

# **Ammeproblemer hos førstegangsfødende**

**Linn Surland-Hansen**



Master of Philosophy in Psychology

**UNIVERSITETET I OSLO**

Psykologisk Institutt

November 2011

## **Forord**

Jeg ønsker å takke Silje Marie Haga for veiledning, gode samtaler og lån av datamateriale tilknyttet hennes doktorgradsprosjekt.

En stor takk rettes mot Katrina Røn, for tiltredelse av biveilederrolle på kort varsel, og for hennes nyttige, konstruktive og gode råd.

Takk til min familie, og spesielt min mann, for motivasjon, oppmuntring, kjærighet og støtte, og til Sylvia og Judit for deres vennskap.

Den største takk går til Per Ross Schioldborg, min mentor og venn, for hans støtte, klokskap, veiledning, råd, humor, engasjement, tilstedeværelse og varme. Uten deg hadde alt vært annerledes! Denne oppgaven er dedisert til han.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>1</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>2</b>
Bakgrunn.....	2
Amming, statistikk og ammepress.....	2
Ammeslutt?.....	5
WHO-koden.....	5
”Mor-barn-vennlig initiativ”.....	6
Ammestøtte.....	7
Amming og forskning.....	8
Amming og melkeproduksjon.....	11
Opplevelser av amming.....	12
Amming og psyke.....	15
Amming og søvn.....	17
<b>Metode</b> .....	<b>19</b>
Utvalg.....	19
Valg av metode.....	19
<b>Resultater</b> .....	<b>21</b>
Vanskelighetsgrad.....	22
Ammepress.....	24
Tidsbruk.....	26
Forventninger.....	28
<b>Diskusjon</b> .....	<b>30</b>
Vanskelighetsgrad.....	30
Ammepress.....	33
Tidsbruk.....	37
Forventninger.....	39
<b>Metodiske begrensninger</b> .....	<b>41</b>
<b>Overordnet diskusjon</b> .....	<b>42</b>
The motherhood constellation.....	42
Konformitet.....	46
<b>Sentrale spørsmål - veien videre</b> .....	<b>48</b>
<b>Oppsummering</b> .....	<b>51</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>53</b>

## Sammendrag

*Mål.* Å undersøke hvilke ammeproblemer som melder seg hos førstegangsfødende, og hvorledes det oppleves å streve med amming i et samfunn hvor ”alle” ammer.

*Metode.* 11 tredveårige førstegangsfødendes transkriberte intervjuer ble analysert ved bruk av tematisk analyse. *Resultater.* Opplevelser av problemer tilknyttet amming ble kategorisert under fire temaer; vanskelighetsgrad, ammepress, tidsbruk og forventninger.

Studien viser videre hvorledes det føles å streve med amming i Norge hvor ammetatistikken er så høy. Dette var tydeliggjort gjennom eksempelvis dårlig samvittighet blant annet grunnet utilstrekkelig melk, følelsen av ”verdens undergang,” ved tanken på å ikke amme sitt barn, følelsen av utilstrekkelighet og avmakt i møte med ammevansker, og en iherdig insistering på å lykkes med amming, ofte på bekostning av eget velvære. *Konklusjon.* Førstegangsfødende i den foreliggende studien opplevde å møte et press om å amme fra helseinstitusjoner og helsepersonell, og dette samt problemer med ammingen affiserte følelser og påvirket hverdagen. Dette igjen belyser et behov for førstegangsfødende som ikke blir møtt, og sentralt her er viktigheten av individuell støtte, versus en rett løsning for alle. Et realistisk og nyansert syn på amming og morsmelkens egenskaper syntes hensiktsmessig, hvor flere sider av forskning på morsmelkens egenskaper kan bli belyst i ammeinformasjon. Dette kan tenkes dempe opplevd ammepress. Samtidig som man fremmer og anerkjenner det positive ved amming, bør man også avdramatisere konsekvensene av å ikke amme, slik at ikke kvinner som strever med amming opplever at det å ikke klare å amme vil være ”verdens undergang.” Og i dette angående; separere amming fra moral og en ”god” mor. Helsepersonell har en sentral oppgave her.

