort potensial for å utøve» (ibid.: 118). Anne er opptatt av relasjonsbygginga mellom far og barn alt frå starten, og ser at det kan ha betydning for fars deltaking og engasjement på sikt.

Bjørn hadde verken denne gongen eller sist den nyfødde HTH. Berit hadde riktig nok denne kontakten i 20-30 minutt på operasjonsbordet, men det var ikkje til hinder for at Bjørn kunne fortsette det same den timen dei venta i barselavdelinga. Rolla hans ville på den måten kunne blitt meir aktiv i den vidare ammeprosessen (jf. Erlandsson et al. 2007). Som kjent er vedvarande og uforstyrra HTH-kontakt fram til den første amminga har skjedd eit viktig prinsipp for å utnytte barnets medfødde ammerefleksar (Widström et al. 2011). «10-trinn for å bli godkjent som MBV-sjukehus» har tidleg HTH-kontakt som eit av sine punkt. Prinsippet blir vektlagt også ved keisarsnitt (Nasjonalt kompetansetjeneste for amming 2007). Når barnet ligg HTH med mor eller far like etter fødselen, fant Velandia et al. (2010) at foreldra blei meir open for samhandling med barnet gjennom bruk av eiga stemme. Interaksjonen mellom barnet og foreldra er med på å førebu barnet til den komande amminga. Dei såg også at barn som låg HTH med far, gråt mindre enn dei som låg hos mor. Kvifor Bjørn ikkje blei tilbydd HTH-kontakt med jenta, er eit spørsmål vi ikkje får svar på. Det kan synes som at jordmor eller barnepleiar gjer ei skjønnsvurdering i møte med kvar og ein av fedrane. Ei vurdering som inneber om det høver seg å oppmode til HTH-kontakt eller ikkje. I så fall vil det vere både ei organisatorisk utfordring (jf. Christensen mfl. 2010) og eit etisk spørsmål ein bør reflektere over. Helsearbeidaren kan umogleg vite kva som er til beste for andre og ta avgjerdsla på vegne av dei (jf. Løgstrup 2008; Henriksen og Vetlesen 2006).

#### **6.4.2 Vi opplever oss som ei eining, men ...**

Som vi har forstått opplever fedrar og mødrer seg som eit team i det som har med foreldreskapet å gjere. Det viste seg likevel å vere stor forskjell i korleis foreldrepara i denne studien valte å samarbeide om det som hadde med amming og ernæring av barnet å gjere. For to av foreldrepara var det alt på sjukehuset viktig å kome godt i gong med fellesskapsprosjektet. Strukturelle faktorar, som fysisk utforming av barselavdelinga, er med på å styre kva ein kan tilby foreldrepar. Dei to sjukehusa der foreldrepara fødde gav ulikt

barseltilbod. Hanne og Håkon var heldige og fekk tilrettelagt sitt behov for å bu saman, medan Anne og Arild opplevde det stikk motsette. Fleire studiar påpeiker verdien av å skape eit miljø i barselavdelinga som gjer det mogleg for den nye familien å kunne bu saman (Ekström et al. 2003; Johansson et al. 2013). Psyko-sosial støtte til partner, og det å hjelpe til med den nyfødde, var grunnar for opplyste som ønskje for å vere i avdelinga. Desse funna fell saman med ønskja Arild og Håkon hadde for å bu saman med mor og barn. Studien til Johansson et al. (2013) viste vidare at når mennene opplevde barseltida positivt, gav det varige minner og ei ansvarskjensle for familien. Når dei ikkje fekk bli, beskreib dei rutineane som gamaldagse og merkelege, og at dei kjende seg ekskludert. Det viser seg at dei kjenslemessige banda mellom foreldre ikkje alltid blir sett og støtta av personalet, og at far ofte opplever seg som utanforståande i ei kvinneverd (Ellberg et al. 2010). Sjukehuset der Anne og Arild oppheld seg hadde òg tilrettelagt for at barnefar kunne få bu saman med mor og den nyfødde, men berre for dei som hadde hatt ein normal vaginal fødsel og elles var friske. Foreldreparet stilte seg undrande til at det ikkje var mogleg denne gongen, endå Anne hadde einerom. Arild fortel:

*...sist så fekk vi jo bo dei første to nettene i lag ... alle tre, og det var jo luksus. Då følte eg at eg kunne vere litt til nytte då..., med å løfte jenta og hente drikke, ... ja var litt meir til hjelp. Så denne gongen var vi tidleg ute med å spørje om det same, men fekk beskjed om at det var ikkje vanleg, ...enno sist så fekk vi kjensle av at det var heilt vanleg, ...så eg skjønner ikkje kvifor vi skulle få det sist og ikkje no.*

Foreldreparet opplevde i denne samanhengen å møte personell som dei oppfatta lite smidige. Anne og Arild respekterte avgjerdsla, men forstod ikkje grunngevinga. Johansson et al. (2013) peiker i sin studie på kva som skulle til for at fedrars opplevde seg involvert, det å kunne ta i mot og gi støtte under opphaldet. Slik involvering var avhengig av korleis dei blei møtt av personalet. Dei seier vidare at fedrars grunngeving for å få vere i avdelinga var å kunne støtte partnaren og assistere med barnet. Arild påpeiker det som må sjåast som eit dilemma for organisasjonen at enkelte vil oppleve seg møtt og sett, medan andre møter lite forståing for sine behov og ønskje. Multifunksjonelle offentlege organisasjonar er spesielt kritikkutsette ifølgje Christensen mfl. (2010). Mellom anna har dei tilsette stor fleksibilitet innanfor gitte rammer, noko som kan sjåast som både positivt og negativt. Maktaspektet vil nødvendigvis vere ein del av denne utfordringa. Ulike personar fyller profesjonsrollene og ser på sin handlingsfridom på ulik måte. Om Arild og Anne hadde møtt ei anna jordmor denne dagen, ville kanskje utfallet vore annleis. Det er sjølv sagt ikkje gunstig for institusjonen at det er slik, verken for dei som er avhengige av tenestene eller for arbeidsmiljøet. Vanskelege fysiske forhold i barselavdelinga fører til innskrenka handlingsrom for dei som arbeider der,

og på denne måten vil enkelte bli oppfatta som «snille» og andre som «strenge». Jordmødrer, eller andre, blir også å rekne som portvakter i møte med foreldrepåret som har ønskje om å få bu saman. Dei regulerer det godet foreldra er ute etter, og foreldrepåret er prisgitt portvaktas avgjerd (jf. Giddens 1997).

For Hanne og Håvard var det i god tid før fødselen bestemt at dei skulle få familierom under barseloppaldet, og besteforeldre var organisert som barnepassarar til 4-åringen heime. Etter opplevinga sist var det for Hanne heilt nødvendig å ha Håkon hos seg. Ho fortel:

*Som sist hadde vi familierom dei 3 dagane vi var på sjukehuset. Eg likar ikkje å vere på sjukehus så for meg var det ei god psykisk støtte, ...i tillegg tok han seg av Harald når det var behov for det, ...og la til rette for amminga. Vi hadde det veldig fint, klarte oss stort sett sjølve, ... og fekk ein supergod start på det å bli foreldre på nytt.*

Hanne trekkjer fram det same, den psyko-sosiale støtta og avlastinga med Harald som dei viktige grunnane til å ha Håkon buande under opphaldet.

Eit spørsmål ein kan stille er korleis fellesskapskjensla var i svangerskapet. Arild var den einaste av fedrane som gjekk saman med den gravide til svangerskapskontrollen. Dei tre andre fedrane var med på ultralydundersøkingar, men ikkje elles. Denne observasjonen fell saman med brukarundersøkinga som blei gjort i 2003 der nærmare 90 % av fedrane såg ultralydundersøkinga som viktig å vere med på. Berre vel halvparten sa det same om svangerskapskontrollane (Sosial- og helsedirektoratet 2005: 47). Ein kan kanskje tenkje seg at mennene er meir opptatt av det tekniske og instrumentelle. Det kan også vere slik at å få «sjå» barnet gir ei sterk fellesskapskjensle. Å få bekrefta at barnet faktisk finst er for mange eit viktig poeng. Alt som kan målast og vegast, verifiserast med syn og hørsel viser seg å vere av stor betydning for mange (Helsing og Hægkvist 2008). Håkon sa at det reint praktisk var vanskeleg å «stille opp» i samband med svangerskapskontrollane, han sa: «*det er heilt umogleg med den jobben eg har, med den lange reisevegen*». Likevel fann han tid når det kom til ultralydundersøkinga. Handlinga kan sjåast som ei prioritering av det tekniske og instrumentelle framfor det kommunikative (jf. Skjervheim 1992; Ekeland 2007).

