

Det helsevitenskaplige fakultetet

Hvordan amming kan påvirkes av en postpartumblødning. En scoping review.

How breastfeeding can be affected by a postpartum haemorrhage. A scoping review.



MJOMAS Master i jordmorfag

Karen Søyland Husebø og Katrine Grahl Ingemundsen

29.04.21

Antall ord: 15 975

Forord

Høsten 2019 startet vi på vår mastergrad i jordmorfag ved Universitetet i Stavanger. Som første kull med jordmorstudenter, følte vi oss godt tatt imot både på skolen og i praksis på Stavanger Universitetssykehus. En spesiell utfordring gjennom studiet har vært den pågående pandemien med Covid-19, som blant annet har ført til digitale veiledningstimer og masterseminarer. Vi vil rette en stor takk til våre veiledere Eva Christina Furskog-Risa og Torhild Borlaug for støtte og rettleiding gjennom skriveprosessen. Vi ønsker også å takke jordmødrene på Stavanger Universitetssykehus for god veiledning i praksis til tross for en utfordrende tid, og familie og venner for oppmuntrende ord og støtte gjennom studietiden.

Abstrakt

Bakgrunn: Tallet på kvinner som opplever postpartumblødning er økende.

Fødepopulasjonen er i endring, og flere kvinner er i risiko for komplikasjoner under fødsel.

Hensikt: Formålet med oppgaven, var å se på hvilke faktorer som kunne ha en påvirkning på amming etter en postpartumblødning. Med dette ønsket vi å øke kunnskapen om temaet blant jordmødre, for at kvinnene skal få god oppfølging både på sykehus og i barseltiden.

Problemstilling: *Hvilke faktorer kan påvirke amming hos kvinner som har hatt en postpartumblødning? En scoping review.*

Metode: Vi har anvendt scoping review som metode. Ved å bruke denne metoden kunne vi søke og finne forskning som eksisterte på området for å få et bredere overblikk over temaet.

Inklusjonskriterier: Engelskspråklige studier fra 2008-2020, kvinner med postpartumblødning over 500 ml sett i sammenheng med amming. Databaser: Cinahl, Embase, Medline og Cochrane Library. Etter gjennomgang av studiene ble seks artikler inkludert.

Resultat: Tre temaer gjentok seg i resultatene: Blødningsrelaterte faktorer, stress og separasjon, og støtte og kunnskap. Ni hovedfaktorer ble identifisert innenfor disse temaene: Blødningsmengde/blodtap, blodtransfusjon/blodprodukter, anemi, hud til hud- kontakt/tidlig tilknytning, stress, adskillelse fra barn og partner, oppfølging, informasjonsbehov, og støtte fra helsepersonell.

Konklusjon: Forskning viser at det er flere faktorer som påvirker amming hos kvinner som har opplevd postpartumblødning. Det er viktig at jordmødre gir god og tilpasset veiledning til kvinner som er i risiko for ammeutfordringer, i svangerskapsomsorgen, på føde- og barselavdelingen, og etter hjemreise i kommunehelsetjenesten.

Nøkkelord: Postpartumblødning, amming.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt med studien	2
1.2 Disposisjon	2
1.3 Bakgrunn	3
2.0 Teoretisk rammeverk.....	9
3.0 Metode.....	12
3.1 Scoping review	12
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.3 Søkeprosessen	14
3.4 Gjennomgang av søk	15
4.0 Kartlegging av data	19
5.0 Resultat.....	26
5.1 Blødningsrelaterte faktorer	27
5.1.1 Blødningsmengde/blodtap.....	27
5.1.2 Blodtransfusjon og blodprodukter	28
5.1.3 Anemi	29
5.2 Stress og separasjon.....	30
5.2.1 Hud-til-hud/ tidlig tilknytning	30
5.2.2 Stress	30
5.2.3 Adskillelse fra barn og partner	31
5.3 Støtte og kunnskap	32
5.3.1 Oppfølging	32
5.3.2 Informasjonsbehov	32
5.3.3 Støtte fra helsepersonell	34
6.0 Metodediskusjon	34
7.0 Resultatdiskusjon	38
7.1 Blødning	39
7.2 Stress og adskillelse.....	43
7.3 Støtte og kunnskap	45
8.0 Avslutning	49
8.1 Implikasjoner for praksis.....	49
8.2 Videre forskning.....	50
8.3 Konklusjon	51
Litteraturliste	52

Vedlegg	56
---------------	----

Forkortelser:

BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative/ Mor-barn-vennlig sykehus

FHI: Folkehelseinstituttet

Hb: Hemoglobin

IMS: Insuffisient milk syndrome

IVF: In vitro fertilisering

MeSH: Medical subject headings

MFR: Medisinsk fødselsregister

PPB: Postpartumblødning

PPH: Postpartum haemorrhage

PTSD: Post-traumatic stress disorder/ posttraumatisk stresslidelse

UNICEF: United Nations Childrens fund

WHO: World Health Organisation/ Verdens helseorganisasjon

1.0 Innledning

Gjennom studiet har vi blitt mer bevisst på hvor alvorlig en PPB er, og hvor ofte det faktisk skjer at en kvinne har en blødning på over 500ml. Vi ble derfor nysgjerrige på hvordan og i hvilken grad dette kan påvirke ammingen hos kvinnene det gjelder. PPB er noe vi begge har erfart i praksis som jordmorstudenter. Blødningene har variert i alvorlighetsgrad, og måten kvinnene har opplevd hendelsen har vært ulik. Kvinnene er slitne etter et komplisert fødselsforløp, kan ha smerter fra både fødsel og håndtering av PPB, og har fått ulike medikamenter i behandlingen. Noen av mødrene ble fratatt muligheten til hud-til-hud kontakt med barnet rett etter fødsel av ulike grunner. Allerede her har man flere mulige utfordringer til å få etablert en god ammestart.

Amming kan påvirkes av mange ulike faktorer. Vi har erfart at de som av ulike grunner ikke fikk være sammen med barnet sitt den første tiden etter fødsel, ble satt i en sårbar situasjon allerede fra starten. I praksis på barselavdelingene på SUS, fikk vi også oppleve hvor lite som skulle til for at amming kunne bli oppfattet som en god eller dårlig opplevelse for mor. Vi møtte flere kvinner som slet med å komme i gang med ammingen under barseloppholdet av ulike grunner. Da vi i startfasen luftet tankene våre om oppgaven, fikk vi flere innspill fra

kvinner som hadde opplevd en vanskelig ammestart etter en PPB. Dette gjorde oss motivert til å utforske denne sammenhengen.

Jordmødre har mange ansvarsområder, og følger kvinner tett gjennom både svangerskapet, fødsel og barseltid. Jordmors rolle innebærer blant annet å støtte og veilede kvinnene til å få en bedre start på ammingen, både for de som har hatt en normal fødsel, og de som har hatt komplikasjoner i fødselsforløpet. Vi mener informasjon og oppfølging må tilpasses den enkelte kvinnen og hennes opplevelse, og tenker derfor at det er viktig å belyse hvilke påvirkende faktorer som kan være av betydning for ammestart og videre amming. Som helsepersonell har man et ansvar om å holde seg faglig oppdatert, og tilegne seg den kunnskapen som er nødvendig for å gi god veiledning og fødselsomsorg.

“Klinisk jordmorfag er om menneskelige møter, om sårbare kvinner, maktrelasjoner og profesjonalitet” (Aune, 2014, s. 16).

1.1 Hensikt med studien

Hensikten med studien vår var å undersøke hvilken påvirkning PPB kan ha på ammingen de første seks månedene etter fødsel. Målet er å øke kunnskapsnivået om temaet hos jordmødre på sykehus og i kommunehelsetjenesten, slik at kvinner med gjennomgått PPB kan få god og individuell oppfølging.

Problemstilling: Hvilke faktorer kan påvirke amming hos kvinner som har hatt en postpartumblødning? En scoping review.

1.2 Disposisjon

I første kapittel presenterer vi hensikten med oppgaven, samt den bakgrunnskunnskapen vi mener er nødvendig for leseren å inneha for å kunne forstå kompleksiteten av jordmors rolle i møte med kvinner som har opplevd en PPB. Det neste kapitlet tar for seg stress og mestring som teoretisk rammeverk for vår studie. I tredje kapittel gir vi en innføring i metoden vi har benyttet oss av, i tillegg til å gå gjennom søkeprosessen vi gjorde for å finne relevant forskning innenfor temaet. I kapittel fire viser vi hvordan vi har kartlagt datamaterialet vi fant i de inkluderte studiene, og presenterer resultatene i kapittel fem. Vi diskuterer metoden scoping review i kapittel seks, og i kapittel syv diskuterer vi resultatene våre opp mot teori og

annen litteratur. En oppsummering av studien gjøres i kapittel åtte, hvor vi også ser på mulige implikasjoner for praksis og behov for videre forskning på området.

1.3 Bakgrunn

Amming i verden

Globalt blir bare 38% av barn fullammet frem til seks måneders alder. WHO og UNICEF satte i 2012 opp globale ernæringsmål for 2025, hvor de beskriver at amming er den viktigste forebyggende faktoren for spedbarnsdød i verden (World Health Organization & Unicef, 2014, s.1). Målet er å øke tallene for fullamming til minimum 50% de første seks månedene postpartum. Fullamming er en kjernefaktor for barns overlevelse og helse, på bakgrunn av at det gir essensiell og uerstattelig næring for et barns vekst og utvikling, samtidig som det forebygger sykdom som for eksempel lungebetennelse og diaré (World Health Organization & Unicef, 2014, s.1). I de landene som allerede har nådd 50% fullamming, oppfordres det til å ha som målsetning å øke tallene med minimum 1,2% per år, på grunn av de helse- og økonomiske fordeler fullamming innebærer (World Health Organization & Unicef, 2014, s.1).

“Fullamming defineres som bare morsmelk pluss vitaminer/mineraler/tran. Delvis amming defineres som morsmelk med tillegg av alle slags drikker, morsmelkerstatning og fast føde. Ingen amming innebærer at barnet får bare morsmelkerstatning og eventuelt tillegg av annen drikke og fast føde” (Alquist, 2016, s. 18).

Mellom 1985 og 1995, økte de globale ammeratene for fullamming med 2,4% per år i gjennomsnitt. Etter dette sank ammeratene i flere land, men 25 land på verdensbasis klarte å øke tallene for fullamming med opptil 20 prosentpoeng etter 1995. Denne økningen er det som er nødvendig for at de globale målene for amming skal nås innen 2025 (World Health Organization & Unicef, 2014, s.1). I 1991 satte WHO/Unicef i gang et tiltak for å fremme amming på føde- og barselavdelinger verden over, kalt “The Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI). Sykehus kan bli godkjent som et BFHI-sykehus, ved at de møter kravene om “ti trinn for vellykket amming”. Dette er enkle trinn som legger til rette for god ammekunnskap hos helsepersonell, fokus på tidlig nærkontakt mellom mor og barn, ammeprosedyrer og god opplæring. Etter 2005 ble også tiltakene overført til helsestasjoner i Norge, for å sikre god oppfølging, også etter utskrivelse fra sykehus (Alquist, 2016, s. 15). Ti

trinn for vellykket amming (se vedlegg 2) er anbefalt som et verktøy for å øke tallene for fullamming verden over, og det ses en økning i fullamming ved sykehus som har en BFHI -sertifisering (World Health Organization & Unicef, 2014, s. 2).

Amming i Norge

Fullamming den første uken etter fødsel har i Norge gått ned fra 73% i 2006, til 66% i 2020 (Myhre et al., 2020, s. 26). I Folkehelseinstituttet sin landsomfattende rapport om spedbarnskost i Norge fra 2020, kommer det frem at 97% av barna fikk morsmelk på føde- og barselavdelingen. Av disse ble 66% fullammet, mens 26% delvis ammet. Ammeraten ble redusert til 93% etter fire uker (81% fullammet), og 82% ved fire måneders alder (39% fullammet) (Myhre et al., 2020, s.19). Ved 6 måneders alder var det færre som fullammet i undersøkelsen fra 2020 enn i 2006 (Myhre et al., 2020, s. 58). Av de 78% som fikk morsmelk ved 6 måneders alder, ble hele 76% delammet (Myhre et al., 2020, s. 19). Barna som ble delammet, hadde likevel en ammefrekvens på gjennomsnittlig 7 ganger/døgn (Myhre et al., 2020, s.19).

I "Spedkost 3" ble "for lite melk" oppgitt som den vanligste årsaken til ammeslutt (42%). De andre årsakene som ble nevnt, var at barnet ikke lenger ville ha morsmelk (14%), og sugeproblemer (9%). Kvinnene ble spurt om hvem som rådet dem til å slutte å amme, og av 62 kommentarer var det 57 som oppga at det var helsepersonell som hadde rådet dem til å slutte (Myhre et al., 2020, s.19). I rapporten kom det frem at det var flere barn som fikk morsmelkerstatning i 2020 sammenliknet med funnene i "Spedkost 2006", tallene fra den nyeste undersøkelsen var 29% mot 18% i 2006. Det anbefales i Norge at nyfødte friske barn ikke får annet enn morsmelk, med mindre de har for lavt blodsukker eller går betydelig ned i vekt (Markestad, 2016, s. 42).

Jordmors rolle

Formålet med barselperioden er blant annet at kvinnen skal bli kjent med barnet sitt, samt hvile ut etter fødselen. Kvinnene har ulike behov som jordmor må kunne oppdage og ivareta (Binnie et al., 2017, s. 598). WHO's prinsipper for perinatal omsorg, sier at jordmor skal gi kunnskapsbasert og helhetlig omsorg. Dette innebærer at jordmor hjelper til med alle behov, ikke bare fysiske plager (Fylkesnes, 2017, s. 26). Jordmor gir pleie til kvinner og deres barn i tiden etter fødsel, og må ta hensyn til det helhetlige bildet og utfordringene kvinner møter i sin nye tilværelse. Ifølge prinsippene skal jordmor også jobbe familiefokusert, hvor ikke bare

omsorgen til kvinnen og barnet skal stå i fokus, men også omsorg til kvinnens partner og familie (Fylkesnes, 2017, s. 26).

Det finnes flere risikofaktorer for PPB som må tas hensyn til underveis i fødsel. Blant disse finnes tidligere PPB, tidligere kirurgi på livmoren, langvarig fødsel, induksjon og oxytocinstimulering, overvekt, IVF, stort barn og flerlingsvangerskap (Nyfløt et al., 2020). Risikofaktorer kan oppstå både før fødsel og underveis i forløpet, og man bør derfor lage behandlingsplaner tilpasset den enkelte kvinnen når nye risikofaktorer oppdages (Nyfløt et al., 2020).

Ifølge Aune, I. kan jordmorfaget aldri ses på kun gjennom naturvitenskapelig kunnskap. Det er et komplekst og sammensatt fagfelt som krever at jordmødre har evnen til å sette seg inn i den fødendes situasjon og erfaringer, samtidig som man har en faglig forankring. Hun trekker også frem at forskning innenfor svangerskap, fødsel og barselomsorg ofte har et fokus på patologi, og at resultater av helsetjenesten som gis, sjeldent blir målt i positive langtidseffekter som for eksempel velvære hos kvinnen og barnet (Aune, 2014, s. 19).

Endring i fødepopulasjonen i Norge

Fødepopulasjonen i Norge har i de senere årene vært i endring. Helsedirektoratet utformet i 2020 en rapport hvor de kartla endringene mellom 2008-2018. Her ble det lagt frem at det har vært en nedgang i antall fødsler, samtidig som fødepopulasjonen har blitt mer kompleks. De viktigste endringene som ses, er høyere alder og høyere kroppsmasseindeks, i tillegg til sykdommer i svangerskapet, samt inngrep og komplikasjoner under fødsel. Det ses også en høyere andel gravide kvinner med fødeland utenfor Norge (Helsedirektoratet, 2020, s. 7). Både internasjonale og nasjonale studier, i tillegg til statistikk fra medisinsk fødselsregister (MFR), har vist at innvandrerkvinner har en økt risiko for sykdom og komplikasjoner i forbindelse med både svangerskap og fødsel. De har også et økt behov for god og forståelig informasjon fra helsepersonell (Helsedirektoratet, 2020, s. 75). Blant kvinnene som ikke har fødested i Norge, er det registrert høyere andel fødsler med blødning over 500 ml (Helsedirektoratet, 2020, s. 33).

I Norge ble 23,8 % av alle fødsler igangsatt i 2018. Dette tallet har steget jevnt fra 15,6% i 2008 (Helsedirektoratet, 2020, s. 31). Grunnen til dette ser blant annet ut til å være bedre diagnostikk, som gjør at risikofaktorer og sykdom oppdages tidligere. Det er i tillegg kommet mer kunnskap angående risiko ved å gå over termin, som har ført til at flere induseres som et

forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2020, s. 74). Det er nødvendig med god diagnostikk og behandlingsmetoder, men samtidig er det viktig å huske på WHO's prinsipp om demedikalisering, hvor det presiseres at det skal brukes minst mulig teknologi og kun helt nødvendige inngrep ved grunnleggende fødselsomsorg (Fylkesnes, 2017, s. 26).