# Innledning

## Bakgrunn

Norge er på verdenstoppen i amming, vi har ammehjelp, lang permisjon etter fødsel og ammefri når mor skal ut i jobb igjen. Mødre i Norge er motiverte, de ønsker å amme (Greve, 2007; Vik, 2009b) og det er et generelt høyt kunnskapsnivå om amming blant den kvinnelige befolkningen. Menn stiller seg heller ikke negative (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Statistikk fra kostholdsundersøkelsen Spedkost, viser at bare én prosent av norske barn i 2007 aldri har fått morsmelk, og 80 prosent ammes fortsatt ved seks måneders alder (Øverby, Kristiansen, Andersen & Lande, 2008). På verdensbasis fullammes 39 prosent av barn i de første seks levemånedene (Unicef, 2004). WHO og UNICEF anbefaler globalt morsmelk som eneste ernæring de første seks levemånedene, og deretter fortsatt amming i to år eller lenger i tillegg til annen mat (Unicef, 2008; WHO, 2009). Helsedirektoratet i Norge anbefaler fullamming de første seks måneder og deretter fortsatt amming i minst et år i tillegg til annen mat (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2009). Imidlertid bare 2,1 prosent av barna får utelukkende morsmelk ved seks måneders alder i Norge (Häggkvist, Brantsæter, Grjibovski, Helsing, Meltzer og Haugen, 2010), mens resten, nesten 60 000 mødre hvert år, ikke klarer å følge nevnte anbefalinger om fullamming i seks måneder (Henriksen og Thomassen, 2011). Morsmelk som eneste føde de første seks måneder er for mange et for krevende ideal, og for høye idealer kan føre til at flere gir opp ammingen på et tidligere tidspunkt, sier Andrews & Johansen (2007). Med nevnte høye amme-statistikk, kan man undre seg hvorledes det vil oppleves å streve med ammingen, samt hvilke problemer som kan utpeke seg ved ammingen i seg selv, og dette vil være fokus i den foreliggende oppgave. Man kan videre undre seg om emosjonelle og moralske aspekter vil kunne foreligge relatert til disse problemstillinger, noe som også vil være fokus i den foreliggende oppgave.

## Amming, statistikk og amme-press

Det er utbredt kunnskap om budskapet ”bryst er best” (Lee & Furedi, 2005; Sheehan, Schmied & Barclay, 2010). At barn ammes i Norge er normen, og er et resultat av systematisk arbeid rundt informasjon samt overtalelse, oppgir Ellingsæter (2010).

Grunnet denne normen, samt at de aller fleste starter å amme, kan det oppleves desto mer ”traumatisk” når man ikke får det til eller må slutte å amme før man hadde ønsket, mener Tufte (2005). Å gi opp ammingen kan føles som et nederlag, preget av dårlig samvittighet og en følelse av å være en dårlig mor (Alquist, 2007; Helsedirektoratet, 2011; Tufte, 2005), og hvis det er høye kulturelle forventninger til morskapet, kan dette forverre kvinners følelse av hjelpeløshet og følelsen av å være en dårlig mor, sier Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington (2003).

Helsedirektoratet (2011) sier imidlertid at å være en god mor er ikke det samme som å være en ammende mor, å gi barn varme og kjærlighet er uavhengig av ammemuligheter og å være en god mor har mange flere kvaliteter enn bare det å produsere melk. Helse- og omsorgsdepartementet (1999) oppgir at når noen få kvinner ikke kan eller vil amme, opplever de ofte et massivt press og kan lett føle seg mislykkete som mødre. Videre, det er ovenfor disse viktig å understreke at i et land som Norge vil barn leve opp og klare seg like bra som andre barn selv om de ikke blir ammet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Ammepresset er sterkt i Norge i dag sier Eberhard-Gran i 2007 (sitert av Solerød, 2007, s. 2). Man er i mindretall i Norge om man gir morsmelkerstatning (Vik, 2009b), og disse opplever ofte at de må forklare hvorfor de gir flaske. (Murphy, 1999; Sheehan et al., 2010; Vik, 2009b). Lee (2007) fant at 50 prosent av kvinnene i sin undersøkelse var enige i at kvinner er presset til å amme. I en undersøkelse foretatt av Tufte (2005) ble det funnet at 12 prosent av kvinnene hadde følt seg presset til å amme lenger enn de ønsket, og presset kom fra for eksempel helsestasjonen, seg selv og omgivelsene generelt. De fleste av disse kvinnene hadde hatt betydelige ammeproblemer. Det ”alle” gjør kan se ut til å gi føringer som den enkelte kan oppleve som press, sier Bærug (2007), mens Tufte (2005) sier at presset kommer først etter at ammeproblemene har oppstått (Tufte, 2005). Noen ganger kommer presset innenfra, følelser er koblet sammen med amming og morsrollen, og amming kan bli integrerende for hvordan man ser seg selv som mor (Sheehan et al., 2010).