#### **6.4.3 Å vere far til det diande barnet**

Anne fortalte om ein situasjon i barselavdelinga som fekk både Arild og henne til å stoppe opp og tenkje over det med amminga. Dei såg ikkje sjølv at arbeidsfordelinga dei i mellom kunne vere ugunstig i den tidlege fasen av ammeprosessen. Jordmor observerte at det var lite

brystkontakt mellom mor og barn, og gjorde foreldreparet merksam på situasjonen. Anne fortel om møtet med jordmor:

*Så sa ei jordmor til meg: «Nei, no må den ungen begynne å vere hos mor». Ja, det er noko med å få den tilbakemeldinga om at ...sjølvsgt, det er eg som skal amme, ikkje sant. Det var veldig godt at ho sa det, ...og at også far var til stades. Du er sliten, etter keisarsnittet, og det er veldig lett å sende babyen over til far, ...også er det godt å sjå far og son saman.*

At far får same høve som mor til å starte foreldreskapet og tilknytning til barnet treng ikkje kome i konflikt med amminga. Jordmor hadde merksemd på det biologiske perspektivet på amminga. Ho meinte det var viktig at barnet var meir hos mor. Sjølvsgt er det nødvendig å balansere det biologiske og sosiale perspektivet i foreldreskapet for å unngå at ammeprosessen blir skadelidande. Vanlegvis vil dette ikkje skape konflikt sidan barnet vil gi uttrykk for svolt og behov for å die. Også i den heilt tidlege fasen vil det vere rom for begge foreldra til å ha aktiv deltakande omsorg for barnet. Calais et al. (2010) trekkjer fram barnefars viktige rolle knytt til å ha HTH-kontakt med barnet i timane og dagane etter fødselen. Barnet har behov for denne kontakten i langt større grad enn det som i dag har vore vanleg å oppmode til. I ammeperiodane, og dei er det faktisk mange av, blir også far i Calais et al. sin studie oppmuntra til å ha HTH-kontakt med barnet. Forfattarane påpeiker helsepersonells viktige rolle i å orientere og oppmode om slik handling. Likestilling i foreldreskapet vil heile vegen vere ei veksling mellom foreldra, der det å utfylle og avlaste kvarandre blir det sentrale framfor ei konkurrerende rolle. Måten ein kommuniserer budskapet til foreldreparet er sjølvsgt av betydning (jf. Løgstrup 2002). Jordmor formidla på ein direkte måte si forventning til at barnet bør vere hos mor. Anne synes det var greitt med denne tilbakemeldinga. Om Arild opplevde det likeins, er uvisst. Levin og Trost (1996) understrekar normsendar sin posisjon. Måten jordmor vel å formidle si forventning til mottakar på kan av enkelte opplevast som ei form for «straff». Ei litt krass utsegn eller eit litt kritisk spørsmål kan vere måten «straffa» blir framsett på for å gjere den mindre synleg.

Arild er opptatt av å ikkje late det negative, det ein kan uroe seg for, få for stor merksemd, medan Anne har ein tendens til å trekkje ting i meir negativ lei. Han vel å ha eit bevisst positiv haldning, og eit framtidsretta perspektiv, og ikkje tenkje mørkt på om guten har vondt i magen etter amming akkurat no:

*... det går nok snart over, ...tida flyg, og det er alt fem veker sidan fødselen ...så om ein månad så har kanskje alt endra seg igjen. Slik var det sist òg, ...og no driv jenta vår, på eitt og eitt halvt år, og kastar ting i veggen, ...vi er ikkje opptatt av at ho har*



*vondt i magen lenger.*

Det å tenkje positivt, ha ei forventning om at det vil gå bra, er ifølgje Bandura (2001) eit sentralt aspekt i meistring. Forfattaren er opptatt av det kontinuerlige samspelet mellom handling, kognitive prosessar og miljø. Her er Arild ein miljøfaktor som er med på å løfte Anne ut av det negative sporet. Arild opplever denne oppbyggjande funksjonen som ei av hans viktigaste oppgåver knytt til amminga. Han nemner at Anne av og til kan oppleve han litt i overkant positiv, men Arild meiner likevel at hans haldning er viktig i deira kvardag. Ekström et al. (2003) påpeiker noko Arild gir uttrykk for å ha skjønt, nemleg kor viktig det er for amminga at kvinner opplever støtte frå sin partner.

Under intervjuet delte Håkon uoppmoda det han uttrykkjer som ei kjensle av sjalusi. Han fortalde kva han av og til kan oppleve når Hanne sit og ammar:

*Når ho ammar og Harald løfter blikket og ser på henne, den augekontakten mellom dei –det er så nydeleg, og på ein måte blir eg litt sjalu, eg ville også gjerne fått høve til den tilknytninga, eller «bonding» som skjer mellom dei. Det er unikt for kvinner å få denne erfaringa, ...både det å gå gravid og kjenne at barnet bevege seg, og det å amme.*

Håkon konstaterer at slik er naturen og biologien, han kan aldri ta over sjølve amminga. På denne måten blir mor-barn forholdet den første tida heilt spesiell. Ifølgje Rempel and Rempel (2011) er Håkons sjalusikjensle i ammesituasjonen ikkje uvanleg. Mange menn søkjer andre interaksjonsformer med sine spedbarn for å kompensere for det mor oppnår i ammesituasjonen. Det å gi barnet mat er eit viktig symbol på nærleik og intimitet, ikkje berre ved amming. HTH-kontakt med barnet kan også vere ein måte å vege opp for den manglande kontakt som ammestunda gir (jf. Calais et al. 2010). Omsorgsfunksjonen er ikkje avhengig av at barnet blir amma, men den kan likevel sjåast som ein bonus med mjølka (Uvnäs-Moberg 2010). Forfattaren understrekar at ikkje berre kvinner men også menn i ulike situasjonar let seg påverke av hormonet oxytocin. Bowlby (1994) er opptatt av mødrers særlege rolle for barnets tilknytning i den tidlege fasen etter fødselen. Han påpeiker at vedvarande tilknytning er avgrensa til ganske få personar. Barnefar vil naturleg kome inn under dei få barnet får tilknytingsband til. Danielsen (2002) trekkjer fram at fedrar og mødrer har like stort potensiale i å utøve omsorg.

Bjørn opplever den 14 dagar lange omsorgspermisjonen i samband med fødsel som lite tilfredsstillande. Ordninga manglar refusjonsrett i trygdesystemet, noko som innskrenkar høvet til å gjere seg nytte av velferdsgodet. Han hadde heller hatt lønn desse to vekene,

framfor utvida «fedrekvote» for den samla foreldrepermisjonen. Bjørn erfarte kor nødvendig det er å kunne vere tilgjengeleg på heiltid i starten, og særleg etter eit keisarsnitt. Berit hadde ein vanskeleg og krevjande start på amminga, og Bjørn hadde hatt ønskje om å vere meir til hjelp, både i praktiske gjeremål og som støttespelar i ammeprosessen. Berit blei alt få dagar etter keisarsnittet åleine med ansvaret på dagtid. Bjørn meiner dette blei for tøft for henne, ikkje minst med tanke på amminga og pumpinga. Han sa det slik: «*Jo mindre stress di betre er det for amminga, slik eg ser det*». Om amme- og pumpeprosessen kunne ha tatt ei anna retning dersom Berit hadde hatt meir støtte i nettverket er vanskeleg å vite. Uansett var dette noko som tydeleg tynga Bjørn, han ville gjerne fått høve til å vere meir til stades. Ekström et al. (2003) legg vekt på å mobilisere den ammestøtta som finst i nettverket. Berit og Bjørn opplevde seg åleine om amminga. Sjølv om dei hadde lånt elektrisk pumpe på helsestasjonen, var fagpersonane der lite involvert. Ekström et al. trekkjer fram bestemødrer som sjølv har positiv oppfatning av amming, som potensielle støttespelarar for sine døtrer. Berits mor, som kunne vore ein del av nettverket, bor langt unna og har ikkje hatt høve til å stille opp i kvardagen. Renfrew et al. (2012) er opptatt av at tilgjengeleg støtte berre når mødrene sjølv tar kontakt, er lite effektivt. Dei hevdar at planlagde og gjentakande heimebesøk med tilpassa støtte frå jordmor eller helsesøster, er det som skal til. Ein kan tenkje seg at behovet var endå større for Berit sidan ho strevde med amminga og at Bjørn måtte raskt tilbake i arbeid. Renfrew et al. påpeiker at støtta ansikt-til-ansikt har meir å seie enn når den skjer over telefon. Forfatterane meiner også at støttetiltak er meir vellykka når planlegginga startar alt i svangerskapet, med påfølgjande oppfølging etter fødselen. Også meistringsteorien trekkjer fram denne langsiktige måten å tenkje på (Weiner 2000; Heggen 2007).

Alle fedrane i studien var opptatt av at deira barn skulle få tilgang på den viktige morsmjølka, og dei var innstilt på å vere støttepersonar for sine ektefeller og sambuarar. I tillegg til næringsverdien påpeika Håkon morsmjølkas viktige funksjon for oppbygging av immunsystemet til barnet. Han sa det slik:

*Eg gjer alt eg kan for å gjere det enklare for Hanne å amme,...eg kan holde babyen og gi han til henne, men det er ho som fysisk må amme, men eg kan hjelpe med alt som er nødvendig. Av og til når Hanne har pumpa ut mjølk så ammar eg, ...eller meir riktig gir Harald mjølka av flaske.(...) Mitt fokus har vore at han må få morsmjølk i minst tre månader, ...men helst seks, og den viktigaste grunnen er immunstoffa.*

Sjølv om dei tre andre fedrane også meinte at morsmjølk var det beste for barnet er det vanskeleg å vite om dei var opptatt av morsmjølkas spesifikke helseressurs. Av sitatet ser ein også at Håkon er opptatt av kor lenge Hanne bør amme. Tre til seks månader er eit stykke frå

dei nasjonale tilrådingane som er fullamming i seks månader, og vidare delamming til barnet er minst eitt år (Helsedirektoratet 2001). Sist fullamma Hanne i eit halvt år og avslutta då Henrik var åtte månader. Kvifor Håkon legg lista lågare denne gongen er uvisst, men ei mogleg forklaring kan vere å minske presset på Hanne. Arild derimot var opptatt av at Anders skulle få morsmjølk så lenge som mogleg: *«sjølvsagt ikkje i tre år, men eitt år da, så lenge ho er heime i permisjon i alle fall»*. Det synes å vere mindre aksept for å amme utover den nasjonale tilrådinga som er til barnet er (minst) eitt år. Sjølv om Arild var den einaste som sa noko spesifikt om dette, tyder signala frå dei andre foreldra på slik innstilling. Tidlegare ammeperiodar viser òg at ammelengda var kortare enn det tilrådde. Anne var den som amma lengst, og Amanda fekk morsmjølk i elleve månader. Kvifor dei norske tilrådingane er eitt år kortare enn WHO sine på to år er uvisst (Helsedirektoratet 2001; WHO 2001). Ei forklaring kan vere ei praktisk tilpassing til vår vestlege og moderne kultur. Ei anna kan vere at amming av «eldre» barn blir sett som upassande (Helsing og Hægkvist 2008: 262).