I 2008 var gjennomsnittlig alder hos de fødende 30,2 år, mens det i 2018 økte til 31 år. Det er færre kvinner under 27 år som føder, mens andelen har steget blant dem over 39 år (Helsedirektoratet, 2020, s. 25). Høyere alder gir økt risiko for at den fødende har utviklet sykdommer før graviditeten, i tillegg ser det ut til at det øker risikoen for komplikasjoner også i svangerskapet (Helsedirektoratet, 2020, s. 73). Det har også skjedd en økning i bruk av assistert befruktning i Norge fra 2008-2017 fra 2,9% til 4,3% av alle fødsler (Helsedirektoratet, 2020, s. 30). Antall gravide med kroppsmasseindeks over 30 før svangerskapets start, har gått opp fra 11,7% til 12,7%. Overvekt kan gi større risiko for inngrep og komplikasjoner under fødsel, og må følges nøye gjennom svangerskapet for å forebygge blant annet vekstavvik hos barnet, og sykdom, infeksjon og skader hos mor (Helsedirektoratet, 2020, s. 73). Bruk av epidural i fødsel har økt fra 39% i 2008 til 50,1% i 2018. Andelen kvinner med sykdom i svangerskapet gikk også opp fra 9,3% til 11,7% (Helsedirektoratet, 2020, s. 32).

Morsmelkens helsefremmende effekt

Den første melken som dannes i brystet kalles kolostrum. Denne melken produseres allerede i svangerskapet og frem til de første dagene etter fødsel. Proteininnholdet i kolostrum er høyere enn i moden melk, og inneholder immunaktive stoffer som blant annet er viktige for at barnets tarmsystem skal modnes (Hansen, 2017, s. 710). Det viser seg at barn som kun får morsmelk har lavere tendens til å få infeksjoner i ørene, mage-tarm og luftveier, enn barn som ikke får morsmelk (Hansen, 2017, s. 712). Innholdet i morsmelk består blant annet av viktige fettsyrer som er spesielt gunstige for at barnet vokser og utvikler seg, spesielt i forhold til hjernen og nervesystemet (Markestad, 2016, s. 42). Morsmelk ser også ut til å gi lavere forekomst av diabetes hos barna (Hansen, 2017, s. 713).

Amming og morsmelkernæring ser ut til å føre til helsefordeler, både for mor og barn. Dette gjelder tiden mens mor ammer, men også senere i livet (Hansen, 2017, s. 712). Amming gir helsefordeler for mor ved at uterus kontraherer og dermed reduserer PPB rett etter fødsel. Det gir også langsiktige helsefordeler ved å redusere risiko for brystkreft før menopausen, noen

typer eggstokk- og livmorkreft, i tillegg til å redusere risiko for revmatiske tilstander og diabetes type 2. Det er også kjent at amming kan ha en positiv effekt hos deprimerte kvinner (Hansen, 2017, s. 713). Hos kvinner som ammer, vil nivået av kortisol i blodet være lavere, mens nivåene av oxytocin og endorfiner vil være høyere enn hos kvinner som ikke ammer. Ifølge Nesheim et al. (2015), oppgir også disse kvinnene at de er mer tilfreds og kjenner på mindre stress enn kvinner som flaskemater barna sine (Nesheim et al., 2015, s. 232).

Den første timen etter fødsel blir ofte kalt “den hellige timen” (Brunstad, 2017b, s. 483). Det er viktig at jordmor legger til rette for tilknytningen som skjer mellom mor og barn den første tiden etter fødsel, da dette vil ha flere positive effekter i tiden fremover (Brunstad, 2017b, s. 483). Den første fasen av melkeproduksjonen styres av hormoner, men vil senere være avhengig av stimulering av brystet for å opprettholdes. For å stimulere kan barnet legges hud-mot-hud etter fødsel. Det er på dette tidspunktet at barnet er mest våken og klar for å ta brystet (Hansen, 2017, s. 706). Ved amming stiger prolaktinnivået og det opprettholdes så lenge kvinnen ammer. Oxytocin frigjøres når nerveimpulser fra brystknoppen sendes til hypofysebakklappen, disse nerveimpulsene stimuleres når barnet dier og fører til utdrivning av melk fra brystet ved hjelp av oxytocin. Denne prosessen kalles utdrivningsrefleksen. Stress og smerte kan hemme frigjøringen av oxytocin (Hansen, 2017, s. 707). Dette skjer fordi økte mengder av hormonet adrenalin skilles ut under stress og dette virker antagonistisk på oxytocin (Sortland, 2013, s. 162).

Laktogenese, hypovolemi og IMS

Laktogenesen, som er fasen hvor melkeproduksjonen kommer i gang, kan deles inn i to punkter:

- “Laktogenese 1 (fra midt i graviditeten til ca. 2 dager etter fødselen)
- Laktogenese 2 (ca. 3-8 dager etter fødselen)” (Alquist, 2016, s. 38).

Forsinket laktogenese 2 defineres som forsinket melkeproduksjon, hvor det tar lenger tid enn normalt å gå fra kolostrum til melk (Hurst, 2007, s. 589). Dette kan ha flere årsaker og det kan enten være primære eller sekundære grunner til forsinket laktogenese 2. PPB kan være en av flere årsaker til forsinket melkeproduksjon (Hurst, 2007, s. 590), og er en av mange faktorer som kan øke risikoen for «Insufficient milk syndrome» (IMS) (Willis & Livingstone, 1995, s. 126). Det er et stadig mer kjent problem, og defineres som en manglende

vektutvikling hos nyfødte på grunn av redusert inntak av morsmelk daglig (Willis & Livingstone, 1995, s. 125).

Kvinner som har hatt en PPB kan oppleve hypotensive episoder. Disse episodene kan gi iskemi i hypofysen, som kan hemme prolaktinutskillelsen og igjen føre til en påvirkning av laktogenese 2 (Willis & Livingstone, 1995, s. 123). I sjeldne tilfeller kan alvorlig blødning føre til utvikling av Sheehan syndrom, hvor det forekommer nekrotiske tendenser i hypofyseforlappen på grunn av lav blodgjennomstrømning. Vansker med amming grunnet manglende prolaktinutskillelse kan være vanlige symptomer på Sheehan syndrom. Forsinket laktogenese 2 kan også komme av høye kortisolnivåer som kan opptre ved stressende situasjoner, som en PPB (Bamoulid et al, 2009 s. 351-352, Feinberg et al 2005 s. 975-979, Schragar & Sabo, 2001 s. 389-391: sitert i Thompson et al, 2010 s. 1-2).

Postpartumblødning

“Post partum betyr “etter fødselen”. Postpartumperioden regnes som de første 24 timene etter fødsel” (Kåss, 2020).

Postpartumblødning defineres som blødning over 500 ml. 1000 ml eller mer klassifiseres som stor blødning, og blødning på 2500 ml eller mer som ekstra stor. Blødning i løpet av de første 24 timene post partum betegnes som primærblødning, og blødning mellom 24 timer og seks uker post partum som sekundærblødning. (Brunstad, 2017a, s. 478)

PPB over 500 ml har steget fra 16,6% til 28,7% fra 2008-2018, og antall fødsler med blødning over 1500 ml eller med administrering av blodtransfusjon har også økt fra 1,9% til 4,2% (Helsedirektoratet, 2020, s. 32). Det finnes lite informasjon om langtidspåvirkningen av en PPB. Noen konsekvenser er derimot sannsynlige: PTSD er en økt risiko etter en traumatisk fødsel, fremtidig barneønske og evnen til å amme kan bli påvirket, det kan være vanskeligere å knytte seg til barnet, og det kan påvirke gjenopptakelsen av seksuell aktivitet. Kvinnene kan få anemi og fatigue etter PPB, noe som begge er risikofaktorer for barseldepresjon (Thompson et al., 2011, s. 365).

"Fatigue er en vedvarende tilstand av utmattelse hvor man ikke blir bedre av å hvile [...] Mange beskriver fatigue som den følelsen av kraftløshet man kan oppleve for eksempel ved influensasykdom" (Koht & Sulheim, 2019).

Anemi

Anemi forkommer ved lave hemoglobinnivåer i blodet, og tilstanden kan skyldes flere ulike årsaker (Meyer, 2011, s. 203). De siste månedene av svangerskapet vokser fosteret raskt og jernbehovet øker. Dette kan føre til lav hemoglobinverdi hos kvinnene, og hemoglobinnivåene kontrolleres derfor i uke 28. Som regel er dette perioden hvor konsentrasjonen er på det laveste, og det forventes en stigning på slutten av svangerskapet. Den lave konsentrasjonen skyldes en fortynning av blodet på grunn av økt væskemengde i kroppen. Mange gravide trenger jerntilskudd i de siste to trimesterene, da det er vanskelig å få dekket behovet via kostholdet, selv om dette bør tilstrebes (Sortland, 2013, s. 149).

2.0 Teoretisk rammeverk

Vi har valgt å bruke Lazarus sin stressmestringsteori som teoretisk innfallsvinkel for å kunne få en bedre forståelse av resultatene vi har funnet i studien vår. Lazarus ga ut sin første bok om stress og mestring i 1966, hvor han hadde utformet en teori om psykologisk stress. Under arbeidet med denne teorien så han hvordan stress også henger sammen med følelser, og at det er et større, mer komplekst område. Han jobbet derfor ut fra tanken om at det kan gi negative konsekvenser hvis stress og følelser behandles som to separate felt (Lazarus, 2006, s. 53).

Stress kan ofte i dagens samfunn forbindes med negative følelser som sjalusi, angst og skam. Ifølge Lazarus kan derimot følelser som vi opplever som positive også føre til en stressreaksjon. Kjærlighet eller lykke er positive følelser, men kan gi stress i form av et ønske om at følelsen skal vedvare, og at følelsen ikke blir bekreftet eller gjengjeldt fra nære personer. Man kan også bli stresset av frykt for at den positive følelsen skal forsvinne (Lazarus, 2006, s. 54). Ifølge Lazarus (2006) kan stress deles inn i; skade/tap, trussel og utfordring. Skade/tap dreier seg om en skade eller et tap som allerede har skjedd. Trussel kommer fra en skade eller tap som ikke har inntruffet enda, men som kan skje i den nærmeste fremtid. Utfordring handler om følelsen av at måloppnåelsen er forbundet med utfordringer.

Disse tre typene stress kan få ulike konsekvenser og bør håndteres ulikt (Lazarus, 2006, s. 50).

Mestring handler om måten stressende begivenheter bearbeides på. Stress og mestring kan ses i sammenheng med hverandre: Dersom situasjonen ikke mestres, vil stressnivået øke, mens hvis situasjonen takles bra, vil det føre til mindre stress. Det kan derimot slå feil ut, dersom en mestrer mye og tar på seg mer enn det som kan håndteres, vil dette igjen kunne føre til stressreaksjoner (Lazarus, 2006, s. 129). Menneskers evne til mestring er en prosess som endres kontinuerlig gjennom livet, og tar for seg evnen til å utvikle seg, lære og prosessere erfaringer. Når man blir eldre og har mer livserfaring, vil stress og livsutfordringer kunne mestres på en mer moden måte (Lazarus 2006; sitert i Kristoffersen, 2011, s. 157).

Det ses to ulike funksjoner ved mestring; en problemfokuset og en følelsesfokuset funksjon. Problemfokuset mestring baserer seg på å innhente informasjon om problemet man står ovenfor, og tar beslutninger ut ifra dette for å endre eller løse situasjonen. Mestringsstrategien kan være rettet mot enten miljøet rundt eller personen selv. En følelsesfokuset mestring vil være å regulere følelsene som dukker opp i forbindelse med den stressende situasjonen, ved å enten distansere seg fra den eller revurderer den oppståtte trusselen. Ved revurdering kan stresset bli erstattet med en ny rasjonell mening, og dette er ofte den mest effektive strategien (Lazarus, 2006, s. 145).

Andre syn på stress og mestring

Betegnelsen stress er et vidt og uspesifikt begrep, og blir brukt på flere ulike måter. Stress kan brukes om ulike belastninger vi utsettes for i løpet av livet. Det kan også betegnes som menneskers fysiske og psykiske reaksjoner på belastninger, og utfallene av en stressreaksjon (Kristoffersen, 2011, s. 134). Det finnes både fysiske og psykiske påkjenninger og stressutløsere som kan føre til stressreaksjoner i kroppen. Noen ganger er situasjoner sammensatte, og kan kreve både fysiologisk og psykologisk bearbeiding for å løse problemet (Kristoffersen, 2011, s. 135).

Lazarus sin teori om stress og mestring viser til at mestring som regel ses på som noe konkret som skal gjøres, men at det også kan være å ikke gjøre noe. Andre mestringsstrategier kan være å oppsøke relevant informasjon for å endre måten å tenke i en stressende situasjon til det bedre, uten å endre situasjonen (Benner & Wrubel, 2014, s. 86). Benner og Wrubel mener

stress ikke skal betraktes som en situasjon som alltid skal unngås, men at stress er en faktor som vil forekomme gjennom et livsløp med ting som betyr noe for en (Benner & Wrubel, 2014, s. 85).

"Man kan blive fri af sygdommen, men ikke af oplevelsen av sygdommen" (Benner & Wrubel, 2014, s. 85).

Helsepersonell har en unik rolle til å klare å se begge sider av en stressituasjon, både selve sykdomsopplevelsen og pasientens evne til å takle den. De kan på denne måten veilede pasienten til å overkomme situasjonen ved hjelp av mestringsstrategier. Sykepleieren kurerer ikke stresset, men hjelper pasienten til å fremme håp og mestring i en vanskelig situasjon (Benner & Wrubel, 2014, s. 86).

"Normalkriser" er noe som oppleves i løpet av livet. Disse kan innebære positive ting som blant annet å gifte seg og å få barn, men også negative kriser som for eksempel skilsmisse (Eide & Eide, 2012, s. 168). Disse situasjonene gjør at vi må tilpasse oss noe nytt. Det er normalt å måtte bearbeide slike "normalkriser" over tid, for å kunne løse disse best mulig. Dersom noe traumatisk skjer i tillegg til en slik krise, som for eksempel sykdom, ulykke eller tap, vil personens evne til å mestre situasjonen bli satt på prøve (Eide & Eide, 2012, s. 169). Ved stress og mestring i et fenomenologisk perspektiv, kan mennesker bidra til å forme en mening i en gitt situasjon, men også selv bli formet i situasjonen. Det mennesker har med seg av bekymringer, ferdigheter og bakgrunn, kan være med på å definere hva som regnes som stressende og hvordan det mestres (Benner & Wrubel, 2014, s. 87).

Helsedirektoratet skiller i sin rapport stress inn i tre ulike typer: Det sunne stresset, det akutte og det kroniske. Det sunne stresset skaper reaksjoner i kroppen ved at man får økt puls og at hormonene endres, uten å gi følelsen av frykt. Dette ser man gjerne i hverdagen i sammenheng med for eksempel forelskelse eller trening. Det er mange faktorer som kan føre til sunt stress, og disse er viktige for å kunne ha et godt liv og utvikle seg videre som person (Samdal et al., 2017, s.5). Det akutte stresset er det som oftest forbindes med "stress", og oppstår ofte overraskende. Denne stresstypen er ikke nødvendigvis negativ, dersom man klarer å slappe av eller håndtere situasjonen på en rasjonell måte. Det kroniske stresset er en negativ belastning, som gjentar seg hver gang man utsettes for ulike stressfaktorer.

Situasjoner som kan utløse kronisk stress, kan for eksempel være vanskelige familierelasjoner. Dette kan føre til uheldige helseeffekter, både fysiske og psykiske (Samdal et al., 2017, s. 5). Man kan derimot klare å snu det usunne stresset til sunt stress, dersom man får et nytt syn på situasjonen. Et nytt syn kan oppnås ved at den enkelte personen fokuserer på sine ressurser, og på denne måten vil ikke situasjonen oppfattes like truende (Samdal et al., 2017, s. 5).

3.0 Metode

Det var lite forskning på området vi ønsket å undersøke, noe som ville gjort det vanskelig å få stort nok grunnlag til å kunne svare på forskningsspørsmålet vårt ved en systematisk litteraturstudie. Ettersom vi ønsket å utforske et bredt område rundt temaet PPB og amming, falt valget på scoping review som metode. En scoping review tar for seg bredden av aktuell forskning innenfor et valgt tema, og det kan brukes forskning med ulike studiedesign for å kartlegge hva som tidligere er undersøkt på området (Arksey & O'Malley, 2005, s. 2).

3.1 Scoping review

En scoping review er en metode som presenterer et overblikk av eksisterende forskning på et valgt tema (Peterson et al., 2017, s. 12). Arksey og O'Malley (2005) har lagt frem fire punkter som beskriver hvilken måte metoden kan anvendes (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21).

Det første punktet går ut på å undersøke hvilken forskning, og hvilket materiale som er tilgjengelig, og å få en oversikt over eksisterende forskningsfunn uten å gå på detaljnivå (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21). Punkt nummer to baserer seg på å undersøke verdien av å gjøre en full systematisk litteraturstudie og kartlegge om det i det hele tatt er mulig å gjennomføre. I tillegg er det mulig å finne ut om det er gjort en slik studie før, og se på eventuelle kostnader ved å gjennomføre en systematisk litteraturstudie (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21). I det tredje punktet, oppsummeres og formidles kunnskap som finnes på et spesifikt område, slik at forskningsfunnene kan tas i bruk av blant annet politikere, helsepersonell og pasienter som selv mangler tid og ressurser for å kunne innhente denne informasjonen (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21). Punkt nummer fire identifiserer kunnskapshull i den allerede eksisterende litteraturen. Denne formen for en scoping review

tar formidlingsprosessen lenger ved å komme frem til en konklusjon basert på forskningen som finnes (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21).