En studie av Lee & Furedi (2005) foretatt i England viste at 32 prosent følte mislykkethet over å ikke amme, 33 prosent hadde skyldfølelse og 20 prosent var bekymret for hvilke effekter det ville ha på babyens helse å ikke amme. Lee & Furedi

(2005) mente at mange av kvinnene i studien hadde internalisert budskapet ”bryst er best,” og fant at morsmelkerstatning ble assosiert med risiko, mens brystmelk var synonymt med å være en god mor. Sheehan et al. (2010) fant at frykt i forbindelse med morsmelkerstatning økte stress hos kvinner, og Lee & Furedi (2005) sier at grunnet korrelasjonen mellom det å amme og å være en god mor var internalisert, ble det nødvendig for flere å amme til enhver pris. Kvinner i Tufte (2005) sin studie hadde et sterkt ønske om å amme og holdt ut lengst mulig på tross av at de ikke fant en løsning på ammeproblemene. Undersøkelsen bekreftet at i Norge ammer de fleste kvinner på tross av ammeproblemer. Marshall, Godfrey & Renfrew (2007) fant at det var av overordnet viktighet å anskaffe den fysiske ferdigheten å amme for alle kvinnene i deres studie. Rise (2006) sier at amming har blitt en ”besettelse” for noen kvinner, og at kvinner er innprentet en holdning om at det er en forbrytelse å gi morsmelkerstatning.

Lee & Furedi (2005) fant videre at 88 prosent følte lettelse over at babyen fikk mat når de ga morsmelkerstatning. Flere opplevde det å gi morsmelkerstatning som lettere og mer praktisk, samt at de fikk mer kontroll over eget liv. Videre, fant Hauck & Irurita (2002) at kvinner ønsket å få kroppen sin tilbake, og de følte lettelse over at den konstante givningen var over og de kunne tenke på seg selv og egne behov igjen. Andre rapporterte imidlertid følelser av tap og tristhet over å slutte å amme, de opplevde et spesielt bånd som bare kunne oppnås via ammingen.

Fire prosent av kvinnene i kostholdsundersøkelsen Spedkost oppga bekymring/stress/sliten som viktigste grunn til ikke å amme eller slutte å amme, mens 15 prosent oppga det som nest viktigste grunn. Tre prosent oppga som både viktigste og nest viktigste grunn at de ikke hadde noen spesielle problemer, men at de ikke ønsket å amme lenger (Lande, 2003). Tufte (2005) mener at resultatene fra Spedkost undersøkelsen viser at det er svært uvanlig at norske kvinner ikke ammer fordi de ikke har lyst, og at ammeslutt sannsynligvis er et resultat av at de ikke finner en løsning på ammeproblemene.

Så mange som 91 prosent oppga imidlertid at de hadde hatt en positiv opplevelse av ammingen i studien til Tufte (2005), mens bare tre prosent hadde hatt en negativ erfaring. De negative erfaringene var smerter, avvisning av brystet, barnet tok brystet dårlig og lite melkeproduksjon. 12 prosent rapporterte at de ikke hadde hatt noen

ammeproblemer. Tufte (2005) sier at det var uventet få som opplevde ammingen negativt, selv om de fleste hadde hatt større eller mindre problemer under ammeforløpet. Tufte (2005) sier at en mulig årsak kan være at en del regnet med at det var slik det skulle være og dermed aksepterte det. En annen mulig årsak kan være at problemene var tilbakelagt, da de besvarte spørreskjemaene når barnet var ett år gammelt. Murphy (1999) sier på sin side det bør utvises forsiktighet med å behandle hva kvinner sier om ernæringsintensjoner for sine barn som direkte reproduksjoner av kvinners mentale status i forhold til hva som er viktig når man tar avgjørelser om ernæring. I stedet bør man best forstå disse uttalelser som et repertoar av kulturelle akseptable legitimeringer for ernæringsavgjørelser for babyer. I tråd med dette sier Whelan & Lupton i 1998 (Sitert i Marshall et al., 2007) at utilstrekkelig melk har blitt beskrevet som den akseptable offentlige årsak for ammeslutt.