#### **6.4.4 Det er «vi» som ammar**

Dei transkriberte intervjuja blei lest fleire gonger. Ei av gjennomlesingane var med det for auge å sjå etter korleis mennene snakka om amming. I større og mindre grad brukte dei «vi»-form om det som omhandlar ammefeltet. Arild var den som brukte denne forma mest og Bjørn den som brukte den minst. Sitata viser nokre dømer:

Arild: *Vi sleit meir med amminga sist, denne gongen går det betre.*

Bjørn: *Ja, ...vi har i alle fall prøvd å amme då.*

Eirik: *Vi skulle prøve å ha jenta hud-til-hud på Evas bryst.*

Håkon: *Vi la Harald til brystet, ...og vi prøvde å amme dei timane Hanne var i oppvåkingsavdelinga.*

Rempel and Rempel (2011) fann at mennene ofte brukte «vi»-forma når dei snakka om amming. Forfattarane seier det kan tolkast som ei form for støtte til dei ammande mødrene, og at dei opplever seg som integrerte medlemmer i «ammeteamet». Verdien av å støtte kvinnene i ammingas etableringsfase blei spesielt vektlagt av nokre av mennene. Særleg var det tydeleg der det oppstod ammeproblem. Å utfylle kvarandre i komplementære roller ser ut til å vere ein viktig del av foreldrefellesskapet når det gjeld amming. Dei fire mennene i denne studien gjer det dei får beskjed om av kvinna, eller dei ser sjølv korleis dei best kan støtte og hjelpe til. Arild påpeiker at han har eit forbedringspotensial i å sjå og forstå kva Anne treng. Han ønskjer å vere meir merksam på hennar behov sidan ho ikkje alltid seier i frå sjølv. Levin og Trost (1996) påpeiker at forventningar frå normsendar ikkje i alle samanhengar er eintydige, og det kan vere fleire alternativ til korleis ein person oppfatar kva han kan eller bør gjere.

Både tankar, språklege uttrykk og handlingar inngår i ein persons åtferd. Ingen kan sjølvsagt vere tankelesarar men som Arild sa det: *«eg kan nok bli meir var for Anne sine behov i kvardagen»*.

Håkon brukte «vi»-forma på den mest internaliserte måten. Han nytta ordet «amma» om dei situasjonane han gav Harald mjølk på flaske. Dette er ein uvanleg måte å bruke ordet på og kan tolkast som eit uttrykk for den sterke involveringa han viser i ammeprosessen og omsorga for det diande barnet. Tolkinga er i trå med funn hos Rempel og Rempel (2011) om fars rolle i den «ammande familien».

## 7 Avslutning

Formålet med studien er å bidra til auka forståing for kva som verkar inn på den tidlege fasen i ammeprosessen når barnet blir fødd ved planlagt keisarsnitt. Gjennom narrativ analyse basert på fortetta historier frå fire foreldrepar har eg tolka deira opplevingar knytt til ammeprosessen. Ved hjelp av teoretiske omgrep og tidlegare forskning har eg drøfta dei berande elementa i dei fire historiene. Dei sentrale omgrepa som er brukt i drøftinga er tillit, kommunikasjon, meistring og foreldreskap, der også kjønnsaspektet er diskutert. I studien har fenomenet amming blitt utforska på ulike stadar. I tillegg til føde- barselavdelinga og operasjonsavdelinga har foreldrepara sin heimearena vore sentral. Studien har gitt innsikt i korleis og på kva måte foreldra har erfart ammeprosessen, både denne gongen og då dei eldre barna deira blei fødd. I dei neste avsnitta vil eg summere hovudtrekka i denne kunnskapen.

Foreldra opplevde at det var lite tid og rom i svangerskapet for å tenkje på den komande ammeperioden. Det var gjeldande for møte mellom foreldre og jordmor, men òg i samhandling mellom kvinna og mannen i eit foreldrepar. Foreldra såg amming som naturleg, normalt og sjølvst, og noko ein uansett gjorde til barnets beste. Sju av dei åtte foreldra såg ikkje at fødemåten kunne vere ei utfordring i ammeprosessen. Foreldrepara brukte tidlegare ammeerfaring på ein positiv måte inn i den nye situasjonen.

I store trekk seier foreldra seg fornøgde med sjukehusopphaldet i samband med keisarsnittet. Dei trekkjer fram høg grad av profesjonalitet under inngrepet, og at dei opplevde omsorg og støtte i barselavdelinga. Likevel deler dei erfaringar frå opphaldet som er viktig å få fram.

Tre av dei fire para fekk tilrettelagt for HTH-kontakt mellom mor og barn like etter fødselen. Ikkje alle opplevde handlinga einsidig positivt. Dei forklarte dette med lukt av blod og fostervatn, plassmangel på mors bryst, kvalme og svimmelheit. I tillegg viste det seg at foreldrepara var lite budde på denne praksisen i samband med eit keisarsitt. To foreldrepar meinte det ville vore betre om barnefar var den som tok seg av barnet i denne tidlege fasen. Det paret som ikkje fekk høve til HTH-kontakt hadde ønskt det slik om dei sjølv fekk velje.

Foreldrepar opplevde seg som ei eining under barselopphaldet. Erfaringa deira viste at personalet ikkje alltid såg dei slik. Foreldra forstod ikkje kvifor dei ikkje fekk bu saman under opphaldet når det var det dei ønskte. Dei var tydelege på at barnefar var ein viktig støtteperson for mor. Dei fire kvinnene ville i størst mogleg grad vere sjølvhjelpne den tida dei var i sjukehuset. Eit funn som var uavhengig av om paret fekk bu saman eller ikkje.

Før heimreise frå barselavdelinga hadde alle mødrene ein planlagt samtale med jordmor. Utan unntak opplevde dei møtet som lite viktig. Relasjonane i kommunikasjonsakta ser ut til å vere lagt viktigare enn den informasjonen som blir delt. Mengda med informasjon var av mindre betydning enn å bli møtt som eit subjekt, eit heilt menneske (jf. Henriksen og Vetlesen 2006).

På ulikt vis opplevde foreldrepara ammeprosessen som eit felles prosjekt. Det såg ut til at to av para i større utstrekning praktiserte «likestilling» også når det kom til amming. Etter heimkomst var dei to mennene aktive bidragsytarar i ammesituasjonar natt som dag.

Mennene i studien brukte i større og mindre grad «vi»-forma når dei snakka om amming. Dette funnet støttar ei tolking som seier at fedrar opplever seg som ein del av «ammeteamet» i familien (jf. Rempel and Rempel 2011). Mennene formidla eit tydeleg medansvar for amminga.

Arbeidet med oppgåva har vore ein spennande og lærerik prosess. Det har vore meiningsfylt å samarbeide med foreldrepar om eit livsområde dei er opptatt av. I tillegg har det vore eit privilegium å få høve til å fordjupe seg i eit tema som er sentralt for mi eiga profesjonsgruppe, og jordmødrers kvardag. Nær kontakt med praksisfeltet har gitt meg høve til å forstå dei kontekstane som dei profesjonelle og foreldra er ein del av. Samtidig har eg vore merksam på at det kan gjere blind. Eiga før-forståing kan sette stengsle for nye perspektiv i kjende kontekstar. Som jordmor, med erfaring frå fødeinstitusjon, er eg sosialisert inn i ein tradisjon der naturvitskapleg tenking er dominerande. I arbeid med studien har det vore krevjande, men lærerikt å bevege seg inn i det samfunnsvitskaplege landskapet i forsøk på å beskrive foreldreperspektivet knytt til amming. Keisarsnittet er i stor grad prega av instrumentelle handlingar. Utfordringa slik eg ser det blir å foreine dette perspektivet med den meir kommuniserande handlinga som amming representerer. Amming er uansett eit komplekst fenomen som famnar det fysiologiske, psykologiske, sosiologiske og kulturelle hos individet og i samfunnet.

Om eg hadde valt andre teoretiske perspektiv ville studien kunne tatt ei anna retning, og oppgåva ville sett annleis ut. Prosessen med å definere dei aktuelle teoriperspektiva har vore ein runddans mellom problemstilling, forskingsspørsmål, metode og forskingsfelt. Ved å nytte fleire teoriperspektiv slik eg har gjort vil ein kunne gi eit meir utfyllande bilete av det fenomenet ein utforskar, samtidig som faren for å famne for breitt er til stades. Eg kunne sjølv sagt ha valt færre omgrep som kunne ha gitt større rom for ei djupare drøfting. Denne

erfaringa tar eg med meg vidare. Likevel vil eg argumenter for at valte omgrep gir støtte til å drøfte meistringperspektivet på amming på ein tilfredsstillande måte.

Det å gi seg ut på kausuforsking har i periodar i oppgåveskrivinga gjort meg rådvill, og eg har tvilt på om kausustudie likevel var den best eigna metoden for å belyse problemstilling og forskingsspørsmål. Uroa, slik eg ser den i studiens slutfase, var i størst grad knytt til det å erfare kausuforsking som eit for krevjande design. Utfordringane har vore mange for ein nybegynnar. Særleg har val av framstillingsform for analysen vore krevjande. Yin (2009: 185-190) beskriv kva som gjer ein kausustudie eksemplarisk, noko som kan gi ein kvar kalde føter. Likevel har studien fått ein ekstra dimensjon ved å sjå foreldreparet som eit kasus. Slik eg ser det har nettopp designen vore med på å gjere det mogleg å få auge på foreldreskapet som fellesskapsprosjekt i ammeprosessen.