De første to punktene kan ses på som en pågående prosess hvor målet er å lage en systematisk litteraturstudie, mens de to siste punktene bruker scoping review som metode i seg selv, som resulterer i publisering eller presentering av forskningsfunn (Arksey & O'Malley, 2005, s. 22). Vi ønsker i vår studie å bruke scoping review som metode, som ved det tredje og fjerde punktet.

I en scoping review kan forskningsspørsmålet være et mer generelt spørsmål, mens en systematisk litteraturstudie har en konkret problemstilling, hvor det stilles høyere krav til forskningen og studiemetodene som er tatt i bruk (Peterson et al., 2017, s. 12-13). Målet med en systematisk litteraturstudie vil derfor være å finne svar på et konkret spørsmål ut ifra et knippe studier med høy kvalitet, mens en scoping review ikke har de samme kravene om kvalitet i de inkluderte studiene (Arksey & O'Malley, 2005, s. 20). Dette er en god metode å bruke for å utforske nye områder innenfor fagfeltet dersom en ønsker å se på bredden innenfor et gitt tema, og sluttproduktet av en scoping review vil som regel være en narrativ presentasjon med minimalt eller begrenset statistisk informasjon (Peterson et al., 2017, s. 13). Metoden scoping review er spesielt relevant i pasientsentrert arbeid, hvor kunnskapen kan brukes til å utforme prosedyrer og som informasjon, slik at pasienten får en økt forståelse av situasjonen, og får muligheten til å ta informerte valg i behandlingen (Peterson et al., 2017, s. 14).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi startet søkeprosessen med å sette opp et PICO-skjema, for å lettere kunne se hvilke søkeord som kunne fange opp aktuell forskning og for å kontrollere om de aktuelle funnene var relevante for å kunne svare på vårt forskningsspørsmål. PICO er et verktøy innenfor kunnskapsbasert praksis som skal gjøre det lettere å utarbeide en tydelig problemstilling, slik at man kan finne relevant forskning i søkeprosessen (Helsebiblioteket, 2016b).

Tabell 1. PICO-skjema med inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
P Patient/problem	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner som har hatt postpartumblødning i fødsel 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner uten postpartumblødning i fødsel - Barn
I Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Blødningsmengde over 500 ml - Blodtransfusjon/blodprodukter - Anemi 	<ul style="list-style-type: none"> - Blødning under 500 ml - Medikamenter - Fødsler utenfor sykehus
C Comparison		
O Outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Amming 	<ul style="list-style-type: none"> - Forebygging av PPB - Opplæring/undervisning av helsepersonell - Behandling av PPB
Design	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler publisert fra 2008-2020 - Fagfelleverdert - Artikler i full tekst - Artikler publisert på engelsk 	<ul style="list-style-type: none"> - Utviklingsland - Artikler som ikke er i full tekst - Artikler på andre språk enn engelsk

(Helsebiblioteket, 2016b)

3.3 Søkeprosessen

For å kunne svare på oppgaven vår, var vi avhengige av forskning gjort på dette området. Vi startet derfor med et litteratursøk i databasene Medline, Cinahl, Cochrane Library og Embase. Vi utførte søkene hjemmefra i tidsperioden 13/10/20- 11/11/20, og fikk i denne perioden hjelp fra bibliotekar digitalt, til å sette opp systematiske søk. Vi brukte søkeordet "postpartum hemorrhage", og brukte "suggest subject terms" for å finne MeSH-termer (Medical Subject Headings) til videre søk. Her fikk vi flere søkeord som vi brukte videre: "*postpartum*", "*postpartum*", "*postpartal*", "*post-partal*" og "*puerperal*". Vi gjorde det samme med søkeordet "*breastfeeding*". Her fikk vi flere søkeord som: "*breast-feeding*", "*breastfeeding*", "*nursing*", "*breastmilk*" og "*lactation*", som vi kombinerte i søket.

Vi utførte samme søk i alle databasene og fikk totalt 858 treff. Av disse ble 746 artikler ekskludert basert på tittel, da de ikke var relevante for vår problemstilling. Vi fant 34 duplikater på dette stadiet i prosessen, som også ble ekskludert. Deretter leste vi abstraktet på

de 78 artiklene som sto igjen. Etter å ha lest abstraktet på artiklene ble 66 artikler ekskludert på bakgrunn av lav relevans for oppgaven. Vi satt nå igjen med 12 aktuelle artikler som ble lest i fulltekst. Av disse 12 artiklene, ble seks artikler ekskludert da de ikke traff inklusjonskriteriene om både postpartumblødning og amming.

3.4 Gjennomgang av søk

Artiklene ble gjennomgått av begge to for å forsikre oss om at begge var enige med tanke på eksklusjons- og inklusjonskriterier. Vi ble anbefalt av bibliotekar å ekskludere artikler manuelt, for å unngå å miste aktuelle artikler i prosessen ettersom det ikke var så mye forskning på området. Eksklusjonskriteriene vi satte var at forskningen skulle være gjort i vestlige land, eller som kunne sammenliknes med nordiske helsetjenester. Vi begrenset søket til forskning publisert fra år 2008-2020, artikler som var fagfellevurdert og artikler skrevet på engelsk. Vi ser at mye av forskningen på temaet tar for seg forebygging av PPB, og undervisning for helsepersonell, men at det er forsket mindre på amming i etterkant av fødselen og oppfølging av kvinnene som har hatt en PPB.

Kvalitetssikring

For å kvalitetssikre studiene vi ønsket å bruke, gikk vi gjennom hver enkelt studie i helsebiblioteket sine sjekklister fra FHI sin håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011). Sjekklister kan ses på som et verktøy for kvalitetsvurdering av inkluderte studier. Det var ulike sjekklister for de forskjellige typene studier. Vi brukte sjekklister for kohortstudier, kvalitative studier og tverrsnittstudier (se vedlegg 1). Det er forskjellige krav for god kvalitet ut ifra hvilken metode som er anvendt i studien, sjekklister har ulik poengscore. Ut ifra dette vil kvalitetspoengene vi har satt, variere mellom de ulike studiene etter hvilken sjekklister som er brukt. Ved å anvende et slikt verktøy, vil man kunne stille spørsmål til litteraturen på en strukturert måte, og dermed få en dypere forståelse av stoffet (Aveyard, 2019, s. 109). At studiene er av god kvalitet, vil kunne styrke validiteten til resultatene. Dette er ikke et krav i en scoping review, men vi har valgt å gjøre dette for å heve kvaliteten på studien slik at resultatene kan bli brukt i fagfeltet.

Kontrollsøk

10-11. november 2020 gjorde vi et siste søk med samme søkeord som i hovedsøket vårt, for å se om det var tilkommet nye relevante forskningsartikler. Vi fant igjen de samme seks artiklene vi allerede hadde tatt i bruk. I tillegg fant vi fire artikler som vi så kunne være aktuelle, men som etter å ha blitt lest i fulltekst ble ekskludert ettersom det var feil fokus for å kunne svare på problemstillingen vår. I databasen Embase utvidet vi søket vårt ved kontrollsøket, da vi hadde satt begrensninger på hovedsøket. I det første søket vårt fant vi ingen duplikater, men i kontrollsøket var det 11 duplikater i Embase.

Mange av artiklene i søkene tok for seg helsepersonells trening og simulering av PPB, medikamenter tatt i bruk ved blødning, og forløsning av placenta. En del av artiklene var ikke relevante for vår oppgave, ved å ta for seg kun amming eller kun PPB. Det var også flere artikler som ikke passet inn med inklusjonskriteriene våre, og vi valgte derfor å beholde artiklene vi fant ved vårt første søk, da vi vurderte at de kunne besvare forskningsspørsmålet vårt.

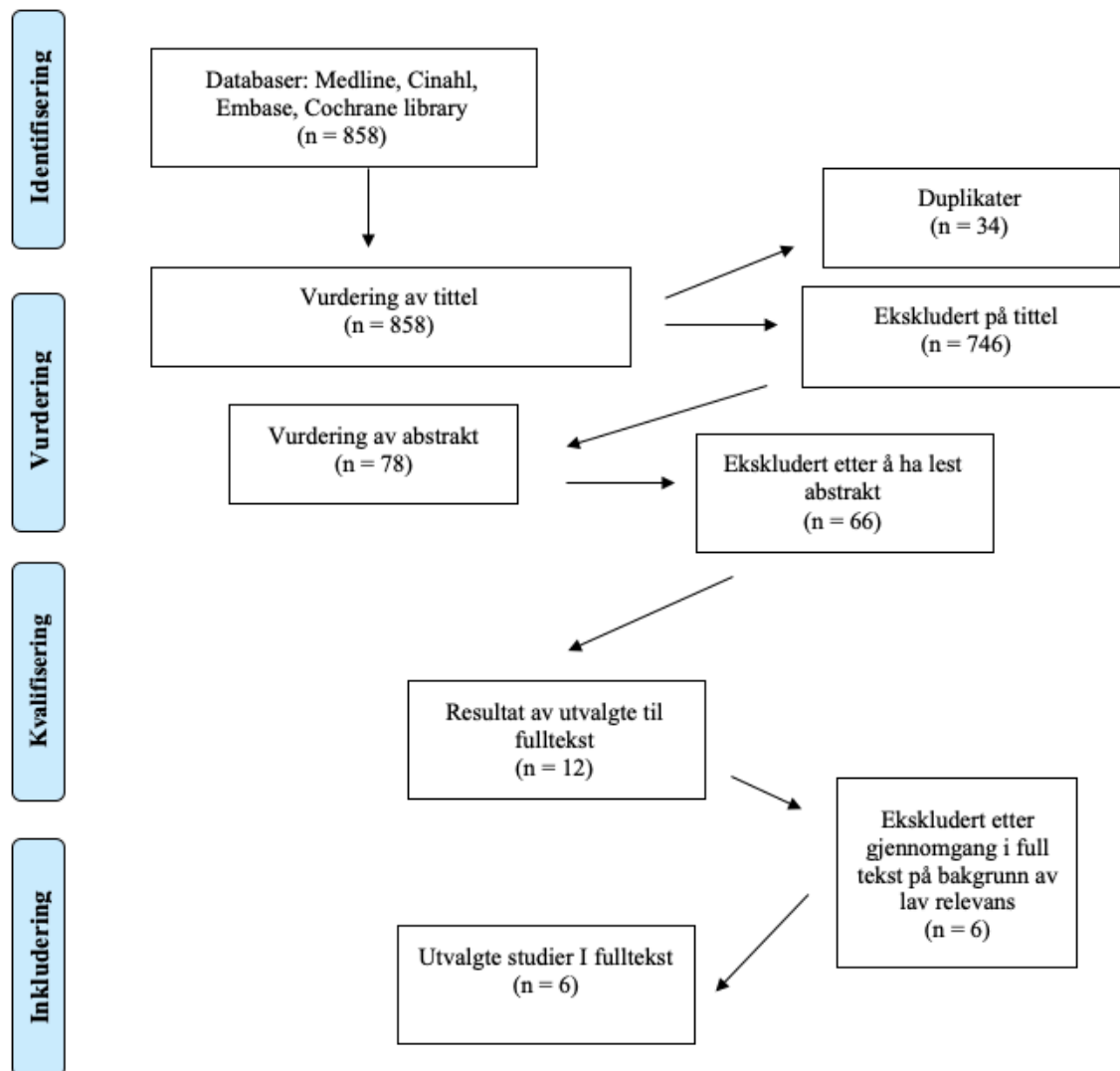
Tabell 2. Artikkelsøk 13-14/10/20

Database	Medline	Cochrane Library	Cinahl	Embase
Dato for søk	13/10/20	14/10/20	13/10/20	13/10/20
Søkeord	Postpartum hemorrhage OR ((Postpartum or post-partum or postpartal or post-partal or puerperal) n1 (hemorrhage* or haemorrhage* or fluxus or bleeding*)) AND Breastfeeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing or breastmilk* or lactation)	Postpartum hemorrhage OR ((postpartum or Post-partum or postpartal or post-partal or Puerperal) Adj2 (hemorrhage* or Haemorrhage* or fluxux or bleeding*)) AND Breast feeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing or breast milk* or lactation)	Postpartum hemorrhage OR ((Postpartum or post-partum postpartal or post-partal or puerperal n1 (hemorrhage* or haemorrhage* or fluxus OR bleeding*)) AND Breast feeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing or breast milk* or lactation)	Postpartum hemorrhage OR ((Postpartum or post-partum or postpartal or post-partal or puerperal) Adj2 (hemorrhage* or haemorrhage* or fluxus or bleeding*)) AND breastfeeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing og breastmilk* or lactation)
Treff	418	68	239	94
Duplikater	0	0	34	0
Aktuelle basert på tittel	28	4	22	24
Aktuelle etter å ha lest abstrakt	14	2	14	0
Aktuelle etter å ha lest i fulltekst	7 (alle aktuelle artikler ble funnet i medline)	0	4 like artikler som i Medline	0

Tabell 3. Kontrollsøk 10-11/11/20

Database	Medline	Cochrane Library	Cinahl	Embase
Dato for søk	11/11/20	10/11/20	10/11/20	11/11/20
Søkeord	Postpartum hemorrhage OR ((Postpartum or post-partum or postpartal or post-partal or puerperal) n1 (hemorrhage* or haemorrhage* or fluxus or bleeding*)) AND Breastfeeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing or breastmilk* or lactation)	Postpartum hemorrhage OR ((postpartum or Post-partum or postpartal or post-partal or Puerperal) Adj2 (hemorrhage* or Haemorrhage* or fluxux or bleeding*)) AND Breast feeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing or breast milk* or lactation)	Postpartum hemorrhage OR ((Postpartum or post-partum orpastparal or post-partal or puerperal n1 (hemorrhage* or haemorrhage* or fluxus OR bleeding*)) AND Breast feeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing or breast milk* or lactation)	Postpartum hemorrhage OR ((Postpartum or post-partum or postpartal or post-partal or puerperal) Adj2 (hemorrhage* or haemorrhage* or fluxus or bleeding*)) AND breastfeeding OR (breast-feeding* or breastfeeding or nursing og breastmilk* or lactation)
Treff	418	64	241	276
Duplikater	10	0	34	11
Samme aktuelle artikler som ved søk nr.1	7 (8 med review)	0	4	3
Nye aktuelle artikler	0	0	1	3
Nye aktuelle artikler inkludert etter å ha lest full text			1	1

Figur 1. Prisma flytdiagram



(Moher et al., 2009)

4.0 Kartlegging av data

Da vi hadde gjennomført søkeprosessen med hovedsøk, kontrollsøk og kvalitetssikring, satte vi opp de aktuelle studiene i tabeller for å få en ryddig og systematisk oversikt over datamaterialet. Vi valgte her å utvikle egne tabeller med de kravene vi hadde fulgt i forhold til kvalitetssikring i søkeprosessen, samt hvilke funn som var gjort i de respektive studiene. Vi valgte i tillegg å ta med studienes begrensninger i disse tabellene, slik at vi hele tiden hadde dette klart for oss gjennom de ulike delene i studien vår.

I begynnelsen brukte vi tabellene til å trekke ut alt av data som kunne være relevant for vår studie etter hvert som vi gikk systematisk gjennom artiklene. Vi leste alle seks artiklene flere ganger, både hver for oss og sammen, slik at vi var sikre på at alt av datamateriale som kunne være aktuelt ble skrevet ned i tabellene. Etter hvert som vi så hvilke faktorer som påvirket amming etter en PPB, ble resultatene delt inn i ulike temaer som skulle tas i bruk i diskusjonsdelen. Vi tilspisset derfor tabellene mer ut ifra de funnene som var aktuelle for oss å drøfte videre. Ved den første datakartleggingen delte vi resultatene inn i psykologiske og fysiologiske faktorer som påvirket amming, men dette så vi ble for store temaer, og vi fikk dermed en dårligere oversikt enn det vi ønsket. Temaene ble derfor spesifisert mer ut ifra konkrete faktorer som vi så gikk igjen i de seks studiene.

Nedenfor ses tabellene vi har laget for å kartlegge datamaterialet i vår studie. Tre av studiene ble funnet i flere databaser, dette er satt inn i punktet for “databaser” på de gjeldende studiene. Punktene vi har valgt å inkludere i tabellene er: database, tittel, forfatter, årstall, tidsskrift, om artiklene er fagfellevurdert, metode, deltakere i studien, hensikt, funn, studiens begrensninger, land og vår kvalitetsvurdering av studien.