### **Ammeslutt?**

I noen tilfeller vil babyen nekte å amme og avvise brystet, og mor vil da kunne føle seg stresset, avvist og frustrert, sier WHO (2009). WHO (2009) lister opp en rekke av hva de presenterer som akseptable grunner til ikke å amme eller midlertidig ikke amme. Dette gjelder babyer som har galaktosemi, maple syrup urin disease, fenyketonuri og mor som har HIV. Akseptable grunner for midlertidig opphør i amming gjelder kvinner som har sepsis, herpes samt tar diverse medikamenter, eksempelvis kjemoterapi (WHO, 2009). Nylander (2008) oppgir at enkelte kvinner kan synes det er ekkelt å amme, eksempelvis de som har vært utsatt for overgrep. Hun sier de fleste overvinnet en slik avsky gjennom tilfredsstillelsen ved at det uskyldige lille barnet får maten sin på den måten, at disse mødrene bør gi det litt tid, og at de "snille" ammehormonene kan hjelpe mor på sikt (Nylander, 2008).

### **WHO-koden**

Vik (2009a) oppgir at å slutte med amming er en svært vanskelig avgjørelse for de fleste foreldre, og dette blir ikke enklere dersom man står alene om avgjørelsen og ikke får støtte av eksempelvis helsepersonell, familie og venner. Mødre kan føle at de svikter barnet sitt og de kjenner ofte frustrasjon og skuffelse. Videre, de som har bestemt seg for å gi morsmelkerstatning til sitt barn, vil kunne ha vansker med å finne informasjon om



dette. De kan oppleve at gode råd og interesse fra helsepersonell opphører, og at de blir overlatt til seg selv med problemer og avgjørelser rundt ernæring. (Vik, 2009a). World Health Organization (WHO) har fremsatt WHO-koden, som er en internasjonal kodeks som gjelder markedsføring av spedbarnsføde og morsmelkerstatning. Denne koden ble laget for å stanse produsenter av morsmelkerstatning som drev markedsføring av pulvermelk i den tredje verden. De bidro til at kvinner sluttet å amme ved blant annet å fremstille sitt produkt som bedre enn morsmelk og å dele ut gratisprøver (Vik & Midnes, 2009). WHO-koden har ti punkter som forplikter partene til å forby reklame for morsmelkerstatning og flasker, samt å fremme morsmelkens fordeler. All informasjon om industrifremkalt melkeblanding for spedbarn skal understreke morsmelkens fordeler (WHO, 1981). WHO-koden sier også at informasjon om flaskemating skal være tilgjengelig for de som trenger det, men denne informasjonen er i realiteten svært begrenset i Norge, sier Vik (2009b). Mange fant det vanskelig å anskaffe informasjon om morsmelkerstatning fra offisielle kilder, fant Lee (2007) og Sheehan et al. (2010) rapporterte at kvinner opplevde at informasjon om morsmelkerstatning ble tilbakeholdt, selv når de etterspurte dette, noe som hindret dem fra å ta et informert valg. I Lee (2007) sin studie ble det beskrevet at mangel på offisiell informasjon om morsmelkerstatning er en latterliggjøring av individer som kapable til å ta egne avgjørelser, og at de ikke tenker på mødrene. Shakespeare, Blake & Garcia (2004) sier at kvinnene i deres studie kunne se at informasjonen om morsmelkerstatning var tydelig sensurert, og de trengte ikke å bli forelest for om helsefordelene ved amming, da de allerede var klar over disse. WHO-koden gjør at morsmelkerstatningsprodusenter ikke har lov til å svare på spørsmål fra foreldre som tar kontakt med dem, de må henvise videre til helsestasjonen (WHO, 1981), men mange foreldre opplever at ansatte på helsestasjon har begrenset kunnskap om flaskemating, sier Vik & Midnes (2009) Helsepersonell er på sin side pålagt å fremme amming (WHO, 1981). Et krav om informasjon er også relatert til et behov for trygging om at man ikke er dårlige mødre selv om man gir morsmelkerstatning (Lee & Furedi, 2005; Shakespeare et al., 2004).