Studiens erfaringsmateriale byggjer som sagt på historiene til fire foreldrepar, noko som verkar inn på høve til generalisering. Statistisk generalisering er uansett ikkje tema i kvalitativ metode. Likevel vil det vere rom for ei meir naturalistisk form for overføring. Dei som kjenner seg igjen i kunnskapen som er framkomen kan gjere seg nytte av den i nye samanhengar. Malterud (2011: 22) påpeiker at slik ekstern validitet må sjåast i samheng med kontekst. Sidan eg i denne studien har lagt vekt på homogent utval i utveljingsprosessen kan truleg einskildkasus stå fram som representativt for nye kasus (jf. Stake 2005: 450). Om kunnskapen skal kunne brukast ved seinare høve og på andre stadar må utval og kontekst vere samanliknbare. Stake er samtidig opptatt av at generalisering ikkje i like stor grad bør vektleggast i all forskning.

Gjennom merksemd på foreldreerfaringar i forskinga kan ulike profesjonar få auge på nye perspektiv å vurdere eigne handlingsmønster ut i frå. Jordmødrer, helsesøstrer, barnepleiarar, sjukepleiarar og legar kan alle ha nytte av dette perspektivet i møte med foreldre når fødselen skal skje ved planlagt keisarsnitt.

Ifølgje Ellingsæter (2005) vil den nasjonale ammetilrådinga (Helsedirektoratet 2001) leggje sterke føringar på rollene til mor og far, og det å ha barn saman. Likestillingsombodet har uttalt at tilrådinga også kan svekke barnets høve til å etablere eit godt forhold til far tidleg i livet. Påstandane til Ellingsæter og Likestillingsombodet dreier seg om fullamming i seks månader, og fars høve til å vere primæromsorgsgjevar i denne fasa av barnets liv. Det er interessant å merke seg at foreldrepara i min studie ikkje nødvendigvis gir støtte til ei slik tolking. Fleksibilitet i måten barnet får morsmjølk på, og fars aktive deltakande rolle i

ammeprosessen alt frå barnets fødsel, er døme på at forholdet mellom far og barn ikkje treng å bli svekka sjølv om mor ammar. Den nasjonale tilrådinga for amming har vore uendra sidan 2001 og er under revisjon, der kunnskapsgrunnlaget for lengda på fullamming blir vurdert. *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring* er venta ferdigstilt i 2014 (Helsedirektoratet 2012). Den systematiske oversikta til Kramer and Kamura (2012) har samanlikna fullamming i seks månader med fullamming i tre til fire månader, og vidare delamming i minst eitt år. På fleire punkt kunne ikkje forfatterane påvise større fordel med fullamming i seks månader. Det er uvisst om denne kunnskapen vil føre til at tilrådingane endrast. Dersom det blir større rom for individuell tilpassing frå barnet er 3-4 månader kan ein kanskje tenkje at presset på foreldra blir mindre. Etter mi meining vil uansett ikkje amming og morsmjølk som helseressurs bli svekka. Arbeidet med å støtte foreldrepar som har ønskje om å amme må fortsette, og også utviklast vidare.

Med bakgrunn i foreldras erfaringar, vil det vere uheldig om ein utan atterhald innfører tidleg HTH-kontakt mellom mor og barn i samband med eit keisarsnitt. Sjølv om effekten av slik kontakt er godt dokumentert veit vi at fars brystkasse er eit godt alternativ, når mor midlertidig er hindra frå å gi barnet HTH-kontakt (Erlandsson et al. 2007; Velandia et al. 2010). Utifrå eit tilstrekkeleg kunnskapsgrunnlag må foreldre fritt og uavhengig få gjere sine val. Berre foreldra sjølv kan vite kva som er høveleg for dei i deira situasjon (jf. Løgstrup 2008). Oppgåva til dei profesjonelle blir å gjere alternativa valbare for foreldra. Å presentere alternativa morgonen operasjonsdagen, eller til og med under det pågåande keisarsnittet, vil ikkje vere ei etisk riktig handling overfor foreldreparet. Heller ikkje når jordmor handlar på vegne av, og i beste meining (jf. Henriksen og Vetlesen 2006). Vi veit også at situasjonen på operasjonsstova kan endre seg undervegs. Evne til fleksibilitet og kreativitet hos jordmor og andre er difor nødvendig. Kanskje til og med far kan sitte med barnet HTH ved sidan av mor på operasjonsstova? Løysingane finst, det gjeld berre å tilpasse dei til situasjon og person.

Studien har vist at ein i ammeprosessen ikkje kan sjå mor og barn isolert. Det å skape naturleg rom for far vil vere ei viktig oppgåve for dei profesjonelle. Fedrar bør få tilbod om å bu saman med mor og den nyfødde under barseloppaldet, uavhengig av fødemåte eller andre faktorar. Først då vil aktørane i helsevesenet bli rekna som reelle bidragsytarar til støtte for ammeprosessen. Foreldreparet opplever seg som ei eining, og vil gjerne bli oppfatta, respektert og behandla slik, også i møte med omsorgsgjevarane. Spørsmålet er om legar, jordmødrer, helsesøstrer og barnepleiarar ser det på same måte? Og kor vidt leiarar på ulike



nivå i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta ser det slik? Det kan synes som om barnefar først blir sett som ein ressurs etter at mor og barn er heimkomen.

I dagens helsevesen er «standardisert forløpstenking» eit mykje brukt omgrep. Iveren etter å systematisere, kvalitetssikre og effektivisere behandlingstilbod må ikkje kome i vegen for individuelle omsyn og fagleg skjønn. Ein må vakte seg vel for å skape ein standard som alle skal passe inn i og formast etter. Ei slik normalitetstenking kan bidra til å objektivere pasienten og hennar nærmaste (jf. Hellesnes 2003). Eg meiner det er mogleg å foreine dei to tenkjemåtane. Det vil bidra til å gi foreldre som føder barn ved keisarsnitt eit godt utgangspunkt for den vidare ammeprosessen. Då må jordmor og lege evne å ta i bruk relasjonsaspektet i samtalen som gjer at foreldra blir sett og hørt. Informasjon åleine vil ikkje vere nok (jf. Ekeland 2007: 29-30).

Kunnskapen som framkom i samtale med foreldrepara viser at amming var lite tematisert i svangerskapet. *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (Sosial- og Helsedirektoratet 2005: 51) påpeiker at gravide med tidlegare negativ ammeerfaring kan ha behov for ekstra støtte og rettleiing i svangerskapet. Det finst ikkje enkle løysingar for korleis ein best støttar foreldreparet på vegen mot neste ammeperiode. Den meistringsskapande samtalen er eitt forslag (jf. Heggen 2007). Slik eg ser det kan også samhandlingsarenaen for jordmødrer og helsesøstrer utviklast til støtte for ammeprosessen. Amming vil uansett vere eit samspel mellom mange faktorar. Svaret vil sjeldan vere eintydig på kvifor og korleis prosessar utviklar seg i positiv eller negativ retning.

Etter at eg har avslutta arbeidet med oppgåva sit eg framleis igjen med fleire spørsmål. Kunnskap om amming som helseressurs fortel oss at det er viktig å fortsette å arbeide for ein positiv ammekultur. Det gjer det nødvendig med vidare forskning for å utvide perspektivet på amming. Å intervju fleire foreldrepar etter at dei to sjukehusa nyleg har innført «standardisert pasientforløp» for denne gruppa, kunne vore eit oppfølgingsprosjekt. Ved å bruke same utvalskriteria kunne det vore interessant å samanlikne ulike foreldrepar sine erfaringar før og etter. Vidare vil ein ved å vende blikket mot jordmødrene som profesjonsgruppe kunne utforske ammeprosessen frå omsorgsgjeverane sin ståstad. Kunnskap framkomen i denne studien gjer meg nysgjerrig på å få vite meir om korleis jordmødrer tenkjer og handlar om amming i møte med foreldrepar der planlagt keisarsnitt er fødemåte.

## Litteratur

Almqvist-Tangen, G., S. Bergman, J. Dahlgren, J. Roswall and B. Alm (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Pædiatrica*. 101: 55-60.

Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Oslo: Fagbokforlaget.

Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*. 52: 1-26.

Berg, B.L. (2009). Case Studies. I: Berg, Bruce L.: *Qualitative Research Methods for the Social Science*. Boston: Allyn & Bacon.

Bergsjø, P. (2007). Keisersnitt gjennom 40 år. Overvåking ved hjelp av Medisinsk fødselsregister. *Norsk Epidemiologi*. 17(2): 185-190.

Blom, I. og S. Sogner (red.) (2006). *Med kjønnsperspektiv på norsk historie*. Oslo: Cappelen Forlag AS

Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag*. Bergen: Fagbokforlaget .

Bowlby, J. (1994). *En sikker base*. Fredriksberg: DET lille FORLAG. Omsett frå engelsk etter "A Secure Base" (1988). London: Routledge.

Busch, T. (2013). *Akademisk skriving. For bachelor- og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Calais, E., R. Dalbye, K.H. Nyqvist and M. Berg (2010). Skin-to-Skin Contact of Fullterm Infants. An Explorative Study of Promoting and Hindering Factors in Two Nordic Childbirth settings. *Acta Pædiatrica*. Vol. 99, January 28: 1080-1090.