Tabell 4 – inkluderte artikler

Database:	Medline/Cinahl
Tittel:	Women´s breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: A multicentre cohort study.
Forfatter:	Thompson, J. F., Heal, L. J., Roberts, C. L., Ellwood, D. A.
Årstall:	2010
Tidsskrift:	International Breast Feeding Journal
Fagfelleverdert:	Ja
Metode:	Beskrivende studie (descriptive study) basert på kvalitativ og kvantitativ data.
Deltakere:	206
Hensikt:	Å beskrive ammeopplevelser hos en gruppe kvinner som har hatt en signifikant postpartumbldning
Funn:	Blant kvinnene med en signifikant PPB, fullammet 63% barna fra fødsel, hvor 85% hadde håpet å gjøre dette. Kun 52% av kvinnene som ønsket å amme hadde mulighet til å ha barnet på brystet den første timen etter fødsel. Forsinkelsen til første amming var lenger hos de med større blodtap, og de med lengst forsinkelse til første amming hadde mindre sjanse til å oppnå fullamming. 70% av de med blødning under 2000 ml fullammet første uken etter fødsel, mens mindre enn 50% av de med blodtap over 3000 ml klarte dette. Totalt ammet 58% av kvinnene med en signifikant postpartumbldning to måneder etter fødsel, og 45% fire måneder etter fødsel.
Studiens styrker og svakheter:	Forskerne i denne studien kan ikke utelukke at helsepersonell ved sykehusene som var med i studiene visste hva som ble studert, og dermed kan ha påvirket til bedre ammerater ved å ha økt fokuset på ammehjelp til kvinner som har hatt en PPB. Det kan ha gitt utslag på resultatene at kvinnene ble spurt etter fødselen om de så for seg ingen amming, delamming eller fullamming. Det er kun sett på amming de første 4 månedene etter fødsel. Kun 39 av de 206 deltakerne beskrev ammeopplevelsen.
Land:	Australia
Kvalitetsvurdering:	9/10

Database:	Medline
Tittel:	Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage: a qualitative study.
Forfatter:	Dunning, T., Harris, J. M., Sandall, J.
Årstall:	2016
Tidsskrift:	BMC pregnancy and childbirth
Fagfellevurdert:	Ja
Metode:	Kvalitativ semi-strukturert intervjustudie.
Deltagere	11 kvinner, 6 partnere
Hensikt:	Beskrive kvinner og deres partners erfaring med en postpartumblødning.
Funn:	Gir innblikk i kvinnes rapportering rundt følelser og erfaringer under og etter en PPB. Datamaterialet ble delt inn i 4 tema: kontroll, kommunikasjon, konsekvenser og kompetanse. Rett over halvparten av kvinnene og deres partnere var ikke klar over at de hadde hatt en postpartumblødning, og ønsket mer informasjon enten når det skjedde eller på barselavdelingen i etterkant av opplevelsen. Funnene i studiene viser at partnerne hadde behov for mer informasjon, spesielt når de ble adskilt fra kvinnen under postpartumblødningen. Kvinnene og partnere trenger mer informasjon etter en større blødning, for trygghet og for planlegging av nye svangerskap. Videre forskning er nødvendig for å forstå psykiske og emosjonelle følger av en PPB for å bedre utfallene.
Studiens styrker og svakheter:	Rekrutteringen skjedde kun på et sykehus. Dette førte til sammenliknbare erfaringer, ettersom kvinnene sannsynligvis vil ha fått samme behandling etter prosedyrer og anbefalinger. En styrke ved studien er at kvinnene hadde variert blodtap, og at dette ble sammenliknet. Kvinner fra ulike sosioøkonomiske bakgrunn ble inkludert og det ble gjort både solo- og gruppeintervjuer.
Land:	Storbritannia
Kvalitetsvurdering:	10/10

Database:	Medline
Tittel:	A relationship between a level of hemoglobin after delivery and exclusive breastfeeding initiation at a baby friendly hospital in Japan
Forfatter:	Horie, S., Nomura, K., Tekenoshita, S., Nakagawa, J., Kido, M., Sugimoto, M.
Årstall:	2017
Tidsskrift:	Environmental Health and Preventive Medicine
Fagfelleurdert:	Ja
Metode:	Tverrsnittstudie.
Deltakere:	1532
Hensikt:	Å undersøke om kvinners ernæringsstatus og hemoglobinnivå kan påvirke suksess med fullamming.
Funn:	Gjennomsnittsalderen var 34 år, 23% var undervektige og 63% førstegangsfødende. Ammeratene ved utskrivelse og 1 måned etter utskrivelse var 7,2, og 63% hos de med hemoglobinnivå under 9 g/dl, 81,9 og 68,9% hos de med hemoglobinnivå mellom 9,0- 10,9 og 85,7 og 75,9% for de med hemoglobinnivå over 11 g/dl. Hemoglobinnivå under 9 g/dl var signifikant assosiert med mislykket amming ved utreise og 1 måned etter utreise. Hemoglobinnivå mellom 9,0- 10,9 g/dl var også signifikant ved tallene 1 måned etter utskrivelse. Pre-gravid undervekt var ikke assosiert med vellykket amming verken ved utreise eller 1 måned etter utskrivelse.
Studiens styrker og svakheter:	Hemoglobinnivået ble målt 2-3 dager etter fødsel. Denne kan ha blitt påvirket av postpartumblødningen, men også av anemi fra før fødselen. Data er kun hentet ut fra ett sykehus. De ønsket i utgangspunktet å ha en egen gruppe for de kvinnene med hemoglobinnivå under 7 g/dl, men her var det for få deltakere. Ut ifra analysen av data bekreftes en tendens til at ammesuksessen ville vært lavest i denne gruppen. En annen begrensning er at forskerne ikke samlet data i forhold til jernsupplement.
Land:	Japan
Kvalitetsvurdering:	6/7

Database:	Cinahl/ Medline
Tittel:	Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey
Forfatter:	Brown, A. & Jordan, S.
Årstall:	2012
Tidsskrift:	JAN- Journal of advanced nursing
Fagfelleurdert:	Ja
Metode:	Undersøkende tversnittstudie (Exploratory cross-sectional survey)
Deltakere:	602
Hensikt:	Å undersøke årsaker for ammingslutt hos kvinner med ukompliserte vaginale fødsler og hos de som opplevde komplikasjoner.
Funn:	<p>Av kvinnene som deltok i studien sluttet 284 kvinner å amme før det var gått 6 måneder. Omtrent halvparten av disse (148) (52,2%) hadde erfart en eller flere komplikasjoner under fødsel og 47,8% (136) hadde ikke erfart komplikasjoner.</p> <p>Kvinnene som hadde opplevd komplikasjoner ammet i en vesentlig kortere periode enn de som ikke hadde det. Særlig var keisersnitt, dårlig fremgang i fødsel, asfyksi og PPB forbundet med kortere ammelengde. De som hadde opplevd komplikasjoner under fødsel ammet i vesentlig kortere tid.</p> <p>Det var ingen vesentlig forskjell på amming hos kvinnene som hadde større rifter eller som hadde assisterte fødsler.</p> <p>Faktorer som inkluderte ammeslutt var: kroppslige bekymringer (som lekkasje av brystmelk), blyghet (ikke ønsket å amme offentlig), vanskeligheter (ammestillinger), smerter (fra såre brystknopper og mastitt), påvirkning på livsstil (vanskelig å få rutiner og sosialisering), press fra andre om å slutte (fra familie og venner), mangel på støtte (vanskelig å få gode råd) og medisinske grunner (tar medisiner eller har blitt anbefalt av helsepersonell å slutte).</p>
Studiens styrker og svakheter:	Hovedbegrensningene til denne studien er størrelsen på studien, og at det kun ble forsket på kvinner i et mindre område, ettersom oppfølging av komplikasjoner kan være ulikt på ulike sykehus og i ulike land. Det er også diskutert at kvinnene selv måtte ta kontakt for å bli med på studien, og at det dermed kan være de med spesielt dårlig ammeopplevelse eller en traumatisk fødsel som ønsket å delta for å dele sine erfaringer.
Land:	Storbritannia
Kvalitetsvurdering:	6/7

Database:	Medline
Tittel:	Haemoglobin concentration following postpartum haemorrhage and the association between blood transfusion and breastfeeding: a retrospective cohort study.
Forfatter:	Chessman, J., Patterson, J., Nippita, T., Drayton, B., Ford, J.
Årstall:	2018
Tidsskrift:	BMC research notes
Fagfelleurdert:	Ja
Metode:	Kohortstudie
Deltakere:	15 451
Hensikt:	Fastslå assosiasjonen mellom blodtransfusjon og amming blant kvinner som har opplevde en postpartumbldning. Har også tatt for seg hemoglobinkonsentrasjon etter fødsel.
Funn:	<p>Blant de 15 451 mødrene med PPB i New South Wales offentlige sykehus mellom 2007 og 2010, mottok 1828 (12%) blodtransfusjon. Av de transfunderte kvinnene hadde 686 (38%) en hemoglobinkonsentrasjon før transfusjon på under 7 g/dl, 792 (43%) hadde en hemoglobinkonsentrasjon mellom 7-9 g/dl og 350 (19%) hadde en hemoglobinkonsentrasjon over 9 g/dl.</p> <p>Av kvinnene med hemoglobinkonsentrasjon under 7 g/dl etter fødsel som fikk blodtransfusjon, ammet 78,6%. Blant de med hemoglobinkonsentrasjon mellom 7-9 g/dl ammet 81,3%, og hos de med hemoglobinkonsentrasjon over 9 g/dl, ammet 80,9%.</p> <p>Blodtransfusjon var assosiert med dårligere ammesuksess sammenliknet med de som ikke fikk blodtransfusjon, uansett hva hemoglobinnivået var før transfusjonen.</p>
Studiens styrker og svakheter:	Begrensningene for denne studien var blant annet mangel på informasjon om hemoglobinnivå hos kvinnene som ikke hadde fått blodtransfusjon. Hver hemoglobingruppe ble sammenliknet med hele den ikke-transfunderte gruppen, slik at amming ved utskrivelse kan ha blitt konfundert av forskjeller i blødningens alvorlighet og hemoglobinnivå.
Land:	Australia
Kvalitetsvurdering:	7/10

Database	Cinahl/ Medline
Tittel:	Red blood cell transfusion after postpartum haemorrhage and breastmilk feeding at discharge: A population-based study.
Forfatter:	Drayton, B. A., Patterson, J. A., Nippita, T. A., Ford, J. B.
Årstall:	2016
Tidsskrift:	Australian and New Zealand Journal Obstetrics and Gynaecology
Fagfelleurdert:	Ja
Metode:	Populasjonsbasert kohortstudie.
Deltakere:	522 534
Hensikt:	Fastslå sammenheng mellom blodtransfusjon og amming ved utreise.
Funn:	Barn fra 461 395 (88%) fødsler ammet ved utreise: 429 875 (82%) fullammet og 31 520 (6%) delammet. Ved fødsler med postpartumblødning uten transfusjon, ammet 31 387 (88%) av den totale gruppen på 35 588 barn ved utskrivelse: 28 821 (81%) fullammet og 2566 (7%) delammet. I gruppen med PPB og blodtransfusjon (4561), ammet 3 737 (82%) av barna ved utreise: 3196 (70%) fullammet og 541 (12%) delammet.
Studiens styrker og svakheter:	Ved å ikke inkludere kvinner som ble overflyttet til intensiv avdeling og som mottok andre blodprodukter, kan effekten av at transfunderte kvinner er sykere og i mindre stand til å amme ikke utelukkes. Andre begrensninger er mangel på informasjon om blødningens alvorlighetsgrad, hemoglobinstatus etter blødningen, antall enheter blod som ble transfundert, og informasjon om timing. Data om tidspunkt for første amming og første hud-til-hud kontakt kunne vært nyttig i denne studien.
Land:	Australia
Kvalitetsvurdering:	7/10

5.0 Resultat

Vi har inkludert seks studier hvorav to tverrsnittstudier, to kohortstudier, en semistrukturert intervjustudie og en såkalt "mixed method" studie basert på både kvalitative og kvantitative data. Totalt presenterer studiene data fra 540 342 deltakere. Studiene som er inkludert er fra 2010-2018, og er hentet fra Australia, Storbritannia og Japan. For å besvare review spørsmålet om hvilke faktorer som kan påvirke amming hos kvinner som har hatt en PPB, finner vi tre hovedgrupper i resultatene: Blødningsrelaterte faktorer, stress og separasjon, og støtte og kunnskap. Disse er igjen delt inn i ulike undergrupper for at resultatene skal være oversiktlige.



Figur 2 – Oversikt over faktorer

5.1 Blødningsrelaterte faktorer

Vi har valgt å dele blødningsrelaterte faktorer inn i tre underkategorier som vi ser gjentar seg i resultatene av våre valgte studier. Disse punktene er blødningsmengde/blodtap, blodtransfusjon/blodprodukter, og anemi.

5.1.1 Blødningsmengde/blodtap

Thompson et al. (2010) så i sin studie at kvinner med større blodtap under fødsel hadde mindre sannsynlighet for å fullamme første uken postpartum sammenliknet med kvinnene med lavere blodtap (Thompson et al., 2010, s. 4). Av kvinnene med blodtap under 2000 ml, fullammet 70% første uken postpartum, mens mindre enn 50% av de som mistet over 3000 ml gjorde det samme (Thompson et al., 2010, s. 4). Blant kvinnene som hadde som intensjon

å amme, hadde de med større blodtap mindre sjanse for å fullamme den første uken enn kvinner med mindre blodtap (Thompson et al., 2010, s. 4). De fant ingen signifikant forskjell på fullamming første uken da de sammenliknet de som hadde fått blodtransfusjon og de som ikke fikk det, blant de som hadde intensjon om å amme (Thompson et al., 2010, s. 5).

Thompson et al. (2010) så også på amming ved hjemreise i Australia. Her var det 63% av kvinnene med en større PPB som fullammet den første uken etter fødsel, 58% ved 2 måneder og 45% fire måneder post partum. Tallene for fullamming var ved alle kontrolltidspunkt lavest hos kvinnene med størst blodtap (Thompson et al., 2010, s. 5). Det var flere som gikk over til fullamming to måneder etter fødsel blant kvinnene med blodtap mellom 2000-2999 ml, men ikke for kvinnene med estimert blodtap over 3000 ml (Thompson et al., 2010, s. 6).

Det ble i spørreundersøkelsen til Thompson et al. (2010) nevnt flere årsaker til ammeproblemer blant kvinnene med PPB i studien. Blant utfordringene for ammestart ble det nevnt separasjon fra barnet, fatigue, forsinket melkeproduksjon og mobilitet (Thompson et al., 2010, s. 6). Faktorene som gjorde det vanskelig å fortsette med amming var blant annet komplikasjoner som mastitt, smerter, stress, og høye krav til amming samtidig som de skulle komme seg etter blødningen (Thompson et al., 2010, s. 7). I en britisk studie fra 2012 ble det funnet at mødre som hadde opplevd fødselskomplikasjoner ammet i en signifikant kortere periode enn de som ikke opplevde komplikasjoner (Brown & Jordan, 2012, s. 832). I denne spørreundersøkelsen kom det frem at av 501 kvinner som startet å amme, stoppet 284 (56,6%) å amme innen 6 måneder. 52,2% av disse hadde opplevd komplikasjoner i fødsel, som blant annet PPB (Brown & Jordan, 2012, s. 832). Disse rapporterte også at de i større grad sluttet å amme grunnet smerter og ammeproblemer, enn de som ikke opplevde komplikasjoner i fødsel (Brown & Jordan, 2012, s. 832-833).

5.1.2 Blodtransfusjon og blodprodukter

De som opplevde en PPB uten å få blodtransfusjon, hadde bedre ammestatistikk enn de som fikk transfundert blodprodukter (Drayton et al., 2016, s. 593). Av alle deltagerne i studien til Drayton et al. (2016, n= 522 534) var det 7% som hadde en PPB uten å få blodtransfusjon. Det var kun 1% av kvinnene i studien som hadde en PPB som i tillegg fikk minst en blodtransfusjon under oppholdet på sykehuset (Drayton et al., 2016, s. 593). I Chessman et al. sin studie (2018, n= 15 451) ammet 80% av de med blodtransfusjon ved utreise (Chessman et

al., 2018). Liknende funn ses i Drayton et al. (2016) sin studie, hvor 82% av de med PPB og blodtransfusjon ammet ved utreise; 70% fullammet og 12% delammet (Drayton et al., 2016, s. 593). Chessman et al. (2018) fant at blant de som fikk blodtransfusjon med Hb under 7 g/dl, var det 79% som ammet, mens blant kvinnene med Hb over 7 g/dl var det 81% som ammet (Chessman et al., 2018, s. 3).

I studien til Drayton et al. (2016) så man også at det var 88% som ammet ved utreise blant de ikke-transfunderte; 81% fullammet og 7% delammet (Drayton et al., 2016, s. 593), mens ammeratene i Chessman et al. (2018) sin studie var 87% hos de som ikke fikk blodtransfusjon (Chessman et al., 2018, s. 3). I Thompson et al. (2010) sin studie basert på kvinners ammeerfaring etter en PPB, fikk 53% av deltagerne blodtransfusjon eller andre blodprodukter første uken etter fødsel. Av kvinner med blødning over 3000 ml fikk 96% transfundert blodprodukter første uken post partum, 70% av de med blødning mellom 2000 ml og 2999 ml, og 37% av de som blødde under 2000 ml (Thompson et al., 2010, s. 4-5).

Chessman et al. (2018) inkluderte 15 451 kvinner med PPB i studien sin. Av disse hadde 1828 fått en blodtransfusjon og 13 623 av kvinnene fikk ikke blodtransfusjon. Det var høyere prosentandel av kvinnene som fikk blodtransfusjon blant førstegangsfødende. Blant de transfunderte mødrene var førstegangsfødende overrepresentert i den laveste hemoglobingruppen (Chessman et al., 2018, s. 3). I Drayton et al. (2016) sin studie fant de også at kvinnene som fikk blodtransfusjon oftere var førstegangsfødende, hadde hatt instrumentell forløsning, eller keisersnitt (Drayton et al., 2016, s. 593).