### **”Mor-barn-vennlig initiativ”**

Sykehus setter et viktig eksempel for nye mødre (Unicef, 2009).  
UNICEF/WHO/helsemyndighetenes ammeprosjekt ”Mor-barn-vennlig initiativ”

(Nylander, 2008) ble lansert i 1991 for å sikre støtte av amming. Dette inkluderer blant annet å ha implementert ti steg for suksessfull amming. I områder hvor sykehus har oppnådd denne statusen, ammer flere mødre og barns helse forebedres som konsekvens. Blant de ti stegene er å hjelpe mødre å initiere amming innen en time etter fødsel, ikke gi babyen noe annet enn morsmelk hvis ikke medisinsk indisert, informere om fordeler ved brystmelk samt trene helsepersonell i nødvendige evner for å kunne implementere en skriftlig ammepolitikk (Unicef, 2009). Noen foreldre føler at ”mor-barn-vennlig initiativ” skaper ammepress og en for ensidig fokusering på amming de første dagene på sykehuset etter fødsel (Flaskeposten, ”udatert.”). Lee & Furedi (2005) fant at flere kvinner føler seg ”bombardert” av informasjon som forteller dem at ”bryst er best,” og informasjon kunne i noen tilfeller oppleves som propaganda (Alquist, 2007).

På den annen side ble det funnet at mødres kunnskap om amming og ammingens fordeler var momenter som var viktige for å beholde lysten og viljen til å fortsette å amme gjennom en problematisk ammeperiode. Imidlertid var langt de fleste mødre uforberedt på at problemer kunne oppstå i ammeperioden (Alquist, 2007). Alquist (2007) sier at mødre mente at å være tidlig oppmerksom på eventuelle amme-problemer kunne ha medvirket til en bedre start på ammingen.

### **Ammestøtte**

Greve (2007) oppgir at flere kvinner opplever å ha vært utsatt for ammepress når de har henvendt seg med et ammeproblem. I stedet for å bli tatt på alvor, blir kvinner sendt hjem med beskjed om at det ordner seg bare de prøver litt til (Johansen, 2001a). Rise (2006) sier at det er aktører på markedet som er ”fanatisk” anlagt når det gjelder amming, som jobber ensidig og moraliserende og mener at kvinner som fullammer er bedre. Marshall et al. (2007) rapporterte at flere kvinner følte en obligasjon til å amme grunnet måten helsepersonell satt likhetstegn mellom amming og en frisk baby, og Hausman (2004) sier videre at en insistering på helseinformasjon og overtalelse som den primære retoriske vektlegging, gjør lite for å adressere vanskelighetene ved å tilpasse amming i livet til dagens travle mødre. Eksempelvis vil amming 12-15 ganger i døgnet kunne være en stor påkjenning for moren, sier Tufte (2005).

Rudman og Waldenström (2007) fant at ammestøtte var en stor sak i forhold til bekymring. Problemer med for lite melk samt morsmelkerstatning var glemte emner

under barseloppholdet, og det ble rapportert om en overdrevet konsentrering om fordelene ved amming. Mødre utrykte at de ønsket å bli oppmuntret fremfor presset, og de følte at skyldfølelse, press og bebreidelse ble plassert på mødre som brukte morsmelkerstatning. Videre ble det rapportert at da ”alle” snakker om hvor viktig brystmelk er, betyr det at man lett kan få prestasjonsangst, og at de ansatte burde fremme at den nye moren skal føle seg bra og ikke være dømmende om mor ønsker å kombinere amming og morsmelkerstatning (Rudman og Waldenström, 2007). Alquist (2007) fant at mødre ønsket at ammeveiledning var støttende, samt at man ga ros og omtanke for både mor og barn, og en åpning for at det var mulig å slutte om situasjonen ble uutholdelig.

På 50- og 60-tallet så norsk middelklasse på amming som umoderne, arbeiderklassekvinner og primitive folkeslag gjorde dette, sier Olsen (2011). Rise (2006) mener at amming er moderne fordi vi lever i et velferdssamfunn hvor kvinner ikke lenger har en stor barneflokk, og begrepet ”den gode mor” er et motefenomen. Hun sier at nå kan kvinner bare sette seg ned å amme på fulltid og konkurrere om det med andre mødre, noe noen barselgrupper blir brukt til (Rise, 2006). Lee & Furedi (2005) oppgir at kvinners identitet som mødre er forbundet med hvordan babyer blir matet, og dette betyr at flere kvinner ikke føler seg likegyldige i forhold til hva andre kvinner gjør, og kan bevisst eller ubevisst dømme og sette spørsmålstejn ved handlingene til andre kvinner. Mating av babyer har blitt en aktivitet som gjør kvinner meget selvbevisste.