Chase, S.S. (2005). Narrative Inquiry. Multiple Lenses, Approaches, Voices. I: N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.

Christensen, T., P. Lægreid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2010). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Connell, R.W. (2005). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press

Danielsen, H. (2002). Den kjønnskonservative velferdsstaten. Feministiske perspektiv på omsorgsordningar for små barn. I: C. Holst (red.). *Kjønnssrettferdighet. Utfordringer for feministisk politik*. Makt- og demokratiutredningen. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Denscombe, M. (2010). *Grounded Rules of Good Research. Guidelines for Good Practice*. Berkshire: Open University Press.

Dewey, K.G., L.A. Nommsen-Rivers, M.J. Heinig and R.J. Cohen (2003). Risk factors for

suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. Vol. 112: 607-619.

Di Girolamo, A.M., L.M. Grummer-Strawn and S.B. Fein (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*. Vol. 122: 43-49.

Eide, H. og T. Eide (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk.*, Oslo, Gyldendal.

Ekeland, T-J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I: T-J. Ekeland og K. Heggen (red.) *Meistring og Myndiggjering: reform eller retorikk?*, Oslo, Gyldendal Akademisk.

Ekström, A., A-M. Widström and E. Nissen (2003). Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth*. 30(4): 261-266.

Ellberg, L., U. Högberg and V. Lindh (2010). We feel like one, they see us as two: new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*. Vol. 26(4): 463-468

Ellingsæter, A.L. (2005). De "nye" mødrene og remoralisering av moderskapet. *Nytt Norsk Tidsskrift*. 4: 373-383

Erlandsson, K., A. Dsilna, I. Fagerberg and K. Christensson (2007). Skin-to-skin care with the father after Cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 34 (2): 105-113.

Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fog, J. (1996). Begrundelsens koreografi. Om kvalitativ ikke-statistisk representativitet. I: Holter, H. og R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fossland, T. og K. Thorsen (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax Forlag

Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatikk*. Originaltittel: *The Presentation of Self in Everyday Life* (1959). Oslo: Pax Forlag AS.

Gouchon, S. D. Gregori, A. Picotto, G. Patrucco, M. Nangeroni and P. Di Giulio (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nursing Research*. 59 (2): 78-84.

Grimen, H. (2001). Tillit og makt – tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 121 (30): 3617-3619.

Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I: A. Molander og L.I. Terum (red.). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Heaney, C.A. and B.A. Israel (2002). Social networks and social support. I: K. Glanz, B. Rimer and F.M. Lewis (eds.). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I: T-J. Ekeland og K. Heggen (red.). *Meistring og Myndiggjering: reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hellesnes, J. (2003). Makt og motmakt i det medisinske feltet. I: P. Fugelli m.fl. *Makt og medisin*. Makt- og demokratiutredningen nr. 57: 65-77.
- Helsing, E. og A-P. Hægkvist (2008). *Amming. Til deg som vil amme*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Henriksen, J-O. og A.J. Vetlesen (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holter, H. (1996). Fra kvalitativ metode til kvalitativ samfunnsforskning. I: Holter, H. og R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hung, K.J. and O. Berg (2011). Early Skin-to-Skin. After Cesarean to Improve Breastfeeding. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 36 (5): 318-24.
- Häger, R., A.K. Daltveit, D. Hofoss, S.T. Nilsen, T. Kolaas, P. Øian and T. Henriksen (2004). Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol*. 190: 428-434.
- Hægkvist, A-P., A.L. Brantsæter, A.M. Grjibovski, E. Helsing, H.M. Meltzer and M. Haugen (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*. 13 (12): 2076-2086.
- Johansson, M., I. Hildingsson and J. Fenwick (2013). Fathers want to stay close to their partner and new baby in the early postnatal period: The importance of being able to room in after a surgical birth. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 4 (1): 35-36.
- Jones, G., R.W. Steketee, R.E. Black, Z.A. Bhutta, S.S. Morris and the Bellagio Child Survival Study Group (2003). How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. Vol. 362, July 5: 65-71.
- Kalleberg, R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I: Holter, H. og R. Kalleberg (red.). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlström, A. H. Lindgren and I. Hildingsson. (2013). Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG - An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 120: 479-486.
- Knapp, M.L., G.R. Miller and K. Fudge (1994). Background and current trends in the study of interpersonal communication. I: Knapp, M.L. and G.R. Miller (eds.). *Handbook of interpersonal communication*. London: Sage.
- Kolås, T., D. Hofoss, A.K. Daltveit, S.T. Nilsen, T. Henriksen, R. Häger, I. Ingemarsson and

- P. Øian (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol.* 188: 864-870.
- Kramer, M.S. and R. Kakuma (2012). *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review)*. The Cochrane Library, Issue 8. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley&Sons, Ltd.
- Kronborg, H. and M. Væth (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health.* 32: 210-216.
- Kronborg, H. (2006). *Tidligt ammeopphør – kan det forebygges? Et forskningsprosjekt i sundhedsplejens praksisfelt*. PhD: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lande, B., L. F. Andersen, A. Bærug, K.U. Trygg, K. Lund-Larsen, M.B. Veierød and G-E.Aa. Bjørneboe (2003). Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatrica.* 92: 152-161.
- Larsen, J.S, E.O.C. Hall and H. Aagaard (2008). Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 22 (4): 653-661.
- Lazarus, R.S. and S. Folkman (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leiulfstrud, H. og B. Hvinden (1996). Analyse av kvalitative data: Fikserbilde eller puslespill? I: Holter, H. og R. Kalleberg (red). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I og J. Trost (1996). *Å forstå hverdagen – med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: TANO AS.
- Linton, R. (1936). *The Study of Man*. New York: D. Appleton-Century Company, Inc.
- Løgstrup, K.E. (2008). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Løland, B. F., A.B. Bærug and G. Nylander (2007). Morsmelk, immunrespons og helseeffekter. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 127 (18): 2395-2398.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moore, E.R., G.C. Anderson, N. Bergman and T. Dowswell (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)*. The Cochrane Library, Issue 5. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley&Sons, Ltd.
- Myklebust, J.O. (2002). Utveljing og generalisering i kassustudier. *Norsk pedagogisk tidsskrift.* Nr. 5: 423-438.

- Pedersen, A.R. (2005). Fortælling som analysestrategi – en polyfonisk tilgang. I: A. Esmark, C. B. Laustsen og N. Å. Andersen (Red.). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Roskilde: Universitetsforlag.
- Polkinghorne, D.E. (1995). Narrative Configuration in qualitative analysis. I: J. A. Hatch and R. Wisniewski (eds.). *Life History and Narrative*. London: The Falmer Press.
- Popper, K.R. (1965). A survey of some fundamental problems. Kapitel 1. I: *The Logic of Scientific Discovery*. New York: Harper & Row.
- Prior, E., S. Santhakumaran, C. Gale, L.H. Philipps, N. Modi and M.J. Hyde (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a sytematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinic nutrition*. 95: 113-135.
- Rempel, L.A. and J.K. Rempel (2011). The Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family. *Journal of Human Lactation*. 27: 115-121.
- Renfrew, M.J., F.M. McCormick, A. Wade, B. Quinn and T. Dowswell (2012). *Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies (Review)*. The Cochrane Library, Issue 5.
- Risøy, S.M. (2009). *Sårbar, suveren og ansvarlig. Kvinners fortellinger om fosterdiagnostikk og selektiv abort*. Nasjonalbiblioteket: Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD) ved Universitetet i Bergen.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røthing, Å. (2002). Om bare ikkje informantene leser avhandlinga... . Intervjuer med par og forskningsetiske utfordringar. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. Nr. 3: 384-393.
- Skjervheim, H. (1992). Det instrumentalistiske mistaket. I: H. Skjervheim. *Filosofi og dømmekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stake, R.E. (2005). Qualitative Case Studies. I: N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tollånes, M.C. (2009). Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 129 (13-14): 1329-1331.
- Uvnäs-Moberg, K. (2010). *Afspænding, ro og berøring. Om oxytocins lægende virkning i kroppen*. København: Akademisk Forlag.
- Velandia, M. A-S. Matthisen, K. Uvnäs-Moberg and E. Nissen (2010). Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section. *Birth*. 37: 192-201.

Waldenström, U. (2007). *Föda barn. Från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Weiner, M. (2000). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-verlag.

West, C. and D.H. Zimmerman (1987). Doing Gender. *Gender & Society*. 1(2): 125-151.

Widström, A.M., G. Lilja, P. Aaltomaa-Michalias, A. Dahllöf, M. Lintula and E. Nissen (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*. Vol. 100: 79–85.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: design and methods*. Beverly Hills, CA: Sage.

Zanardo, V., V. Savona, F. Gavallin, D. D'Antona, A. Giustardi and D. Trevisanuto (2012). Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 25(9): 1595-1598.

Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt.

Aase, T.H. og E. Fossåskaret (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

#### Offentlige og elektroniske dokument:

Ammehjelpen (2010). Informasjon om keisersnitt og amming. Publisert 23.6. 2010 (lest 29.10. 2013). <http://ammehjelpen.no/artikkel/93/Keisersnitt>

Helsedirektoratet (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring*. (lest 13.08. 2013). [http://www.matportalen.no/rad\\_til\\_spesielle\\_grupper/tema/Spedbarn/article5958.ece/BINAR/Y/Anbefalinger+for+spedbarnsern%C3%A6ring+-+Helsedirektoratet+%28PDF%29](http://www.matportalen.no/rad_til_spesielle_grupper/tema/Spedbarn/article5958.ece/BINAR/Y/Anbefalinger+for+spedbarnsern%C3%A6ring+-+Helsedirektoratet+%28PDF%29)

Helsedirektoratet (2012). Orientering om *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring*. Publisert 29.2. 2012. (lest 13.08. 2013). <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/under-revidering/Sider/nasjonal-faglig-retningslinje-for-spedbarnsernering.aspx>.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen: Oppskrift for et sunnere kosthold (2007-2011)*. Oslo: Departementene.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (St.meld. nr. 12, 2008-2009). Oslo: Departementene.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven*)

Medisinsk fødselsregister (2013). Statistikkbank . <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/> (lest 25.01. 2013 og 20.10. 2013).