5.1.3 Anemi

I en studie fra Japan sammenliknes hemoglobinnivå etter fødsel med amming ved utreise. Resultatene i studien viste at det var 72,7% av kvinner med hemoglobin under 9g/dl som ammet ved utreise, 81,9% for hemoglobinnivå mellom 9,0-10,9 g/dl, og 85,7% for de med hemoglobin over 11 g/dl. Disse tallene ble redusert til 63%, 68,9% og 75,9% en måned etter utskrivelse (Horie et al., 2017, s. 3). Denne studien viste en signifikant og negativ påvirkning av ammestarten hos kvinner med alvorlig anemi, definert som hemoglobinnivå under 9 g/dl. De laveste hemoglobingruppene (under 9g/dl og 9.0-10.9 g/dl) var også signifikant assosiert med mislykket amming en måned etter hjemreise (Horie et al., 2017, s. 3).

5.2 Stress og separasjon

Flere av studiene tar for seg separasjon fra partner og barnet i den akutte situasjonen, i tillegg til manglende hud-til-hud kontakt mellom mor og barn like etter fødsel.

5.2.1 Hud-til-hud/ tidlig tilknytning

I Thompson et al. (2010) sin studie hadde 28% av kvinnene direkte hud til hud kontakt med barnet etter postpartumblødningen. Resten av barna var enten med kvinnens partner eller andre familiemedlemmer (44%), de resterende barna (28%) var hos sykehuspersonell for rutineundersøkelser eller på en nyfødt intensivavdeling (Thompson et al., 2010, s. 3). Studien viste at størrelsen på postpartumblødningen hadde sammenheng med forsinkelse av første amming, ved større blødninger tok det lenger tid før første amming ble etablert (Thompson et al., 2010, s. 4). Kvinnene som fikk legge barnet til brystet innen to timer etter fødsel, hadde større sannsynlighet for å fullamme (Thompson et al., 2010, s. 4).

5.2.2 Stress

Stressfaktorene kvinnene opplevde i Thompson et al. (2010) sin studie var blant annet melkeutdrivelse og tilleggsernæring til barnet, i tillegg til amming. En av kvinnene var forvirret og frustrert over motstridende råd fra jordmødrene på barselavdelingen. En annen kvinne uttrykte bekymring rundt om hun klarte å produsere nok melk til barnet sitt (Thompson et al., 2010, s. 9).

I feel disappointed as due to my blood loss I have not been able (or my baby) to extract enough colostrum and it has been coming in slowly as I have not had the chance to get enough rest. The outcome has been a jaundiced baby placed in an infant incubator, and having to be given formula to supplement her needs, which is something I really did not want to do. (3000 ml blood loss, first week post- partum).
(Thompson et al., 2010, s. 9)

Flere av kvinnene med større blødninger hadde drømt om å amme barna sine, men beskriver at disse drømmene ble knust på grunn av mangel på energi, immobilitet og forsinket melkeproduksjon etter postpartumblødningen. Den ene kvinnen følte seg ubrukelig, og fikk symptomer på depresjon fordi hun ikke fikk til ammingen (Thompson et al., 2010, s. 9).

"My dream of breastfeeding has been shattered due to no energy because of the PPH so have started feeling quite down. (multipara, 1800 mL blood loss, 4 months postpartum)" (Thompson et al., 2010, s. 9).

I Dunning et al. sin studie fra 2016 kom det frem at det tok lang tid for kvinnene å komme seg fysisk, uavhengig av blødningsmengden. Selv hverdagsaktiviteter som en gåtur kunne være vanskelig (Dunning et al., 2016, s. 6).

5.2.3 Adskillelse fra barn og partner

Flere kvinner i Thompson et al. (2010) sin studie beskrev vanskeligheter med ammestart, noe som de opplevde hadde en sammenheng mellom separasjon fra barnet og at de kom sent i gang med første amming (Thompson et al., 2010, s. 6).

"Separation from baby one and a half hours after birth and for about three plus hours whilst in theatre. Delay with getting breastfeeding underway. (primi- para, 1500 mL blood loss, first week postpartum)" (Thompson et al., 2010, s. 7).

"I'm really sad that I missed that part of seeing her being weighed and all that (Minor- who was taken to theatre for manual removal of placenta)" (Dunning et al., 2016, s. 4).

Separasjon fra partner og barnet blir nevnt i Dunning et al. (2016) sin studie, og var definert som vanskelig både for kvinnen og for partner når kvinnen ble flyttet fra fødestuen til operasjon eller en annen avdeling. To av partnerne i studien synes det var vanskelig å bli etterlatt med barnet på fødestuen uten å få informasjon om kvinnens tilstand, og fikk lite oppfølging fra helsepersonell (Dunning et al., 2016, s. 4).

...they rushed her off and just left me with the baby, um, the baby, and I was asking what was wrong and all they could say was, 'She's lost a lot of blood, we don't know why, we can't stop the bleeding.' Um ... and ... yeah, so I was left with the baby and in ... yeah, just in a daze really.' (Severe). (Dunning et al., 2016, s. 4)

Så mange som 30% (n=206) av kvinnene i Thompson et al. (2010) sin studie ble overflyttet til en intensivavdeling etter fødsel, hvor minst 16 av innleggelsene var relatert til

komplikasjoner etter blødningen. Ved resten av innleggelsene var ikke årsak begrunnet (Thompson et al., 2010, s. 3). Blant kvinnene i studien til Thompson et al. (2010), ammet 63% barna sine fra fødsel, mens 85% hadde håpet å kunne gjøre dette. Rett over halvparten av kvinnene som hadde tenkt å amme fullt eller delvis fikk muligheten til å legge til brystet innen en time etter fødsel (Thompson et al., 2010, s. 3).

5.3 Støtte og kunnskap

5.3.1 Oppfølging

Thompson et al. (2010) fant at kvinnene med PPB hadde vanskeligheter med å starte og å opprettholde amming, og hadde behov for veiledning og støtte (Thompson et al., 2010, s. 6). Det ble av flere kvinner nevnt viktigheten av informasjon og støtte for å få til vellykket amming. En kvinne beskrev at jordmoren ikke klarte å gi god nok ammeveiledning, og hun derfor måtte oppsøke en ammespesialist etter hjemreise. Flere av de andre kvinnene ønsket også mer oppfølging etter hjemreise, og skulle ønske at de ble oppfordret til å kontakte ammekyndig hjelp i kommunen etter barseloppholdet (Thompson et al., 2010, s.7-8).

De fleste kvinnene i Dunning et al. (2016) sin studie hadde god fremgang psykisk etter fødselsopplevelsen. Kvinnene med moderate blødninger rapporterte mer psykiske traumer etter fødselen enn de med mindre og de med mer alvorlige blødninger. De med alvorlige blødninger rapporterte at de taklet situasjonen godt følelsesmessig, selv om dette var kvinner som hadde mistet mye blod og som hadde vært innlagt på høyrisikoenheter (Dunning et al., 2016, s. 6). En av partnerne i studien fikk psykisk og emosjonelle plager etter fødselen og oppsøkte hjelp fra fastlege og terapeut i etterkant (Dunning et al., 2016, s. 6).

5.3.2 Informasjonsbehov

En kvinne i Thompson et al. (2010) sin studie kommenterte mangel på informasjon fra helsepersonell, da ingen hadde fortalt at postpartumblødningen kunne påvirke melkeproduksjon og dermed barnets vekt. En som hadde fått denne informasjonen følte likevel ikke at hun var opplyst om barnets behov for eventuell tilleggsernæring. Hun ønsket at kvinner med forsinket melkeproduksjon skulle tilbys morsmelkerstatning. En av de som oppsøkte ammeveiledning etter utreise fra sykehuset fikk informasjon om hyppig amming for å øke melkeproduksjonen. Dette skulle hun ønske at hun fikk vite under oppholdet på

sykehuset. Den samme kvinnen hadde også et ønske om å at det ble gitt morsmelkerstatning de første par dagene frem til melkeproduksjonen kom i gang (Thompson et al., 2010, s. 8).

"Nobody said the bleed could affect my milk supply/ baby's weight. (ID 320, primipara, 2000 mL blood loss, 2 months postpartum)"(Thompson et al., 2010, s. 8).

Dunning et al. (2016) rapporterer at halvparten av deltakerne ikke var klar over at de hadde hatt en PPB utover det som var normalt (Dunning et al., 2016, s. 5). Funnene i studien viste at mangel på informasjon var et gjennomgående tema på tvers av gruppene som deltok. Noen av kvinnene ble først klar over at de hadde hatt en PPB da de ble kontaktet for å delta i studien (Dunning et al., 2016, s. 5). En kvinne med alvorlig PPB trodde det var vanlig at flesteparten fikk jerntabletter etter fødsel, og tenkte at det var normalt å miste blod under fødselen. En deltaker med moderat blødning fikk først vite at hun hadde hatt en blødning da hun ble gitt jerntabletter på barselavdelingen (Dunning et al., 2016, s. 5). En med alvorlig blødning fortalte at hun ikke trodde informasjonen om blødningen ville endret noe i forløpet etter fødsel, og at det ville vært for mye informasjon å forholde seg til. På en annen side var hun overrasket over at hun ikke hadde fått vite det (Dunning et al., 2016, s. 5).

Gjennomgående ønsket kvinnene i studien mer informasjon i barseltiden (Dunning et al., 2016, s. 5). En av de med ammeutfordringer fant først ut flere uker senere at dette kunne være på grunn av hennes store blodtap. Det var derimot en kvinne som trodde at informasjonen kunne ført til mer stress og frykt. To av partnerne ønsket mer informasjon underveis, men dette var kun partnere til kvinner som måtte opereres på bakgrunn av blødningen. Disse bemerket også at informasjonen kunne ført til mer stress og bekymring (Dunning et al., 2016, s. 5). Kvinner som hadde opplevd en større blødning prøvde å få en forståelse av situasjonen etter hjemreise og oppsøkte mer informasjon på internett (Dunning et al., 2016, s. 5). En deltaker med alvorlig PPB hadde gjort dette et par uker etter hjemreise fra sykehuset, og fant først da ut at blødningen skyldtes placenta, og ikke rifter eller suturering, som hun først trodde. Det var dermed ikke før hun søkte informasjon selv at hun forstod hva som faktisk hadde skjedd (Dunning et al., 2016, s. 6).

5.3.3 Støtte fra helsepersonell

En av partnerne i studien til Dunning et al. (2016) følte de måtte snakke på vegne av kvinnen, og måtte ta ansvar for å observere forverring i tilstanden, og sikre god oppfølging av helsepersonell i etterkant av blødningen (Dunning et al., 2016, s. 6). De fleste kvinnene med alvorlige PPB var fornøyde med helsepersonellens håndtering av den akutte situasjonen. De fortalte at det kom flere til for å hjelpe, og at de generelt følte seg trygge og godt ivaretatt. I den akutte situasjonen opplevdes helsepersonellet som kompetente i jobben (Dunning et al., 2016, s. 6).

6.0 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil vi presentere fordeler og ulemper med hvordan arbeidet med studien har vært, og dele diskusjonen inn i metodens fem punkter, for å få en oversikt over hvordan vi har brukt scoping review gjennom studien.

Vi har vært to studenter i arbeidet med denne masteroppgaven. Dette anser vi som en styrke for studien, da alt av materiale først ble gjennomgått hver for oss, deretter sammen, for å sikre lik forståelse av studienes resultater. Det har også vært en styrke å være to, med tanke på at vi valgte en metode ingen av oss var kjent med fra før. På grunn av Covid-19, har det vært restriksjoner i forhold til å kunne møtes fysisk. Alle veiledninger og masterseminar, samt møtet med bibliotekar, har dermed foregått digitalt via Zoom. Arbeidet oss imellom har for det meste foregått samlet, men også digitalt via Facebook og Microsoft Teams når det ikke har vært anledning til å møtes underveis i arbeidet med oppgaven. Oppgaven ble skrevet i et felles dokument i Onedrive, noe som har gjort at begge har hatt oversikt over de siste endringene i oppgaven til enhver tid. Selv om oppgaven er utformet punktvis, har arbeidet blitt gjennomført som en iterativ prosess og ikke en lineær. Vi har gjennom arbeidet med studien gått frem og tilbake mellom de ulike kapitlene, etter hvert som vi har tilegnet oss ny kunnskap.

Trinn 1- Identifisere forskningsspørsmålet

I denne fasen ble forskningsspørsmålet som skulle være utgangspunkt for oppgaven formulert. Scoping review anser vi som best egnet for vår oppgave da vi ønsket å undersøke

et bredt tema, og finne ut hvilke faktorer etter en PPB som påvirker ammingen de første seks månedene etter fødsel.

Vi valgte å bruke tid før første søk til å finne relevante søkeord for vår studie. For å få en god oversikt ble det satt opp en liste med de engelske begrepene som var kjente for oss fra før, og som vi bygget videre på etter hvert som vi så hvilken terminologi som ble brukt innenfor vårt fagfelt. I de anvendte databasene var det et eget felt som utvidet søkene til å bruke andre "MeSH" termer. MeSH er et verktøy som kan brukes for å finne synonymer på ulike helsefaglige begreper, både på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2016a). Her fant vi ulike søkeord som vi ellers ikke ville ha søkt på, og dette ble starten på vår søkeprosess. De aktuelle databasene ble gjennomgått, og vi fant databaser som var anbefalt innenfor helsefaglig forskning. Denne prosessen ble gjort sammen med en bibliotekar fra universitetet. Til slutt ble det gjort noen prøvesøk for å finne ut hva som fantes av forskning på det aktuelle området, og om det var gap i forskningen med behov for flere studier. Det var gjennom dette steget i prosessen at den endelige problemstillingen ble utformet.

Trinn 2- Identifisere relevante studier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble satt underveis i søkeprosessen. Vi hadde avklart noen kriterier på forhånd av søk, men justerte noe på inklusjonskriteriene etter hvert som vi utførte prøvesøk. Dette var også en iterativ prosess. Inklusjonskriteriene våre var basert på kvinner som hadde opplevd en PPB på over 500 ml. Vi ønsket at det skulle være sett på amming i relasjon til dette. Innenfor disse rammene ble studier som tok for seg blodtransfusjon etter en PPB i tillegg til anemistatus inkludert. Vi ønsket ikke å se på medikamentell behandling, forebygging og behandling av blødning, fødsler utenfor sykehus, eller opplæring av helsepersonell med tanke på behandling av PPB.

Vi valgte å ha få eksklusjonskriterier, ettersom vi ønsket å inkludere flest mulige aspekter av temaet innenfor eksisterende forskning, slik en scoping review er bygget opp. Vi fant flere studier som tok for seg Sheehan syndrom, som er en sjelden, men alvorlig tilstand forårsaket av kraftig blødning i forbindelse med fødsel (Bamoulid et al, 2009 s. 351-352; Feinberg et al 2005 s. 975-979; Schragger & Sabo, 2001 s. 389-391: sitert i Thompson et al., 2010, s. 1-2). Disse studiene ble ekskludert da Sheehan syndrom er en kompleks diagnose som sjeldent ses i Norge. Artiklene vi fant om temaet var i tillegg eldre enn de inkluderte i oppgaven. Studier

gjort i utviklingsland ble ekskludert, ettersom vi ønsket mest mulig sammenliknbare helsetjenester som i Norden. Vi satte opp et PICO-skjema for å få en systematisk oversikt over hva vi ønsket å undersøke, og for å strukturere eksklusjon- og inklusjonskriterier. Vi valgte å lage en egen variant av PICO skjema, og slo sammen både PICO og eksklusjon- og inklusjonskriterier for å få en bedre oversikt. Ettersom funnene ikke skulle sammenliknes, og vi skulle finne ut hva som fantes på området, valgte vi å la punktet “comparison” stå blankt.

Hovedsøket ble gjennomført 13.-14. Oktober 2020, med 858 treff. Her gikk vi sammen gjennom alle for å ekskludere de som ikke var relevante for studien vår basert på tittel og abstrakt, og endte opp med 12 artikler i fulltekst som ble nøye gjennomgått. Når det kommer til designet på studiene, valgte vi å inkludere de som var fra 2008-2020, artikler skrevet på engelsk, artikler som var tilgjengelige i fulltekst, og de som var fagfellevurdert. Det har vært vanskelig å finne statistikk på PPB og amming verden over, da vi ser at det ofte er et stort spenn i hvor hyppig dette blir undersøkt og at statistikken er ufullstendig. Det har også vært utfordrende å finne tall på grunn av at ulike land definerer fullamming og delamming ulikt, i tillegg til at det også er flere ulike definisjoner på PPB.