### **Amming og forskning**

Meyers (2009) sier at amming optimaliserer et barns sjanse for å nå sitt fulle potensial. Barn som er ammet er mindre kresne og aksepterer sunn mat bedre enn de som ikke er ammet, sier Bærug og Øien (2011). Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) i Norge oppgir at forskning viser at ernæring med brystmelk blant annet gir redusert risiko for infeksjoner i mage-tarm, luftveiene, hjernen, urinveiene og kroppen for øvrig, samt sukkersyke, glutenintoleranse, allergi, alvorlige tarmlidelser, kreft hos barn, hjerte-kar-fedme problemer. Det har også helsegevinster for kvinnen selv å gi brystmelk til sitt barn, slik som blant annet redusert risiko for kreft, leddgikt, overvekt og sukkersyke. Videre er morsmelk den ideelle ernæring for menneskebarn, da den er forebyggende medisin som beskytter barnet mot infeksjoner gjennom mors antistoffer, og det tar tid før små barn klarer å lage nok slike antistoffer selv (Nasjonalt

kompetansesenter for amming, 2009). Komposisjonen av brystmelk forandrer seg etter barnets behov for passiv beskyttelse (Walker, 2010), og morsmelkerstatning er ikke et akseptabelt substitutt for brystmelk fordi det er bare mat, mens brystmelk inneholder flere ingredienser, blant annet enzymer og hormoner, som ikke kan tilsettes i morsmelkerstatning, sier Unicef (2008). Morsmelkerstatning bør bare brukes når medisinsk indisert (Unicef, 2009). Ingen studie har funnet en beskyttende effekt ved morsmelkerstatning, sier McNeil, Labbok & Abrahams (2010), men noen mener imidlertid at morsmelkerstatning er fullverdig næring for babyen, og at næringsinnholdet er justert slik at det skal ligne morsmelk så mye som mulig (Holm, 2010 helsenett). Hausman (2009) sier det er problematisk å portrettere brystmelk som medisin da flere mødre strever med suksessfull amming, og det da kan virke som at mødre som ikke lykkes med amming tilbakeholder viktig medisin fra sitt barn.

Det er imidlertid estimert at optimal ammepraksis kan hindre 13 prosent av de 10.6 millioner dødsfall blant barn under fem år globalt hvert år, og videre, babyer som ikke blir ammet i sin første levemåned kan være 25 ganger mer sannsynlig til å dø enn babyer som blir fullammet (WHO, 2008). Brysternærte barn har minst seks ganger så stor sjanse for overlevelse i sine første levemåneder enn barn som ikke får brystmelk. Den potensielle impakten til optimal ammepraksis er spesielt viktig i u-land grunnet mye sykdom og lav tilgang til rent vann og sanitære forhold, men i i-land har også barn som ikke får brystmelk større risiko for å dø, sier Unicef (2008). Adekvat ernæring i spedbarnstid og tidlig barndom er essensielt for å sikre helsen, veksten og utviklingen til barn for at de skal nå sitt fulle potensial (Unicef, 2009; WHO, 2009).

Mange studier starter med å si at fordelene ved morsmelk er bevist, det har blitt som et mantra, mener Rumbelow (2009). Alle vitenskapelige bevis trenger kulturell støtte for å bli akseptert som fakta, og kulturell konsensus transformerer vitenskapelige funn til informasjon og allmennkunnskap, sier Hausman (2009). Men forskning på amming og morsmelk er ikke enkelt, og i mange studier er ikke ammingen godt nok definert til å kunne brukes til å trekke solide slutninger. Eksempelvis kan det være at det ikke er kjent hvor mye eller hvor lenge barnet ble ammet, eller om barnet var fullammet, slik at et barn som for eksempel fikk én seanse med morsmelk kunne risikere å komme i samme gruppe som de som ble fullammet i seks måneder (Greve, 2007). Videre er det problematisk å

separere effektene av amming fra andre potensielle confounding faktorer assosiert med amming. Å velge å amme er blant annet assosiert med sosioøkonomisk status, mødres mentale helse og utdanning, og disse faktorene er også relatert til barns utviklingsutfall (Woodward & Liberty, 2005). Det er altså vanskelig å separere morsmelkens fordeler fra fordeler til en mor som velger å amme, og dermed eksempelvis fordelene det kan gi å vokse opp hos en utdannet mor med høy sosioøkonomisk status. En ideell studie ville randomisert delt en gruppe mødre, og bedt den ene gruppen amme og den andre å gi morsmelkerstatning, men dette er imidlertid uetisk. Forskere må derfor nøye seg med observasjonsstudier (Rosin, 2009), og ammelitteraturen er primært omfattet av observasjonsstudier (Ip et al. (2007)).