Nasjonalt kompetansesenter for amming (2007). 10 trinn for å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus. Med utvidede kommentarer. Oslo: Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklirikken/Ammesenteret/10%20trinn%20for%20vellykket%20amming.pdf>

NESH –Retningslinjer (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humanoria, juss og teologi. ISBN: 82-7682-049-2. Oslo: Forskningsetiske komiteer.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 5/2005.

Statens helsetilsyn (1996) *Mor-barn vennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993- 1996*. Oslo: Statens helsetilsyn. IK-2572. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklirikken/Ammesenteret/Mor-barn%20vennlig%20initiativ%20i%20Norge%20-%20Prosjektrapport%201993-96.pdf>

Statistisk sentralbyrå (2003). *Kostholdsundersøkelse blant spedbarn. Norske mødre ammer mye*. Publisert 28.3. 2003. (lest 01.10. 2013). <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norske-modre-ammer-mye>

#### Dokument frå WHO:

Horta, B.L., R. Bahl, J.C. Martinés and C.G. Victoria (2007). *Evidence of the Longterm Effects of Breastfeeding. Systematic Reviews and Metaanalyses*. WHO/NHD/01.08. Geneva: World Health Organization. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf)

World Health Organization and UNICEF (1989). *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*. Geneva: World Health Organization; available at <http://lib.store.yahoo.net/lib/babyinc-store/PromotingBreastfeeding.pdf>

World Health Organization (2001) *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation*. Geneva: World Health Organization; available at [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NHD\\_01.09.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.09.pdf)

World Health Organization (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization. (lest 08.10. 2013). <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Resources/General-resources/Global-Strategy-for-Infant-and-Young-Child-Feeding/>





Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Jon Olav Myklebust  
Avdeling for samfunnsfag og historie  
Høgskulen i Volda  
Postboks 500  
6101 VOLDA

Vår dato: 19.02.2013

Vår ref:33195 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |  |
|----------------------|--|
| 33195                | <i>God amnestart - også ved planlagt keisersnitt?</i>      |
| Behandlingsansvarlig | <i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens overste leder</i> |
| Daglig ansvarlig     | <i>Jon Olav Myklebust</i>                                  |
| Student              | <i>Elin Hansen Ytterbo</i>                                 |

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

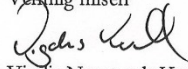
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elin Hansen Ytterbo, Vestre Vegsundrabben 12, 6020 ÅLESUND

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 33195

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Data samles inn gjennom personlig intervju og evt. journal. Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at det informeres om at det vil bes om eget samtykke til eventuell innhenting journaldata ifm. intervjuet, slik at den enkelte har hatt anledning til å tenke igjennom dette på forhånd. Det bør opplyses om at sykehuset formidler kontakten med utvalget, og at student ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskulen i Volda sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data. Det er oppgitt at koblingsnøkkel oppbevares innelåst. Vi anbefaler at dette er adskilt fra det øvrige datamaterialet.

Prosjektet skal ifølge informasjonsskrivet avsluttes våren 2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Spørsmål om å delta i intervju i samband med ei masteroppgåve. (Vedlegg 2)

**Først, gratulerer med barnet som nyleg er fødd!**

Mars 2013

Eg er jordmor og deltidsstudent ved masterstudiet i helse- og sosialfag ved Høgskulen i Volda. Eg er no i gang med den avsluttande masteroppgåva, der temaet er amming etter planlagt keisarsnitt. Formålet er å undersøke korleis foreldre opplever tilrettelegging for amming den første tida etter eit keisarsnitt, nærmare bestemt den tida dei oppheld seg i sjukehuset i samband med fødselen og starten på barseltida. Eg er interessert i å finne ut korleis de som foreldre opplever tilrettelegging og støtte i denne viktige fasa i livet.

For utforsking av temaet vil eg intervju 5-6 foreldrepar som har opplevd planlagt keisarsnitt, og difor får dykk denne informasjonen.

har gitt tilgang til rekruttering, og avdelingsjordmor sender ut informasjonsbrevet. Underteikna blir først kjent med at dykk er spurt når eventuelt samtykke blir returnert.

Spørsmåla i intervjuet vil dreie seg om informasjon og førebuing i forkant av fødselen, og korleis de opplevde situasjonen i operasjonsavdelinga. De vil også få spørsmål om tida i oppvåkingsavdelinga og barselavdelinga. Amming vil vere hovudtema for samtalen.

De vert kontakta som foreldrepar, men eg planlegg å intervju dykk kvar for seg. Kvant intervju vil ta ca 1 time, og vi blir saman einige om tid og stad for møtet. Om barnet vert amma i dag har inga betydning for deltaking i studien. Det er frivillig å vere med, og når som helst kan du trekke deg utan nærare grunngjeving. Alle innsamla data om deg vil då bli sletta.

For korrekt innsamling av informasjon har eg ønske om å bruke bandopptakar, og ta notat undervegs i samtalen. Underteikna er den einaste som vil ha tilgang til opplysningane som vert samla inn, og gjort anonyme. Ingen einskildpersonar vil kunne gjenkjennast i den ferdige oppgåva. Alle opptak vert sletta når oppgåva er ferdigstilt, seinast våren 2014.

Det er fint om du vil vere med på intervjuet. **Husk at begge må skrive under om samtykke på neste side, og returnere den i vedlagt konvolutt. NB! Husk å oppgi telefonnummer.**

Informasjon til mor: For supplerande opplysningar kan det bli aktuelt og spørje om tilgang til journalopplysningar om amming frå sjukehusopphaldet. Eige samtykkeskjema vil då bli lagt fram i samband med intervjuet. **NB! Deltaking i intervjuet er ikkje avhengig av at du samtykker til dette.**

Er det noko de lurer på så ta gjerne kontakt på tlf: **99 54 75 85**, eller send e-post til [Elin.Hansen.Ytterbo@hivolda.no](mailto:Elin.Hansen.Ytterbo@hivolda.no). Om ønskeleg kan de også kontakte rettleiaren min, professor Jon Olav Myklebust, ved Institutt for samfunnsfag og historie ved Høgskulen i Volda. Han kan treffast på tlf: 70 07 50 97, eller e-post: [jom@hivolda.no](mailto:jom@hivolda.no) Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste (NSD).

Med vennleg helsing

Elin Hansen Ytterbø  
Vestre Vegsundrabben 12  
6020 Ålesund

**På førehand takk!**

**Samtykkeerklæring:**

Vi har mottatt skriftleg informasjon og er villig til å delta i intervju i samband med studien ”Amming etter planlagt keisarsnitt.”

Dato: ..... Signatur: ..... Telefon: .....

Dato: ..... Signatur: ..... Telefon: .....

**Ver vennleg å returnere samtykkeerklæringa i vedlagt svarkonvolutt snarast (helst innan 1 veke). Intervju blir planlagt i tida ca 4-6 veker etter fødselen.**

Eg har informert om studiens bakgrunn og formål, skriftleg gjennom informasjonsbrevet, og munnleg – etter at samtykke er gitt.

Elin Hansen Ytterbø

Dato:..... Signatur: .....

-----  
(Vedlegg 3)

**Spørsmål om samtykke til innsyn i fødejournal**

Som tilleggsopplysning til intervjuet du har delteke i, knytt til studien «Amming etter planlagt keisarsnitt», ber eg om å få innsyn i delar av din journal. Informasjonen eg søker gjeld dokumentasjon om amming under opphaldet i føde-barselavdelinga i samband med din siste fødsel. Opplysningane vil bli henta frå Imatus Natus (fødedataprogram). Innsyn i journalen vil vere tidsavgrensa, og avsluttas ca. to månader etter fødselen. Underteikna vil vere åleine om tilgang til opplysningane.

Med vennleg helsing

Elin Hansen Ytterbø

Eg har mottatt skriftleg informasjon, og gir forskaren tilgang til informasjon om amming i etterspurte journalsystem –i den tidsavgrensa perioden.

Dato:..... Signatur: .....

**Kopi av e-post mellom forskar og arbeidsgjevar ad. rekruttering**

(Vedlegg 4)

**Fra:**

**Sendt:** 6. mars 2013 09:48

**Til:** Ytterbø, Elin Hansen

**Kopi:**

**Emne:** SV: Forespørsel om rekruttering av informantar til eit masterstudie

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra datasikkerhetsansvarlig og klinikksjef, godkjenner jeg rekruttering av informanter til studien i henhold til dine spesifikasjoner.

Ønsker deg lykke til i arbeidet med masterstudien!

Mvh.

---

**Fra:** Ytterbø, Elin Hansen

**Sendt:** 6. februar 2013 09:15

**Til:**

**Kopi:**

**Emne:** VS: Forespørsel om rekruttering av informantar til eit masterstudie

Hei!

Som kjent har eg starta på den avsluttande oppgåva ved Masterstudium i Helse-og sosialfag – meistring og myndiggjering, Høgskulen i Volda.

**Oppgåvas arbeidstittel: God amnestart –også ved planlagt keisarsnitt?**

**Bakgrunn:** Kvinner som føder ved keisarsnitt avsluttar amming tidlegare enn kvinner som føder vaginalt.

Forsking viser at rutinar ved sjukehus kan vere ein faktor som gir dårlegare kår for den viktige amnestarten.