Trinn 3- Valg av studier

Vi brukte fire databaser for våre søk; Cochrane Library, Cinahl, Embase og Medline. Da vi fant flere av de samme artiklene i databasene som ble brukt, gjorde vi en vurdering på å holde oss til disse søkemotorene. Blant artiklene som ble inkludert og ekskludert, fant vi mange av de samme artiklene på tvers av de ulike databasene, noe som kan tyde på at vi fanget opp det meste av forskningen gjort på området. De samme søkeordene ble brukt i alle fire databasene, og søkene ble gjort samlet for å sikre at begge var enige om utvalget av studier. Vi satt også sammen i utvelgelsesprosessen for å være sikker på at det var enighet rundt hvilke artikler som ble ekskludert og inkludert basert på tittel og abstrakt. Aktuelle artikler kan ha blitt ekskludert i denne prosessen, men basert på tittel og abstrakt fikk vi en god oversikt over innholdet i studien og deres relevans.

Da vi startet prosessen med å hente ut data fra artiklene, så vi at den ene artikkelen kun omhandlet PPB uten å nevne amming. Dette burde blitt oppdaget på et tidligere stadium i søkeprosessen, men vi så da viktigheten av å ha flere runder med vurdering av artiklene. Denne artikkelen ble derfor ekskludert på et senere tidspunkt i skriveprosessen. Vi endte opp med totalt seks artikler til slutt. Veilederne våre anbefalte oss å gjøre et siste kontrollsøk en

stund etter hovedsøket, da forskningsfeltet stadig oppdateres. Det var kort tid mellom de to søkene, men på grunn av tidsbegrensninger for oppgaven var dette nødvendig for å kunne fortsette videre arbeid med studien. Kontrollsøket ble gjort 10-11 november 2020, hvor de samme seks artiklene fra hovedsøket ble funnet, i tillegg til fire nye mulig aktuelle artikler. Disse fire artiklene ble ekskludert på bakgrunn av lav relevans etter gjennomgang i fulltekst. I databasen Embase var det et noe annerledes oppsett i søkemotoren enn i de tre andre databasene. I hovedsøket begrenset vi søket til “best balance of sensitivity and specificity” på reviews, etter anbefaling fra bibliotekar da vi tenkte dette ville hjelpe oss til å få et bedre utvalg. I kontrollsøket valgte vi derimot å oppheve denne begrensningen, fordi dette ikke var en valgmulighet i de andre databasene.

Trinn 4- Kartlegge data

Da studiene vi ønsket å inkludere var valgt ut, begynte vi å hente ut funnene i resultatdelen av oppgaven. Artiklene ble satt inn i tabeller for å få en bedre oversikt over funn og hvilke metoder som var anvendt i de ulike studiene. Begge gikk gjennom alle artiklene, og arbeidet med å skrive inn i tabellene ble gjort sammen, for å sikre en entydig forståelse av resultatene fra de ulike artiklene. På dette stadiet ble det også gjort en kvalitetsvurdering av de ulike studiene. Poengsum for kvalitetsvurderingen ble satt på bakgrunn av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine sjekklister (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011). Fire av studiene ble vurdert til høy kvalitet, mens to ble regnet som middels kvalitet. De med middels kvalitet var derimot blant de største og mest omfattende, og vi ønsket å beholde disse da det er lite sannsynlig at konklusjonen i studiene ville påvirkes selv om noen kriterier ikke er oppfylt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011). I en scoping review er det ikke et krav å kvalitetssikre studiene som inkluderes. Vi valgte derimot å gjøre dette, for å ha muligheten til å implementere resultatene til vårt praksisfelt. At studiene som er anvendt er av middels til høy kvalitet ser vi på som positivt med tanke på å kunne videreformidle resultatene til medarbeidere og pasienter.

Alle studiene vi har valgt å inkludere ble vurdert og godkjent av en komité for forskningsetikk. I alle studiene basert på intervjuer og spørreskjema, ble det hentet inn informert samtykke av alle deltakere, og intervjuene ble transkribert og anonymisert for å ivareta konfidensialiteten til deltagerne. Noe som var utfordrende med de utvalgte studiene, var at de var av ulik størrelse, da antall deltakere varierte fra 17- 522 534. Vi fikk derimot undersøkt ulike synspunkter både når det kommer til datainnsamling fra fødselsregister med

tanke på amming, og intervjuobjektors egne erfaringer. Selv om dette var en utfordring, er det også en av styrkene til en scoping review å kunne se på mangfoldet innenfor forskningen.

I de studiene som gjorde intervjuer, var den ene utført som en semistrukturert intervjustudie, mens den andre var en studie med “mixed method”, hvor både kvalitative og kvantitative data ble innhentet. I den semistrukturerte intervjustudien fikk kvinnene og deres partnere fortelle og kommentere underveis i intervjuet. Her var elleve kvinner og seks partnere med, mens i studien med “mixed method”, ble det gitt kommentarer om ammeopplevelsen i et spørreskjema, hvor 39 av 206 kvinner kommenterte. Vi så på begrensninger ved de ulike studiene for å få et innblikk i eventuelle svakheter. Disse begrensningene har vi presentert i tabell 4.

Trinn 5- Samle, oppsummere og rapportere data

I trinn 5, som omhandler rapportering og oppsummering av data, trakk vi ut de relevante funnene som vi ønsket å presentere i resultatdelen av oppgaven. I resultatene fant vi tre hovedgrupper og flere underkategorier. Det var utfordrende i starten, da flere av faktorene kunne passe inn i flere av disse kategoriene. I de ulike inkluderte studiene hadde alle samme definisjon på PPB. Studiene inkluderte derimot ulike blødningsmengder. Fire av studiene inkluderte blødninger over 500 ml (Horie et al., 2017, Chessman et al., 2018, Drayton et al., 2016, Dunning et al., 2016), en av studiene hadde ikke definert blødningsmengde på kvinnene (Brown & Jordan, 2012), mens en studie inkluderte kun kvinner med blødninger over 1500 ml (Thompson et al., 2010). Den ene studien ekskluderte kvinnene som fikk intensivbehandling og administrering av andre blodprodukter enn erytrocytter (Drayton et al., 2016). Dette gjør at studiene kan ha fått noe ulikt resultat, og ikke alle resultatene kan sammenliknes på lik linje. Vi inkluderte en prospektiv studie og fem retrospektive studier, deriblant tre registerstudier.

7.0 Resultatdiskusjon

I studien vår har vi sett på hvilke faktorer som kan påvirke amming etter en PPB. Vi vil i dette kapittelet presentere våre funn basert på studiene vi har valgt å inkludere for å svare på vår problemstilling. Disse resultatene har vi satt opp mot annen relevant forskning vi mener bidrar til å belyse temaet fra flere sider, samt teori og annen faglitteratur som gir oss en dypere forståelse av hvordan resultatene kan ses og anvendes. For å få en strukturert oversikt

over de ulike faktorene som kan påvirke amming etter en PPB, kategoriserte vi resultatdiskusjonen i tre hovedpunkter som kom frem i studien: Blødning, stress og adskillelse, og støtte og kunnskap. Med vår teoretiske referanseramme som bygger på stress og mestring, kan vi bedre forstå hvilke utfordringer som kan oppstå i forbindelse med en PPB og amming. Den følelsesfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategien til Lazarus tar vi derfor med oss gjennom diskusjonsdelen, sammen med deres idé om tre ulike typer stress: skade/tap, trussel og utfordring.

7.1 Blødning

Thompson et al. (2010) fant at kvinner kan ha vanskelig for å starte og kontinuere amming etter en PPB (Thompson et al., 2010, s. 4). PPB er definert som blødning over 500ml, over 1000ml som stor blødning, og over 2500ml som ekstra stor (Brunstad, 2017a, s. 478). Det er et stort sprik mellom de som ligger rett over normal blødningsmengde i forbindelse med fødsel, og de som blør flere liter og som kanskje i tillegg har behov for blodtransfusjon.

Blødningsmengde så i studien vår ut til å være en påvirkende faktor for ammingen, da kvinnene med større blodtap hadde mindre sannsynlighet for å fullamme sammenliknet med de med mindre blødning (Thompson et al., 2010, s. 4). Kvinnene som hadde minst sannsynlighet for å fullamme første uken etter fødsel var de med blødninger over 3000 ml (Thompson et al., 2010, s. 4). Thompson et al. (2010) fant også at flere kvinner med blødning mellom 2000-2999 ml gikk over til fullamming etter to måneder. Det gjaldt ikke kvinnene med blødning over 3000 ml (Thompson et al., 2010, s. 6). Dette viser igjen at selve blødningsmengden kan ha mye å si på utfallet av ammingen. De med blødning over 2500ml er definert i den mest alvorlige blødningsgruppen sammen med de som har hatt blødninger over 3000 ml. Kanskje kan disse funnene være et argument for at det ville vært nyttig å dele PPB inn i enda en blødningsgruppe for de med blodtap over 3000ml, da det ser ut til å være vesentlige forskjeller når denne grensen overstiges. Etersom fysiske påkjenninger også kan føre til stressreaksjoner i kroppen, vil selve blødningen kunne utløse en slik reaksjon (Kristoffersen, 2011, s. 135). For at kvinner skal kunne mestre en traumatisk hendelse som utløser både fysiologiske og psykologiske stressreaksjoner, kan helsepersonell hjelpe pasienten til å finne mestring i en slik vanskelig situasjon (Benner & Wrubel, 2014, s. 86).

Hos de som hadde som intensjon om å amme var også statistikken lavere ved større blødning (Thompson et al., 2010, s. 4). Dette kan bety at ammeratene ville vært lavere hos de med større blødning, uavhengig av det opprinnelige ønsket om å fullamme. Dataene på ønsket om å amme er ikke optimalt innhentet i studien, da deltakerne ble spurt om deres intensjon om å amme i etterkant av fødselen. Det kunne kanskje vært andre tall om spørsmålet hadde blitt stilt i forkant av fødsel og postpartumblødningen.

I takt med den endrede fødepopulasjonen i Norge ser vi at tallene for PPB over 500ml øker, i tillegg til at blødning over 1500ml eller behov for blodtransfusjon har økt de siste årene (Helsedirektoratet, 2020, s. 32). Da det ser ut til at blødningsmengde kan påvirke amming negativt, kan man tenke seg at også ammeratene vil kunne falle ytterligere med økende tilfeller av PPB. Flere av risikofaktorene for PPB er også blant de endringene man nå ser i fødepopulasjonen; IVF, overvekt, stort barn, induksjon og oxytocinstimulering (Nyfløt et al., 2020). Med tanke på demedikalisering, er det viktig å beholde fokuset på det som er “normalt” i situasjoner hvor mye kan oppleves komplisert.

Man kan se at fødselstallene i Norge er på vei ned, samtidig som de gravide kvinnene i større grad har høyere risiko for komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2020, s. 76). I spesialisthelsetjenesten rapporterer gynekologer og jordmødre om høyere arbeidsbelastning og økt arbeidsmengde per fødsel på grunn av den endrede fødepopulasjonen, selv om det er færre fødsler nå en tidligere (Helsedirektoratet, 2020, s.76). Dette kan blant annet bety at flere kvinner og pårørende trenger tett oppfølging i etterkant av fødsler med alvorlige komplikasjoner, noe som kan føre til effektivisering i helsesektoren og mindre fokus på de med lette til moderate komplikasjoner. På den andre siden vil kvinner som følges tett av spesialisthelsetjenesten på grunn av kompliserte svangerskap kanskje miste den vanlige oppfølgingen fra jordmor i kommunen, og at det blir mindre fokus på det “normale”. Det kan også være at disse kvinnene i større grad blir fulgt opp av leger i svangerskapet i stedet for jordmødre, hvor de vanlige informasjonssamtalene om blant annet amming kan bli nedprioritert. I lys av dette stilles det høyere krav til at jordmor har den nødvendige kompetansen for å se hvilken oppfølging som den enkelte kvinnen trenger i både svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen.

I studien til Drayton et al. (2016) kommer det frem at anemi er assosiert med lav melkeproduksjon og tidlig opphør av amming (Drayton et al., 2016, s. 597). Hb under 10.9 g/dl er relatert til vanskelig ammestart, og det ses også en sammenheng mellom lav Hb og kontinuering av amming (Horie et al., 2017, s. 5). Ettersom 42% av gravide kvinner på verdensbasis har anemi i svangerskapet, vil sammenhengen mellom anemi og amming være viktig å ha kjennskap til som jordmor (Holm, 2018, s. 1). Hos kvinner som allerede har anemi i svangerskapet, vil utgangspunktet være dårligere om de i tillegg får en PPB i forbindelse med fødsel. Vi tenker at jordmødre som følger kvinnene gjennom svangerskapet derfor har en god anledning til å kartlegge og forebygge anemi før fødsel, spesielt hos kvinner som er i risiko for PPB. Dersom man kan behandle gravide kvinners anemi i svangerskapet, kan man anta at de vil få et bedre utgangspunkt for en god ammestart. Tre av studiene vi tok for oss fant at førstegangsfødende hadde større risiko for å havne i gruppen med lavest hemoglobinnivå, og for å motta blodtransfusjon (Horie et al., 2017, s. 3; Chessman et al., 2018, s. 3; Drayton et al., 2016, s. 593). Det ser derfor ut til at jordmødre bør være ekstra oppmerksomme på førstegangsfødende og deres hemoglobinnivå i svangerskapet for å unngå videre komplikasjoner og negative følger av en anemi.

Fatigue er en komplikasjon som er forbundet med anemi (Holm, 2018, s. 219). Det ses også en tydelig sammenheng mellom ammeproblematikk og fatigue, og statistikk viser at over halvparten av nybakte mødre er påvirket av fatigue gjennom barselperioden (Badr & Zauszniewski, 2017, s. 122). Det er rimelig å tro at kvinner som har hatt en større blødning i forbindelse med fødsel derfor vil være ekstra utsatt for fatigue i etterkant, og at dette er en faktor som kan påvirke ammingen i forbindelse med PPB. Dersom dette er tilfellet, er det viktig å fange opp disse kvinnene slik at de kan få ammehjelp ved behov. Fatigue kan anses som en utfordring for å kunne mestre amming, da det er en oppgave som krever mye energi og overskudd. Utfordring er en av tre stresskategorier Lazarus tar for seg i sin forskning, der utfordringer på veien til måloppnåelse, i dette tilfellet amming, kan gi stress og dermed kreve en egen mestringsstrategi (Lazarus, 2006, s. 50). En av mestringsstrategiene Lazarus (2006) tar for seg er følelsesfokusert mestring (Lazarus, 2006, s. 145). Det kan tenkes at det i en slik stresset situasjon, som amming kombinert med fatigue, vil være aktuelt å anbefale kvinnen å fokusere på å få nok søvn, og dermed distansere seg fra fokuset på amming, eller få mer støtte av helsepersonell og partner. I tilfeller hvor kvinnen mangler energi og har utfordringer med å amme, kan jordmor veilede kvinnene til å mestre situasjonen. Jordmor og annet helsepersonell vil ha mulighet til å se flere sider av stressituasjonen, og få et innblikk i

hvordan pasienten takler den. Det vil da være mulig å veilede kvinnene i en mestringsstrategi tilpasset den enkelte (Benner & Wrubel, 2014, s. 86).

Drayton et al. (2016) fant at kvinner som fikk blodtransfusjon i forbindelse med PPB hadde dårligere ammeresultater ved utskrivelse enn de som ikke ble transfundert, både når det gjaldt fullamning og delamning (Drayton et al., 2016, s. 593), og ekstra oppfølging kan være aktuelt for transfunderte kvinner etter en PPB (Drayton et al., 2016, s. 597). Ettersom flesteparten av kvinnene som hadde blødd over 3000 ml fikk blodtransfusjon (Thompson et al., 2010, s. 5), ser vi igjen at selve blødningsmengden er en vesentlig faktor. Kvinnene som fikk blodtransfusjon i forbindelse med PPB, hadde ofte et mer komplisert og alvorlig forløp, og reduksjonen i amming etter en transfusjon er sannsynligvis relatert til alvorlighetsgraden av postpartumblødningen i større grad enn det er relatert til selve prosedyren (Drayton et al., 2016, s. 596-597). I lys av dette så vi så også at det var høyere risiko for maternell sykdom blant de som fikk blodtransfusjon, og barna hadde større sannsynlighet for å bli overflyttet til intensivavdeling (Drayton et al., 2016, s. 593). Dersom det er slik at kvinnene som får blodtransfusjon i høyere grad er syke etter fødselen, kan vi anta at det vil være utfordrende å få til en god ammestart når både mor og barn har redusert allmenntilstand og blir behandlet på forskjellige avdelinger på sykehuset. Det er derfor vanskelig å peke på hva som er hovedgrunnen til dårligere ammerater hos de som har hatt alvorlig PPB; blodtransfusjon, adskillelse fra barn og partner, at de har dårligere allmenntilstand, er utmattet etter et komplisert fødselsforløp, eller en kombinasjon av disse faktorene. Det er ikke studert ammetatistikk hos de med alvorlig blødning som ikke hadde fått blodtransfusjon. Vi ser at det ikke ville vært etisk riktig å gjøre en kontrollstudie hvor en gruppe fikk blodtransfusjon og en gruppe ikke fikk transfusjon etter en alvorlig PPB for å kunne sammenligne dem, da det ikke er nok forskning på effektene blodtransfusjon har for amming og kvinnens helse.