En meget sentral og viktig studie, Kramer- studien, er utført på en måte som er andre studier overlegen. To grupper barn som begge fikk morsmelk ble sammenlignet, og en av gruppene ble tilfeldig valgt ut til en amme-promoteringsintervensjon for å øke ammingen ytterligere (Kramer et al., 2008b), studien takler derfor problemet med confounding samt etiske konsiderasjoner. Det ble funnet at de barna som var i tiltaksgruppen fikk mindre atopisk eksem og mage-tarm infeksjoner det første leveåret, samt høyere IQ ved 6,5 år (Rikshospitalet, 2010). Imidlertid, når det for eksempel gjelder astma, allergi, overvekt, leukemi, blodtrykk, hjertesykdom, type 1 diabetes og lymfom, viste Kramer- studien at bevisene er svake for at morsmelken vil redusere disse tilstander (Rumbelow, 2009). Ingen viktige intervensjonseffekter ble observert i forhold til BMI, høyde, blodtrykk eller fettmålinger. Amme-promoteringsintervensjonen reduserte altså ikke målinger av fettmåling ved 6,5 års alder. Tidligere rapporter om beskyttende effekter mot overvekt er basert på observasjonsstudier og kan muligens reflektere bias forårsaket av seleksjon og confounding (Kramer et al., 2008a). Kramer et al. (2008b) fant i sin studie at forlenget amming og fullamming forbedrer barns kognitive utvikling målt ved 6,5 års alder, som er basert på den største randomiserte forsøk som har blitt gjort på amming. Det er imidlertid uklart om den observerte kognitive fordelene ved amming er grunnet morsmelken eller er relatert til den fysiske og sosiale interaksjonen som skjer under amming. Kramer et al. (2008c) fant i sin studie ingen bevis på risiko eller fordeler av forlenget amming og fullamming for barns og mødres atferd. De fant ingen konsistente eller signifikante forskjeller i atferdsmessige vanskeligheter eller styrker hos

barna som var i amnepromoteringsintervensjonen, og dermed fikk mer brystmelk og fikk dette over lenger tid. Det var heller ingen merkbare reduksjoner i emosjonelle vanskeligheter, hyperaktivitet, eller vanskeligheter med jevnaldrende, og ei heller forbedringer i prososial atferd. Videre fant de ingen bevis på at mer og lenger amming hadde effekt på mors relasjon med partner, barnet sitt, eller hennes tilfredsstillelse med morsrollen generelt (Kramer et al., 2008c).

Evenhouse & Reilly (2005) fant i sin studie at mange av de langvarige effektene av amming har vært overdrevet. De sier at seleksjonsbias forblir et seriøst problem selv om man kontrollerer for eksempelvis inntekt, familiestørrelse, utdannelse, rase osv. Wolf (2007) sier at troen på ammingens overlegenhet er så utbredt at bias mulig kan resultere i både mindre publikasjoner av negative studier samt en assosiasjon som virker mer konsistent enn den er. I tråd med dette sier Carlsen (2010) at man må dempe forventningene til betydningen av amming, og sier forskere er i ”ammetåke.” Den vitenskapelige nøkternhet virker til å ha vært noe mindre enn det burde være, sier Carlsen i 2010 (Siteret i Aas & Arnesen, 2010). Ulvund (2010) uttaler at Nasjonalt kompetansesenter for amming trolig har trigget angst og frustrasjon som har gått ut over livskvaliteten i mange familier, og ønsker at senteret må bli tydelig på å informere om at det er helt greit å la vær å amme (Ulvund, 2010). Man må se nøye på hva forskning kan bevise og hva som er mer tvilsomt, sier Carlsen (2010). Årsaken til at amming er så sterkt anbefalt i hele verden handler i stor grad om u-land hvor rent vann er en utfordring. Her er blant annet forekomst av tarminfeksjon høy, og dermed høy dødelighet. I Norge dør imidlertid ikke barn av slike infeksjoner, i verste fall må de innlegges på sykehus (Carlsen, 2010).