**Formål:** Undersøke korleis foreldre opplever tilrettelegging for amnestart når barnet vert fødd ved planlagt keisarsnitt.

**Studiedesign:** Eg har velt eit kvalitativt studiedesign der eg er avhengig av informatar som vil stille opp for intervju.

Planen er å gjennomføre intervju med 5-6 foreldrepar våren 2013 (mai-juni).

Eg tek sikte på å intervjuje i parets eigen heim, eventuelt annan eigna stad, 4-6 veker etter keisarsnittet.

Paret vert kontakta skriftleg ca 2 veker etter fødselen.

Eg ber om tilgang til å rekruttere informantar gjennom sjukehuset i \_\_\_\_\_, (og eventuelt \_\_\_\_\_).

Nærmare bestemt treng eg tilgang til kven som har fødd ved planlagt keisarsnitt i eit gitt tidsrom våren 2013.

Eg ber vidare om hjelp til fyrstegangskontakt med mogelege informantar, slik at ein kan ivareta kravet om anonymisering før paret har gitt samtykke om deltaking.

Eg forslår at utsending av informasjonsbrevet «Forespørsel om å delta i intervju....» vert gjort av avdelingsjordmor/ ass. avdelingsjordmor, event. i samarbeid med postsekretær.

Utvalskriterier, informasjonsbrev og intervjuguide er lagt ved e-posten.

Planen er å rekruttere fortløpande, etter utvalskriteria, frå ein fastsett dato (ca 1.4.13) og til nok informantar er inkludert.

Eg vil i samband med intervju av barselkvinna be om innsyn i delar av journalen hennar (Natus og barnekurva),

for supplerande opplysningar om amming under barseloppaldet og event. besøk ved ammepoliklinikken (sjå vedlegg).

Dersom eg får samtykke frå kvinna til å hente inn opplysningar frå journal, er eg avhengig av helseføretakets samtykke, med grunngjeving i forskning.

Underteikna er den einaste som vil ha tilgang til informasjonen, som også vert anonymisert.

Prosjektet/ studien er innmeldt til Personvernombudet for forskning –Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Svar ventas om 2-3 veker.

Om ønskeleg kan min rettleiar ved Høgskulen i Volda, professor Jon Olav Myklebust, kontaktast.

Han kan treffas på tlf: 70 07 50 97, eller e-post: [jom@hivolda.no](mailto:jom@hivolda.no)

Håper på positivt svar.

Beste helsing

Elin Hansen Ytterbø

**Livsverdsintervju**

Eg ønskjer å forstå verda ut i frå foreldras ståstad og deira synspunkt på det å amme. Eg vil nå tak i deira oppleving knytt til det å amme barnet sitt. Eg meiner informantane vil ha mykje å lære meg. Livsverdsintervjuets opne fenomenologiske haldning vil passe godt som metode når intensjon nettopp er å lære av dei eg intervjuar.

Eg vil vere open om formålet med samtalen og studien heilt frå starten av intervjuet, noko eg også vektlegg i informasjonsskrivet til foreldra. Eg meiner det er mest riktig med tanke på etiske retningsliner for informert samtykke.

**Tema**

Oversikt over emna eg tek sikte på å dekke gjennom forskingsintervjuet:

- Generell kunnskap om amming –deira førforståing på feltet
- Tidlegare ammeerfaring
- Informasjon om og førebuing til amming før fødselen/ i svangerskapet
- Erfaringar frå den dagen barnet vart fødd –ber om at det særleg vert knytt til ammeprosessen. Tida i operasjonsavdelinga og oppvåkingsavdelinga vert vektlagt.
- Forhold knytt til amming under opphaldet i barselavdelinga
- Barnefars rolle knytt til amming
- Ammeerfaring etter heimkomst og fram til i dag vil kort bli tematisert

**Intervjuspørsmål**

Intervjuspørsmåla er utforma i to versjonar, eitt for barselkvinna og eitt for barnefar. Det er gjort med tanke på ein best mogeleg intervjusituasjon. Spørsmåla tar sikte på å utforske same tema knytt til dei same forskingsspørsmål hos kvinnene og mennene.

Innleiingsvis vil eg gjennom uformell samtale skape meg eit bilete av familieforholda:

- Foreldras alder, om dei er gift eller sambuar
- Foreldras utdanning/yrke og arbeidssituasjon
- Kor mange barn er det i familien, og deira alder
- Når i svangerskapet vart det bestemt at fødselen skulle skje ved keisarsnitt
- Årsak til at barnet vart fødd ved keisarsnitt
- Har keisarsnitt vore fødemåte tidlegare
- Har dei opplevd å føde vaginalt/ vanleg tidlegare

Denne delen av samtalen skjer truleg før bandopptakaren vert sett på, og vert nedteikna i notat.

Hovudspørsmåla er nummerert frå 1-23. Nokre av spørsmåla har underspørsmål dersom det vert behov for meir utforsking/ oppfølging. Intensjonen er å invitere til ein open, forteljande stil. Intervjuguden vil vere ei tematisk rettesnor, og ikkje ei oppskrift som slavisk vert følgt.

**Intervjuspørsmål utforma for samtale med barselkvinna:**



| Forskingsspørsmål  | Intervjuspørsmål   |
|--|--|
| <p>1. Kva ser foreldre som vilkår for det å skulle meistre amminga når barnet vert fødd ved hjelp av planlagt keisarsnitt?</p> | <p>1. Kan du seie noko om kva som var avgjerande for at du bestemte deg for å amme?</p> <p>2. Kva ammeerfaring har du frå tidlegare?</p> <p>3. På kva måte forberedte du deg i svangerskapet på det å skulle amme barnet ditt?</p> <p>4. Var amming noko du og mannen din/ sambuar snakka om då du var gravid?</p> <p>5. Tenkte du på noko tidspunkt i svangerskapet, at ammestarten kunne bli annleis når fødselen skulle skjer ved hjelp av keisarsnitt –og ikkje på vanleg måte?</p> <p>6. Før fødselen -kva tenkte du på som viktigaste enkelfaktor for at amminga skulle gå greitt?</p> <p>7. Kan du hugse tilbake til svangerskapet – fekk du informasjon om amming då?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kven fekk du informasjon av?</li> <li>- Kan du fortelje frå ein samtale med jordmor/ lege der amming var tema?</li> </ul> <p>8. Kva fekk du av skriftleg informasjon/</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>brosjyrar om amming?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du hugse når du fekk det, og av kven?</li> </ul> <p>9. Oppsøkte du sjølv informasjon om amming i svangerskapet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På kva måte?</li> </ul> <p>10. Var du på noko tidspunkt i svangerskapet bekymra rundt det med amming?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis kom det til uttrykk?</li> </ul>   |
| <p>2. Korleis opplever foreldre tilrettelegging for amming under sjukehusopphaldet?</p> | <p>11. Kan du fortelje frå den dagen barnet ditt vart fødd?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis opplevde du timane før barnet kom til verda?</li> <li>- Kva skjedde dei første minutta etter at barnet var fødd?</li> <li>- På kva måte vart det lagt til rette for den første amminga?</li> <li>- Kva skjedde vidare -etter at du kom til oppvåkingsavdelinga?</li> <li>- Korleis opplevde du tilrettelegging og støtte knytt til det å skulle amme barnet ditt i denne tidlege fasa?</li> </ul> <p>12. Kan du huske tilbake og fortelje korleis du opplevde tida i barselavdelinga (legg gjerne vekt på det som hadde med</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>amming å gjere?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis var tilgangen på støtte og rettleiing gjennom døgnet?</li> <li>- Kan du fortelje frå ein situasjon der jordmor eller barnepleiar var hos deg for ammerettleiing?</li> </ul> <p>13. Kan du hugse om du under opphaldet fekk skriftleg informasjon/ brosjyre der også amming var tema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minnes du når du fekk den –og av kven?</li> <li>- Kva betydde den skriftlege informasjonen for deg?</li> </ul> <p>14. Korleis vil du <b>sett under eitt</b> omtale den tilrettelegging og støtte <b>dykk som foreldre</b> fekk under sjukehusopphaldet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kva vil du trekke fram som mest betydingsfull enkeltfaktor for amminga –det kan vere i positiv eller negativ lei?</li> </ul> <p>15. Når reiste du heim etter keisarsnittet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opplevde du tida i barselavdelinga som passe, for kort eller for lang?</li> <li>- Opplevde du at tidspunkt for</li> </ul> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>heimreise blei vurdert utifrå ditt behov?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hadde du/dykk samtale med jordmor før heimreise?</li> <li>- Korleis opplevde du samtalen?</li> </ul>  |
| <p>3. Korleis opplever <b>barselkvinna</b> barnefars rolle knytt til amming den første tida etter keisarsnittet?</p> | <p>16. Kan du seie noko om korleis mannen din/ sambuar har vore involvert i det med amming?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du hugse tilbake og seie noko om korleis han deltok i samband med sjølve keisarsnittet (i operasjonsavdelinga)?</li> <li>- Kan du minnst korleis han var involvert vidare –den tida du var i oppvåkingsavdelinga?</li> <li>- Kan du også seie noko om kva rolle han hadde under resten av barseloppaldet?</li> </ul> <p>17. I kva situasjonar opplever du mannen din/ sambuar mest deltakande når det gjeld amminga?</p> |
| <p>4. Korleis opplever mor det å få ha hud-til-hud kontakt med sitt nyfødde barn kort tid etter barnets fødsel?</p>  | <p>18. Kva skjedde med barnet i det han/ ho vart løfta ut i frå livmora?</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Var det på førehand planlagt at du skulle få barnet direkte til deg?</li> <li>- Om det var slik at du fekk barnet direkte hud-til-hud på opr.bordet korleis opplevde du det?</li> <li>- Kan du hugse kor lenge barnet fekk ligge slik hud-til-hud?</li> <li>- Kan du huske omtrent når barnet begynte å suge for første gong?</li> </ul> <p>19. Har du ved tidlegare fødselar opplevd å få barnet direkte hud-mot-hud like etter fødselen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis opplevde du det denne gongen samanlikna med tidlegare erfaringar?</li> </ul> <p>20. Kva tenker du om en praksis der mor og barn får ha direkte og vedvarande hud-til-hud kontakt til den første amminga har funne stad –også ved planlagt keisarsnitt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du i ettertid tenkt på om det kan ha hatt noko å seie for amminga?</li> <li>- Ser du andre forhold som talar for ein slik praksis?</li> <li>- ... eller ser du på praksisen som lite</li> </ul> |
|--|--|