I en studie fra 1995 kom det frem at PPB kan føre til påvirkning av laktogenese 2 på bakgrunn av hypotensive episoder og iskemi i hypofysen (Willis & Livingstone, 1995, s. 123). Stress i forbindelse med en PPB ser også ut til å føre til forsinket laktogenese 2 på grunn av høye kortisolnivåer (Bamoulid et al, 2009 s. 351-352; Feinberg et al 2005 s. 975-979; Schragger & Sabo, 2001 s. 389-391: gjenfortalt av Thompson et al, 2010, s. 1-2). Vi vil tro at en PPB i de fleste tilfeller vil oppleves stressende for kvinnen, og at dermed både postpartumblødningen i seg selv og de høye kortisolnivåene vil være faktorer som fører til forsinket melkeproduksjon.

I en studie fra USA kommer det frem at helsepersonell underestimerer blødning i fødselssammenheng med rundt 30% (Al Kadri et al. 2011; Patel et al., 2006: gjenfortalt av Gabel & Weeber, 2012, s. 553). Gjennom artikkelsøkene våre fant vi flere studier som fokuserte på ferdighetstrening og estimering av blødning for helsepersonell, noe som er viktig og nødvendig når vi ser tallene på underestimering. Dersom disse tallene er tilsvarende og like aktuelle i dag, kan det antas at mange kvinner har hatt en PPB uten å vite om det, og at de med diagnostisert PPB egentlig har hatt enda større blødninger enn de ble behandlet for. Blir disse kvinnene overflyttet til en lavrisiko barselavdeling, vil de bli overlatt mer til seg selv, og får kanskje mindre oppfølging enn de hadde hatt behov for.

7.2 Stress og adskillelse

Kvinner har større sannsynlighet for å fullamme dersom barnet blir lagt hud til hud innen to timer etter fødsel (Thompson et al., 2010, s. 4). Dersom første amming etableres tidlig, viser dette også lenger ammekontinuitet enn de med forsinket ammestart (Forster & McLachlan, 2007, s. 277). De som hadde opplevd PPB oppga flere årsaker til hvorfor ammestarten var vanskelig. Årsakene som ble nevnt var: Forsinket melkeproduksjon, fatigue, mobilitet og fysisk separasjon fra barnet (Thompson et al., 2010, s. 6). Smerter, stress og høye krav til ammingen, kombinert med å restituere fra en stor blødning, var årsaker kvinnene fra samme studie oppga som utfordrende da de skulle fortsette å amme (Thompson et al., 2010, s. 7). Noen ganger er det ikke mulig for mor å ha barnet hos seg like etter fødsel. Dette kan for eksempel skyldes at hun ikke ønsker barnet på brystet etter så kort tid, at hun må til operasjon eller at tilstanden hennes er dårlig etter et komplisert fødselsforløp. I slike situasjoner er det spesielt viktig at jordmor er oppmerksom på kvinnens behov og ønsker, og setter av ekstra tid til å få en god ammestart når, og hvis, dette er aktuelt for mor. I Uvnäs-Moberg et al. (2020) sin litteraturstudie fant de at basalnivåene på oxytocin sank de første dagene post partum. Oxytocinnivåene steg derimot ved amming, annen bryststimulering og hud-til-hud kontakt umiddelbart etter fødsel. De så ingen stigning i oxytocin i kontrollstudier hvor barnet ikke ble ammet eller hvor det ble gitt morsmelkerstatning (Uvnäs-Moberg et al., 2020, s. 5). Partners bryst kan også være en god erstatning for hud-til-hud kontakt for barnet dersom mor ikke har mulighet (Brunstad, 2017b, s. 484). Hos kvinner som er i risiko for forsinket melkeproduksjon, er det ekstra viktig å prioritere hudkontakt mellom mor og barn, og at den første ammingen kommer i gang så fort barnet viser de første tegnene på sult (Alquist, 2016,

s. 138). De fleste vil nemlig klare å komme i gang med melkeproduksjon til tross for en utfordrende ammestart, såkalt “relaksasjon”. Dette er avhengig av at brystet blir hyppig stimulert, og at kvinnen får støtte og informasjon av helsepersonell slik at hun har evnen til å forstå de ulike prosessene (Alquist, 2016, s. 138).

“Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

Pårørende kan også bli påvirket i en krisesituasjon, og det er viktig å huske å inkludere pårørende i tillegg til pasienten. Mange pårørende kan slite med å takle egne reaksjoner, noe som kan ha negative følger for pasientens forventinger til dem. Det er vist at de som har et godt sosialt nettverk, har bedre forutsetninger til å kunne takle kriser. Dersom helsepersonell klarer å ivareta hele familien, vil dette kunne påvirke hvordan situasjonen mestres (Eide & Eide, 2012, s. 169). Dunning et al. (2016) fant at også partnerne fikk psykiske og emosjonelle plager etter fødselen, og måtte oppsøke hjelp fra fastlege og terapeut (Dunning et al., 2016, s. 6). Dette understreker hvor viktig oppfølging av partner er i en slik situasjon. De som er i krise trenger støtte, og noen å dele tanker med. Postpartumblødning kan oppleves som en krise for pasienten, men også pårørende kan berøres. Dersom pasienten får god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling kan dette gjøre den vanskelige situasjonen lettere å forstå (Eide & Eide, 2012, s. 166).

Thompson et al. (2010) så i sin studie at kvinner ga uttrykk for emosjonelle følger av å ikke kunne realisere ønsket om å amme barna sine. Dette skyldtes blant annet lav energi etter blødning, og stress og frykt for å ikke ha nok melk til barna sine (Thompson et al., 2010, s. 9). Ved bruk av Lazarus sin følelsesfokuserede mestringsstrategi, kunne kvinnene i en slik situasjon hatt nytte av å revurdere situasjonen de står i, og på denne måten opplevd mening ved noe som i utgangspunktet har vært stressende (Lazarus, 2006, s. 145). For å oppnå en slik mestring, mener vi det kan være behov for at jordmor er med på å fremheve de positive sidene av situasjonen, slik at det kan bli mulig for kvinnen å se hendelsen fra et annet perspektiv. I Helsedirektoratet sin rapport om stress og mestring (2017), kommer det også her frem at det kan det være nyttig å endre synet på en stressende situasjon, og fokusere på ressursene man har. For å klare å skifte et slikt fokus trenger man ofte støtte og oppmuntring fra personer i nære relasjoner (Samdal et al., 2017, s. 6).

I Dunning et al. (2016) sin studie viser resultatene at de fleste kvinnene med PPB hadde god fremgang psykisk etter fødselen, men at de med moderate blødninger hadde størst risiko for psykiske traumer. De med alvorlige blødninger rapporterte at de taklet situasjonen godt følelsesmessig (Dunning et al., 2016, s. 6). Noen av kvinnene i Robertson et al. (2017) sin studie beskrev derimot at de slet med mareritt, angst og gjenopplevelse av hendelsen etter en PPB. Kvinnene svarte at disse plagene kunne vare lenger enn selve postpartumperioden, og i tillegg komme tilbake i senere svangerskap (Robertson et al., 2017, s. 15-16). Eckerdal et al. (2016) har funnet at det ikke er større risiko for kvinner med PPB å utvikle depressive symptomer i etterkant av fødsel sammenliknet med kvinner som ikke har opplevd dette (Eckerdal et al., 2016, s. 9). Selv om kvinnene ikke nødvendigvis er i høyere risiko for å utvikle depresjon etter fødsel, er det likevel viktig at jordmor er oppmerksom på kvinnens psykiske helse. Kvinnene vil ha ulike mestringsstrategier etter en traumatisk hendelse, og dersom de ikke mestrer situasjonen, vil dette kunne føre til stress. Fødsel regnes som en såkalt "normalkrise" som man tilpasser seg over tid, men med en traumatisk hendelse i tillegg, kan dette sette menneskers evne til å håndtere situasjonen på prøve (Eide & Eide, 2012, s. 169). På bakgrunn av dette mener vi det er grunn til å tro at kvinnens psykiske påvirkning etter en PPB også vil være en faktor som kan påvirke ammingen.

7.3 Støtte og kunnskap

Thompson et al. (2010) sin studie viser at flere kvinner som hadde hatt en PPB rapporterte at de fikk ulike råd om amming på sykehuset, noe de synes var både frustrerende og forvirrende. Noen av disse måtte søke hjelp hos ammespesialist etter hjemreise fra sykehuset, og skulle ønske de kunne fått mer hjelp hjemme (Thompson et al., 2010, s. 7). Her kan vi se at flere kvinner følger den problemfokuserende mestringsstrategien ved å oppsøke hjelp for å bedre kunne takle det problemet de står ovenfor. For å kunne gi god støtte og informasjon er det viktig at helsepersonell tar utgangspunkt i hver enkelt familie og tilpasser seg etter situasjonen de befinner seg i. Ønsker og forutsetninger for å amme må blant annet kartlegges, og det er viktig å være klar over at dette kan endre seg den første perioden. Det er store forskjeller på ammestarten og en veletablert amming. Det er viktig at foreldrene informeres om dette, da de kan oppleve å få ulik ammeveiledning fra dag til dag, eller fra fødeavdeling til barselavdeling, noe som kan skape forvirring (Alquist, 2016, s. 62). Paladine et al. (2019) sin studie viser at individuell veiledning fra helsepersonell og ammekyndige har sterkere

effekt på mestring av ammeproblematikk (Paladine et al., 2019, s. 489). Dette støttes også av Hurst (2007) som så at ved å hjelpe mødre med å gjenkjenne sitt potensial til å amme, selv når det ikke kan oppnås fullamming, kan resultere i en følelse av mestring og suksess (Hurst, 2007, s. 592). Det vil være viktig for jordmødre å identifisere kvinner som er i risiko for tidlig ammeslutt ettersom det er flere faktorer som påvirker amming (Hansen, 2017, s. 703). De bør følges ekstra godt opp i svangerskap og fødsel, og det bør opprettes tidlig kontakt med helsestasjon etter hjemreise (Alquist, 2016, s. 63). Planer om å amme i tillegg til tidligere erfaring vil påvirke hvor lenge kvinnene ammer (Hansen, 2017, s. 703). Med dette i tankene, vil god oppfølging og støtte til disse kvinnene kunne bidra til lenger ammevarighet.

Studier viser at tilstanden IMS (Insufficient milk syndrome) er økende. Årsaken er uklar, men kan være et resultat av tidlig utskrivelse fra sykehuset, som gjør at mødre drar hjem før melkeproduksjonen er kommet tilstrekkelig i gang og før de mestrer ammingen (Willis & Livingstone, 1995, s. 126). Det anbefales at kvinner som har hatt betydelig PPB får tett oppfølging av helsepersonell, spesielt den første uken etter fødsel, og at man forsikrer seg om at amming og melkeproduksjon er kommet godt i gang før hjemreise (Willis & Livingstone, 1995, s. 126). Ettersom kvinner i dag reiser tidligere hjem fra sykehuset etter fødsel, er det ikke sikkert at melkeproduksjonen har kommet skikkelig i gang, spesielt dersom de opplever forsinket laktogenese 2. Ved disse tilfellene vil det være aktuelt å involvere helsestasjon for tidlig hjemmebesøk av jordmor og helsesykepleier som skal følge opp mor og barn hjemme.

Kvinner kan føle på tap og sinne når de ikke klarer å oppfylle sine egne forventninger til amming (Labbok, 2008, s. 82). Det å vite at morsmelk er vist å være den beste næringen for det nyfødte barnet, kan hos noen kvinner kjennes som et ammepress, og de kan trenge hjelp fra helsepersonell til å få nok informasjon og støtte for å få til ammingen (Labbok, 2008, s. 81). Dette er et eksempel på det Lazarus mener er en type stress, hvor det foreligger en trussel selv om skaden/tapet enda ikke har skjedd (Lazarus, 2006, s. 50). Her kunne det vært aktuelt å ta i bruk den følelsesrettede mestringsstrategien ved å revurdere trusselen (Lazarus, 2006, s. 145). Får kvinnen hjelp av jordmor til å senke de høye forventningene hun har til seg selv og ammingen, kan dette gjøre situasjonen mer håndterbar for kvinnen. Det viser seg at kvinner som får ammeveiledning i svangerskapet har større sjanser for å få til ammingen og opprettholde den (Labbok, 2008, s. 81).

Dårlig informasjon ble nevnt som et hinder for god behandling ved PPB. Ofte fikk kvinnene ingen eller mangelfull informasjon om risikofaktorer ved PPB og de medisinske prosedyrene relatert til blødningen (Woiski et al., 2015, s. 4). Ettersom at flere av kvinnene i Dunning et al. (2016) sin studie ikke var klar over at de hadde hatt en større blødning enn normalt, viser dette viktigheten av at helsepersonell også prioriterer pasientinformasjon i behandlingsforløpet (Dunning et al., 2016, s. 5). I Pasient og brukerrettighetsloven §3-2 første ledd sies det at:

”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Som helsepersonell er det viktig å huske at man er bundet av lovverk for å sikre god og forsvarlig pasientbehandling. Når pasienten eller pårørende ikke får nødvendig informasjon om at kvinnen har hatt en større blødning, eller hva dette kan føre til, kan det resultere i mangelfull oppfølging etter utreise. Mange av kvinnene som følte på for lite informasjon på sykehuset, søkte selv opp dette på internett etter at de var kommet hjem (Woiski et al., 2015, s. 4). Dette er kvinner som allerede står i risiko for ammeproblematikk på grunn av sin PPB. Manglende informasjon om situasjonen og blødningens påvirkning vil dermed i tillegg være en medvirkende faktor som kan resultere i en vanskelig ammestart.

Vi har selv erfart postpartumblødninger i praksis underveis i studiet, og vet at man raskt må iverksette tiltak og starte behandling for å forhindre ytterligere blodtap. Samtidig ser vi også at pasienter og pårørende trenger informasjon for å kunne mestre en såpass traumatisk opplevelse som en PPB kan være. I søkeprosessen fant vi at det var gjort mye forskning på simuleringstrening for helsepersonell i forbindelse med PPB, det ble derimot observert at helsepersonell i simuleringstrening ikke henvendte seg til pasientens pårørende i situasjonen. Dette kan forklare pasientenes opplevelse av lite informasjon, og bør etter vår mening være et større satsingsområde enn det ser ut til å være i dag. Årsaken kan være at helsepersonell først og fremst fokuserer på å gi riktig behandling til pasienten og sikre hennes liv og helse før de informerer familien (Woiski et al., 2015, s. 9). Pasienten og pårørende er derimot redde og sårbare, og mangel på informasjon kan ha en negativ påvirkning på deres opplevelse av situasjonen (Woiski et al., 2015, s. 9).

Som nevnt var funnene i Dunning et al. (2016) sin studie at kvinner med moderate blødninger hadde større emosjonelle traumer etter en PPB i forhold til de med mindre og mer alvorlige blødninger (Dunning et al., 2016, s. 6). Dette synes vi var et interessant funn, da det vil være naturlig å tenke at kvinnene med alvorlige blødninger vil ha mer psykiske påkjenninger etter fødselen. Kvinnene med alvorlig blødning vil derimot mest sannsynlig bli fulgt tettere opp i etterkant av fødselen og på den måten få bearbeidet opplevelsen. De som opplever moderate blødninger kan fort bli “glemt”, da de faller mellom to grupper med tanke på oppfølging i etterkant. Dette kan forklare hvorfor disse opplever større emosjonelle traumer i etterkant. Ettersom det i tillegg ser ut til at helsepersonell ofte underestimerer blødning, kan det tenkes at flere i den normale blødningsgruppen burde vært i den moderate gruppen, og at flere i den moderate egentlig har hatt en alvorlig PPB og skulle hatt mer oppfølging. Det kan også hende at kvinnene i denne gruppen ikke har fått muligheten til å delta i studiene vi har gjennomgått ettersom kvinnene har blitt inkludert basert på rapportert blødningsmengde, og kvinnene med underestimert blodtap vil derfor ikke ha blitt oppdaget.

I Stavanger Universitetssykehus sin lokale prosedyre for hjemreise fra barsel, skal det vurderes om kvinnene trenger en ekstra samtale for å bearbeide en tøff fødselsopplevelse (Helse Stavanger, 2020). Dette ser vi som viktig å huske på også med kvinner som har opplevd moderate blødninger. Dunning et al. (2016) fant at en gjennomgang av hendelsen kan være nyttig i etterkant av en traumatisk opplevelse for å redusere engstelse og bekymringer (Dunning et al., 2016, s. 9). På bakgrunn av dette tenker vi at det kunne vært nyttig å ha oppfølging av alle kvinner som opplever en PPB som en standard rutine etter hjemreise. På denne måten vil det være lavere terskel for å oppsøke hjelp, og kvinnene med behov for videre oppfølging vil bli fanget opp tidlig. Vonde tanker om en traumatisk hendelse kan oppstå en stund etter hjemreise, og det kan antas at ikke alle vil gi uttrykk for dette behovet før etter utskrivelse. Vi ser derimot at dette kan være vanskelig å gjennomføre med dagens bemanning og en høy arbeidsbelastning.

Kvinner som har opplevd en PPB har gode muligheter for å klare å fullamme barnet sitt, men de kan ha økt behov for støtte, informasjon og veiledning for å starte og fortsette amming. Det er viktig at helsepersonell som jobber med gravide, føde- og barselkvinner klarer å identifisere og ta tak i faktorer som hindrer kvinner med PPB i å amme, i tillegg til å kunne

gjenkjenne og behandle forsinket eller manglende melkeproduksjon (Thompson et al., 2010, s. 11).