|            |  |
|------------|--|
|            | <p>hensiktsmessig?</p> <p>21. Dersom du skal ha fleire barn korleis ser du for deg tida rett etter barnets fødsel?</p>   |
| Avslutning | <p>22. Korleis har du opplevd amminga etter at du kom heim?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kven har vore/ er din næraste støttespelar?</li> <li>- Har du hatt behov for rettleiing/ oppfølging frå helsesøster, eller andre, etter at du kom heim?</li> <li>- Korleis er di erfaring med helsestasjonen i den tidlege fasa etter fødselen?</li> </ul> <p>23. Heilt til slutt er det noko du vil legge til –som ikkje har vore framme tidlegare i samtalen?</p> |

Eg vil avslutningsvis invitere til refleksjon over det som er formidla gjennom samtalen:

- Er det noko som treng ytterlegare utdjuping eller klargjering?
- Er det noko som eventuelt skal utelatast av det som er meddelt?
- Førebels tolking kan om mogeleg meldast tilbake til den eg har intervjuja –er tolkinga gyldig utifrå intervjujupersonens eiga forståing?

Er det høve for meg å kontakte på nytt dersom eg skulle sjå eit slikt behov?

NB! Husk å ta opp spørsmålet om innsyn i journal –samtykkeerklæring!

**Intervjuspørsmål utforma for samtale med barnefar:**

(Vedlegg 5 b)

| <b>Forskingsspørsmål</b>   | <b>Intervjuspørsmål</b>  |
|--|--|
| <p>1. Kva ser foreldre som vilkår for det å skulle meistre amminga når barnet vert fødd ved hjelp av planlagt keisarsnitt?</p> | <p>24. Kva visste du om amming før barnet vart fødd?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kva er di praktiske erfaring med amming frå tidlegare?</li></ul> <p>25. Var amming eit tema du og kona di/ sambuar snakka om i svangerskapet?</p> <p>26. Tenkte du på noko tidspunkt i svangerskapet at ammestarten kunne bli annleis når fødselen skulle skjer ved hjelp av keisarsnitt –og ikkje på vanleg måte?</p> <p>27. Før fødselen -kva tenkte du på som viktigaste enkelfaktor for at amminga skulle gå greitt?</p> <p>28. Kan du hugse tilbake til svangerskapet -fekk du informasjon om amming då?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kven fekk du informasjon av?</li><li>- Kan du fortelje frå ein samtale med jordmor/ lege der amming var tema?</li></ul> <p>29. Kva fekk du og kona di/ sambuar av skriftleg informasjon/ brosjyrar om</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>amming i svangerskapet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Huskar du når de fekk det -og av kven?</li> </ul> <p>30. Oppsøkte du sjølv informasjon om amming i svangerskapet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På kva måte?</li> </ul> <p>31. Kan du hugse om du på noko tidspunkt i svangerskapet hadde bekymring rundt det med amming?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis kom det til uttrykk?</li> </ul>  |
| <p>2. Korleis opplever foreldre tilrettelegging for amming under sjukehusopphaldet?</p> | <p>32. Kan du fortelje frå den dagen barnet ditt vart fødd?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis opplevde du timane før barnet kom til verda?</li> <li>- Kva skjedde dei første minutta etter at barnet var fødd?</li> <li>- Kan du hugse korleis det vart lagt til rette for den første amminga?</li> <li>- Kva skjedde då kona di/ sambuar kom til oppvåkingsavdelinga?</li> <li>- Korleis opplevde du til rettelegging og støtte knytt til det å skulle amme i denne tidlege fasa?</li> </ul> <p>33. Kan du huske tilbake og fortelje</p> |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>korleis du opplevde tida i barselavdelinga (–fint om du legg vekt på det som hadde med amming å gjere?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis opplevde du tilgang på støtte og rettleiing gjennom døgnet?</li> <li>- Det hadde vore fint å høyre di erfaring frå ein situasjon der jordmor eller barnepleiar rettleia i ein ammesituasjon –kan du minnes ein slik situasjon?</li> </ul> <p>34. Kan du huske om du/ dykk fekk skriftleg informasjon/ brosjyre om amming under opphaldet i barselavdelinga?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kan du huske når du fekk den –og av kven?</li> <li>- Kva betydde den skriftlege informasjonen for deg?</li> </ul> <p>35. Korleis vil du <b>sett under eitt</b> omtale tilrettelegging og støtte <b>dykk som foreldre</b> fekk under sjukehusopphaldet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kva vil du trekke fram som viktigaste enkeltfaktor for amminga –det kan vere i positiv eller negativ lei?</li> </ul> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
|   | <p>36. Når fekk du mor og barn heim etter fødselen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser du på opphaldet i barselavd. som passe, for kort eller for langt –vurdert ut i frå kona/ sambuaren din sitt behov?</li> <li>- Hadde kona di/ sambuar, eventuelt saman med deg, samtale med jordmor før heimreise?</li> <li>- Dersom du deltok, korleis opplevde du samtalen?</li> </ul>  |
| <p>3. Korleis opplever <b>barnefar</b> si rolle knytt til amming den første tida etter keisarsnittet?</p> | <p>37. Kan du seie noko om korleis du ser di rolle knytt til det med amming?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På kva måte var du deltakande i samband med keisarsnittet?</li> <li>- Kan du minnst korleis du deltok vidare –i timane kona di/ sambuar var i oppvåkingsavdelinga?</li> <li>- Kan du seie noko om på kva måte du vart involvert i amminga under opphaldet i barselavdelinga?</li> <li>- Opplevde du deg sjølv som ein viktig medspelar?</li> <li>- Opplevde du å bli tillagt for stort ansvar?</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>38. I kva situasjonar er du mest deltakande når det gjeld amming?</p>   |
| <p>4. Korleis opplever barnefar det at barnet får ha hud-til-hud kontakt med mor kort tid etter barnets fødsel?</p> | <p>39. Kva skjedde med barnet då det vart løfta ut i frå livmora til kona di/ sambuar?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Var det på førehand planlagt at ho skulle få barnet direkte til seg?</li> <li>- Om mor og barn fekk ha hud-til-hud kontakt like etter fødselen – korleis opplevde du det?</li> <li>- Oppfatta du kva kona di/ sambuar sa eller gjorde i situasjonen?</li> <li>- Kan du huske om mor og barn fekk ha uforstyrra hudkontakt fram til den første amminga var gjennomført?</li> <li>- Kan du huske omtrent kor lang tid det tok før barnet starta å suge for første gong?</li> </ul> <p>40. Har du ved tidlegare fødselar opplevd at barnet har blitt lagt hud-til-hud like etter fødselen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korleis opplevde du det denne gongen samanlikna med tidlegare?</li> </ul> |

|                   |   |
|-------------------|---|
|                   | <p>41. Kva tenker du om en praksis der mor og barn får ha direkte og vedvarande hud-til-hud kontakt til den første amminga har funne stad –også ved planlagt keisarsnitt?</p> <p>42. Kva tenker du om praksisen sjukehuset legg opp til, med at mor og barn får ha direkte og vedvarande hud-til-hud kontakt til den første amminga har funne stad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du i ettertid tenkt på om det kan ha hatt noko å seie for amminga?</li> <li>- Ser du andre forhold som talar for ein slik praksis?</li> <li>- ... eller ser du på praksisen som lite hensiktsmessig?</li> </ul> <p>43. Dersom kona di/ sambuar i framtida vil kome til å føde ved hjelp av keisarsnitt korleis ser du for deg den første tida etter at barnet er født?</p> |
| <p>Avslutning</p> | <p>44. Korleis er det med amminga no?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kven ser du som næraste støtte-spelar når det gjeld amminga?</li> </ul>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>- Slik du har erfart det har tilbudet<br/>frå helsestasjonen vore<br/>tilfredsstillande? (Eg tenker<br/>spesifikt på oppfølging og støtte i<br/>ammespørsmål)</p> <p>45. Heilt til slutt er det noko du vil legge<br/>til –som ikkje har vore framme<br/>tidlegare i samtalen?</p> |
|--|---|

**Bakgrunnsinformasjon om foreldreparet:**

(Vedlegg 6)

| <b>Par nr.:</b>   | <b>Kvinne</b> | <b>Mann</b> |
|---|---------------|-------------|
| Alder   |               |             |
| Utdanning/ Yrke   |               |             |
| Barn i fam. <ul style="list-style-type: none"><li>• Alder</li><li>• Kjønn</li></ul> | 1.            |             |
|   | 2.            |             |
|   | 3.            |             |
| Når i sv.skapet blei fødemåte bestemt?  |               |             |
| Årsak til planlagt keisarsnitt?   |               |             |
| Har keisarsnitt vore fødemåten ved tidlegare fødsler?                               |               |             |
| Har du tidlegare født på vanleg måte/ vaginalt?                                     |               |             |