8.0 Avslutning

Som en avslutning på oppgaven, vil vi legge frem hvordan studien kan impliseres i praksis, utdype hva vi etter arbeidet med studien ønsker å se mer forskning på, og forklare hva vi har kommet frem til. Innledningsvis ble det nevnt at vi ønsket å kunne bruke resultatene våre til å utforme kunnskapsbaserte prosedyrer, slik at kunnskapen skal kunne brukes i praksis for jordmødre i pasientnært arbeid. Ettersom resultatene vi har kommet frem til dekker jordmors kompetanseområde, ser vi tydelig mulighetene for å kunne gjennomføre dette.

8.1 Implikasjoner for praksis

Siden fødepopulasjonen er i endring og flere kvinner er i risiko for PPB, bør man allerede i svangerskapsomsorgen ha økt fokus på disse kvinnene i forhold til ammeveiledning. I tillegg vil vektlegging av det normale være viktig ved risikosvangerskap, da disse kvinnene ofte får oppfølging i spesialisthelsetjenesten og kan miste mye av den "normale" oppfølgingen de hadde fått av jordmor i kommunen. Anemi bør også kartlegges og forebygges allerede i svangerskapet, ettersom det kommer frem at anemi post partum kan ha negativ påvirkning på ammestarten.

På fødeavdelingene, vil det være mulig å iverksette tiltak for at jordmødre skal få et mer nøyaktig mål når det kommer til estimering av blodtap. Eksempler på tiltak kan være økt bruk av simuleringstrening i tillegg til å ha en vekt tilgjengelig på alle fødestuer. På denne måten kan det bli lettere å måle blødningsmengden underveis i forløpet, og det vil sannsynligvis være lavere risiko for underestimering når man bruker vekt fremfor å estimere blodtapet visuelt. Når man har identifisert kvinnene som er i risiko for forsinket melkeproduksjon, vil det være viktig å tilstrebe tidlig hud til hud kontakt på føde- og eventuelt barselavdeling for å tidligst mulig komme i gang med amming etter fødsel. Det er viktig med god ammekompetanse i alle ledd for at kvinnene skal få et forsvarlig føde- og barseltilbud. Det bør forklares av helsepersonell at de nybakte foreldrene kan oppleve motstridende råd når det kommer til amming, da melkeproduksjonen og barnets behov endres de første dagene og at det som fungerer for noen, gjerne ikke har samme effekt hos andre.

Ved utreisesamtale er det viktig at jordmor informerer om hva PPB er, estimert blodtap for den enkelte kvinnen, og hvilken påvirkning dette kan ha for ammingen. Grunnlaget for dette er at flere kvinner i en av de gjennomgåtte studiene ikke var klar over at de hadde hatt en PPB, noe vi synes er urovekkende. Vi ser at en egen ammeprosedyre rettet mot kvinner med PPB kunne vært nyttig, slik at kvinnene sikres god oppfølging uavhengig av alvorlighetsgraden av blødningen, hvor de oppholder seg i barseltiden, og hvem som gir veiledning.

Kvinnene og partnere ønsket bedre oppfølging etter hjemreise, og etterlyste informasjonsbrosjyrer om PPB og konsekvenser det kan føre til, slik at de kunne lese seg opp på temaet selv. Mer informasjon var spesielt ønskelig for å bidra til hvordan de selv kunne øke egen melkeproduksjon og om tilleggsernæring/morsmelkerstatning. Dette er noe som er gjennomførbart og som ville hjulpet de utsatte kvinnene til å forholde seg til dette også etter hjemreise. Her er det viktig å huske på alle fødekvinne, og eventuelle brosjyrer må kunne gis på flere språk, i tillegg til at tolk bør involveres hos alle med behov for dette på utreisesamtaler. Hvis mulig bør avdelingene legge til rette for at partner kan være sammen med familien sin, uavhengig av om det er høyrisiko eller lavrisiko barselenhet.

Ekstra oppmerksomhet bør rettes til kvinnene med moderat blødning, slik at også disse får god oppfølging, spesielt med tanke på amming og psykisk helse i etterkant av fødselen. God dialog med jordmødrene i kommunen og fastlege som skal overta oppfølging av kvinnen etter hjemreise er viktig å etablere før kvinnen utskrives fra sykehuset. Det bør tilstrebes tidlig hjemmebesøk av jordmor og helsesykepleier i kommunehelsetjenesten, for å etablere et godt grunnlag for videre oppfølging av familien.

8.2 Videre forskning

Vi har avdekket flere områder vi synes burde fått mer fokus i forskning: Medisinsk behandling, blodtransfusjon, sammenlikning mellom første- og fleregangsfødende og estimering av blodtap.

Den medisinske behandlingen av PPB var ikke beskrevet i våre inkluderte studier, men vi har blitt oppmerksomme på at for eksempel syntetisk oxytocin kan ha en negativ påvirkning på

melkeproduksjonen. Ettersom kvinner med PPB ofte får syntetisk oxytocin som uterotonika for behandling av PPB, hadde dette vært interessant å ha mer kunnskap om. Resultatene våre viser ikke om reduksjonen i amming hos kvinner som har hatt en PPB og fått blodtransfusjon kommer av selve prosedyren, eller om de har vært mer påvirket av blødningen enn de som ikke fikk transfundert blodprodukter. På bakgrunn av dette ser vi at det kunne vært relevant med mer forskning på blodtransfusjon relatert til amming. Vi hadde et håp om å finne en sammenlikning mellom amming hos både første- og fleregangsfødende med PPB, for å få en innsikt i om kvinner med ammeerfaring lettere ville komme i gang med amming enn kvinnene som ikke har denne erfaringen fra før. Fleregangsfødende vil ha kunnskap om hvordan man håndterer en nyfødt og hva man kan forvente i postpartumperioden, for førstegangsfødende vil det være mye ny informasjon å ta til seg. I studiene vi inkluderte var det ikke mulig å vite hvordan blødningene ble estimert på grunn av studienes design. Det hadde derimot vært interessant å se forskjellene på oppmåling og estimering av blodtap visuelt i forhold til oppfølgingen kvinnene fikk etter en PPB. Det hadde også vært nyttig å se hvilke resultater en hadde fått ved en randomisert kontrollert studie hvor oppfølgingen av kvinnene ble sammenliknet.

8.3 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å se på hvilke faktorer som kunne påvirke amming etter en PPB. Hovedfaktorene som kom frem i studien var blødningsmengde, anemi, mangel på informasjon, separasjon fra barn og partner etter fødsel, og forsinket melkeproduksjon. Mange av disse faktorene påvirker hverandre, det har derfor vært utfordrende å finne hva som er hovedårsaken til ammeproblematikken etter postpartumblødningen. Viktigheten av å identifisere kvinnene som er i risiko for forsinket melkeproduksjon kommer frem i studiene. De utsatte kvinnene trenger god oppfølging både i svangerskapsomsorgen, fødeavdelingen, barselavdelingen, og hjemme. Alle faktorene vi har funnet i studien dekkes av jordmors kompetanseområde. Dette forteller noe om kompleksiteten av jordmorfaget, og at det er viktig å holde seg faglig oppdatert. Med kunnskap om amming relatert til PPB vil jordmødre kunne veilede kvinner som er i risiko til å mestre situasjonen, slik at de vil kunne få en bedre start på barselperioden og den nye tilværelsen.

Litteraturliste

- Alquist, R. (Red.). (2016). *Amming- en håndbok for helsepersonell* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aune, I. (2014). Hvordan kan ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirke jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner? *Vård i norden*, 34(114), 15–20. <https://doi.org/10.1177/010740831403400404>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care- A Practical Guide* (4. utg.). Open University Press.
- Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied Nursing Research*, 36, 122–127.
- Benner, P., & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje—Stress og mestring ved sundhed og sygdom* (2. utg.). Munksgaard.
- Binnie, E. S., Reinar, L. M., & Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka—Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 593–608). Cappelen Damm AS.
- Brown, A., & Jordan, S. (2012). Impact of birth complications on breastfeeding duration: An internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 828–839. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06067.x>
- Brunstad, A. (2017a). Etterbyrdsfasen. I A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka—Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 477–482). Cappelen Damm AS.
- Brunstad, A. (2017b). Tilknytningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka—Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 483–488). Cappelen Damm AS.
- Chessman, J., Patterson, J., Nippita, T., Drayton, B., & Ford, J. (2018). Haemoglobin concentration following postpartum haemorrhage and the association between blood transfusion and breastfeeding: A retrospective cohort study. *BMC Research Notes*, 11(686), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3800-0>
- Drayton, B. A., Patterson, J. A., Nippita, T. A., & Ford, J. B. (2016). Red blood cell transfusion after postpartum haemorrhage and breastmilk feeding at discharge: A population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56(6), 591–598. <https://doi.org/10.1111/ajo.12485>
- Dunning, T., Harris, J. M., & Sandall, J. (2016). Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(80), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0870-7>
- Eckerdal, P., Kollia, N., Löfblad, J., Hellgren, C., Karlsson, L., Högberg, U., Wikström, A.-

- K., & Skalkidou, A. (2016). Delineating the Association between Heavy Postpartum Haemorrhage and Postpartum Depression. *PloS one*, *11*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144274>
- Eide, T., & Eide, H. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner—Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forster, D. A., & McLachlan, H. L. (2007). Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *52*(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.016>
- Fylkesnes, A. M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka- ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 25–31). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017a). Brystets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka—Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 705–709). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017b). Mor-barn-vennlige sykehus. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka—Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 697–704). Cappelen Damm AS.
- Hansen, M. N. (2017c). Morsmelkens sammensetning. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka—Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 710–714). Cappelen Damm AS.
- Helse Stavanger. (2020). *Barsel—Utreisesamtale*. Stavanger Universitetssykehus. https://kvalitet.sus.no/kk/docs/doc_9467/index.html
- Helsebiblioteket. (2016a, oktober 24). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. <https://www-helsebiblioteket-no.ezproxy.uis.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket, M. (2016b, juni 3). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www-helsebiblioteket-no.ezproxy.uis.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem* (IS-2895). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf
- Holm, C. (2018). Intravenous iron treatment in the puerperium. *Danish Medical Journal*, *65*(4), 1–21.
- Horie, S., Nomura, K., Takenoshita, S., Nakagawa, J., Kido, M., & Sugimoto, M. (2017). A relationship between a level of hemoglobin after delivery and exclusive breastfeeding initiation at a baby friendly hospital in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *22*(40), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12199-017-0650-7>

- Hurst, N. M. (2007). Recognizing and Treating Delayed or Failed Lactogenesis II. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 588–594. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.05.005>
- Koht, J., & Sulheim, D. (2019, november 7). *Fatigue*. Store medisinske leksikon. <http://sml.snl.no/fatigue>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3—Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 133–196). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kåss, E. (2020, august 10). *Post partum*. Store medisinske leksikon. http://sml.snl.no/post_partum
- Labbok, M. (2008). Exploration of Guilt Among Mothers Who Do Not Breastfeed: The Physician's Role. *Journal of Human Lactation*, 24(1), 80–84. <https://doi.org/10.1177/0890334407312002>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser—En ny syntese*. Akademisk forlag.
- Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Meyer, P. (2011). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I E. Bach-Gansmo, S. Ørn, & J. Mjell (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 197–207). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moher, D., Liberati, A., & Altman, D. (2009). *PRISMA 2009 flow diagram*. PRISMA - transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>
- Myhre, J. B., Andersen, L. F., & Kristiansen, A. L. (2020). *Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder*. (ISBN 978-82-8406-098-9). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2011). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* (Håndbok ISBN 978-82-8121-429-3). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf
- Nesheim, B.-I., Nylander, G., & Løland, B. F. (2015). Barseltid og amming. I J. M. Maltau, K. Molne, & B.-I. Nesheim (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 224–232). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nyfløt, L. T., Aase, T. A., Jacobsen, A. F., Pettersen, S., Sanda, B., & Baghestan, E. (2020). *Postpartumblødning (PPB)*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/postpartum-blodning/>
- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). *Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester*. 100(8), 7.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A., & Langford, C. A. (2017). *Understanding scoping reviews: Definition, purpose and process*. 29(1), 12–16.

Robertson, J., Kehler, S., Meuser, A., MacDonald, T., Gilbert, J., & Bennett, S. (2017). After the Unexpected: Ontario Midwifery Clients' Experiences of Postpartum Hemorrhage. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 16(1), 10–19.

Samdal, O., Wold, B., Harris, A., & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655; s. 1–54). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Sortland, K. (2013). *Ernæring—Mer enn mat og drikke* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Thompson, J. F., Heal, L. J., Roberts, C. L., & Ellwood, D. A. (2010). Women's breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: A multicentre cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 5(5), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-5-5>

Thompson, J. F., Roberts, C. L., & Ellwood, D. A. (2011). Emotional and physical health outcomes after significant primary post-partum haemorrhage (PPH): A multicentre cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51(4), 365–371. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01317.x>

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., Kotlowska, A., Lengler, L., Olza, I., Grylka-Baesclin, S., Leahy-Warren, P., Hadjigeorgiu, E., Villaermea, S., & Dencker, A. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding- a systematic review. *PloS one*, 15(8), 1–38. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235806>

Willis, C. E., & Livingstone, V. (1995). Infant Insufficient Milk Syndrome Associated with Maternal Postpartum Hemorrhage. *Journal of Human Lactation*, 11(2), 123–126. <https://doi.org/10.1177/089033449501100218>

Woiski, M. D., Belfroid, E., Liefers, J., GroL, R. P., Scheepers, H. C., & Hermens, R. P. (2015). Influencing factors for high quality care on postpartum haemorrhage in the Netherlands: Patient and professional perspectives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(272), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0707-9>

World Health Organization, & Unicef. (2014). *Global Nutrition Targets 2025—Breastfeeding Policy Brief* (WHO/MMH/NHD/14.7; s. 1–8). WHO og Unicef. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1

Vedlegg

Vedlegg 1.

SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?			
<i>Kommentar:</i>				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?			
<i>Kommentar:</i>				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?			
<i>Kommentar:</i>				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?			
<i>Kommentar:</i>				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?			
<i>Kommentar:</i>				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?			
<i>Kommentar:</i>				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?			
<i>Kommentar:</i>				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?			
<i>Kommentar:</i>				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?			
<i>Kommentar:</i>				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?			
<i>Kommentar:</i>				

SJEKKLISTE FOR TVERRSNITTSTUDIER

Sjekkliste for tverrsnittstudier*		Ja	Uklart	Nei
Dette designet er som regel bare aktuelt å vurdere når man besvarer prevalensspørsmål.				
1	Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert?			
<i>Kommentar:</i>				
2	Var utvalget representativt for befolkningsgruppen?			
<i>Kommentar:</i>				
3	Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?			
<i>Kommentar:</i>				
4	Er svarprosenten høy nok?			
<i>Kommentar:</i>				
5	Var datainnsamlingen standardisert?			
<i>Kommentar:</i>				
6	Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene?			
<i>Kommentar:</i>				
7	Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder?			
<i>Kommentar:</i>				

SJEKKLISTE FOR KOHORTSTUDIER

Sjekkliste for kohortstudier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var gruppene (de eksponerte og ikke-eksponerte i kohorten) sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?			
<i>Kommentar:</i>				
2	Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/ populasjon?			
<i>Kommentar:</i>				
3	Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den samme befolkningsgruppen/ populasjonen som de eksponerte?			
<i>Kommentar:</i>				
4	Var studien prospektiv?			
<i>Kommentar:</i>				
5	Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene?			
<i>Kommentar:</i>				
6	Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?			
<i>Kommentar:</i>				
7	Er det utført en frafallsanalyse som redegjør for om de som har falt fra skiller seg fra dem som er fulgt opp?			
<i>Kommentar:</i>				
8	Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall?			
<i>Kommentar:</i>				
9	Er det tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer (konfoundere) i studiens design/og eller analyse?			
<i>Kommentar:</i>				
10	Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert?			

Vedlegg 2.

Mor–barn vennlig standard

10 trinn for vellykket amming (revidert 2018)

Administrativt ansvar

Trinn 1a: Følg WHO-koden for markedsføring av morsmelkerstatning og tilskuddsblandinger og relevante resolusjoner fra Verdens helseforsamling

Trinn 1b: Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til helsepersonell og foreldre

Trinn 1c: Etablere kontinuerlig evaluering av Mor – barn - vennlig standard i sykehusets eget kvalitetssystem

Trinn 2. Sikre at personalet har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap, kompetanse og ferdigheter for å støtte amming

Klinisk praksis

Trinn 3. Samtale med gravide og deres familier om hvorfor det er viktig å amme og hvordan få dette til

Trinn 4. Sørge for at mor og barn kan ha uforstyrret hud – mot - hud kontakt og støtte mødrene i å komme i gang med ammingen så snart som mulig etter fødselen

Trinn 5. Veilede mødrene i å etablere og opprettholde amming, og til å håndtere vanlige ammeproblemer

Trinn 6. Ikke gi morsmelkernærte nyfødte annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det

Trinn 7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet

Trinn 8. Veilede mødrene i å kjenne igjen og svare på barnets tegn på sult

Trinn 9. Veilede mødrene om mulige ulemper og risiko ved bruk av tåteflaske og smokk, som kan påvirke ammingen

Trinn 10. Planlegge utreise ved å etablere kontakt med kommunchelsetjenesten, slik at foreldre og deres nyfødte sikres kontinuerlig støtte og hjelp