### **Amming og melkeproduksjon**

Nivået av ulike hormoner i løpet av graviditeten påvirker både mor og barn, og resultatet er at noen kvinner får masse melk, mens hos andre uteblir den mer eller mindre (Carlsen, 2010). Videre, de som har hatt mer testosteron i svangerskapet har hatt ammehemmende hormoner i kroppen. Nesten inaktive hormoner fra fosteret omdannes til testosteron og deretter til østrogen i morkaken hvis prosessen går slik den skal, men hvis morkaken ikke har nok energi vil en del av testosteronet som skulle blitt til østrogen ikke bli omdannet. Dette betyr svakere utvikling av kjertelvevet i brystene slik at evne til

melkeproduksjon ikke utvikles optimalt gjennom graviditeten, dermed blir det mindre eller ingen morsmelk, sier Carlsen i 2010 (Sitert i Tunstad, 2010). Da blir det feil å presse noen kvinner hardt når helsefordeler på sikt er små eller kanskje helt fraværende, mener Carlsen (2010).

Kvinner var ofte bekymret for om de produserte tilstrekkelig melk til babyen i Marshall et al. (2007) sin studie. Hvis helsepersonell klarer å formidle hva som er forventet ammehyppighet vil kanskje færre kvinner tolke hyppig amming som et tegn på mindre melk, og dermed ha en bedre tro på egen evne til tilstrekkelig melkeproduksjon, sier imidlertid Tuft (2005). Eberhard-Gran sier i 2007 (Sitert i Solerød, 2007) på sin side at i dag kan man av og til få inntrykk av at man prøver å fortrenge at noen kvinner bare ikke har melk uansett hvor mye de prøver å amme. Det rapporteres også om alvorlig dehydrerte spedbarn som følge av ammetrøbbel, noe som kan være potensielt livstruende, og i Storbritannia frykter man en økning i antall dehydrerte barn etter sterk promotering av morsmelk fremfor morsmelkerstatning (Murphy, 2009). Eberhard-Gran & Slinning (2007) informerer om at faktorer av psykologisk karakter kan føre til lite melk, eksempelvis uro, stress, tretthet og søvmangel. Videre, angst for ikke å få til ammingen kan i seg selv føre til mindre melk ved å hemme utdrivningsrefleksen. De sier at en derfor bør gå varsomt frem når en formidler betydningen av amming til kvinner med ammeproblemer (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

### **Opplevelser av amming**

Godfrey & Meyers (2009) sier at amming er en intrikat prosess av interaksjon mellom mor og barn som er mye mer enn ernæring, det handler om å skape et nytt menneske. Man kan se på det slik at babyen utvikler seg ni måneder i livmoren, og deretter ni-tolv måneder utenfor livmoren, med en naturlig avhengighet av moren for optimal utvikling. Christopher (2009) forteller at amming har en kritisk rolle ved å utvikle sosial intelligens, utvikle bånd mellom mor og barn, og ved å utvikle kapasiteten til å elske og å bli elsket. Unicef (2008) sier at amming skaper et spesielt bånd mellom mor og barn, og interaksjonen under amming har positive effekter i forhold til stimulering, atferd, språk, følelse av trygghet og velvære og hvordan barnet relaterer til andre mennesker. Det nyfødte barnet gjenkjenner morens kropp, og når det blir lagt til brystet blir det rolig og trygt, sier Sommerseth i 2010 (Sitert i Hernæs, 2010). Tamminen

(1988) fant at de fleste mødre rapporterte at de så amming som veldig viktig for sitt barns helse og velferd. De fleste trodde også at amming var viktig for mor-barn-relasjonen, og 10 prosent trodde amming var viktig for dem selv.

Mezzacappa & Katkin (2002) sier på sin side at det behøves mer forskning på idèen om at amming forbedrer mor-barn-interaksjon, og i Shakespeare et al. (2004) sin studie ble det rapportert at amming kunne være så vanskelig og gjorde mor så miserabel at resultatet var en følelse av at følelsene for babyen ble signifikant påvirket. Tufte (2005) sier at smerter ved amming kan føre til at kvinnen gruer seg til å amme, og disse smertene kan skape et negativt forhold mellom mor og barn. Madsen ("udatert") mener det er viktig at man ikke fremstiller amming som begrunnet i psykologiske forhold, hvor amming er nødvendig for en god mor-barn-relasjon og god tilknytning. Dette på grunn av det ikke er sant samt vil kunne legge et press på mødrene, som kan belaste et sårbart forhold unødig.

En mors egen opplevelse av amming samt de personlige betydninger hun knytter til dette er unikt og uforutsigbart, sier Hausman (2004). Amming er ikke bare en teknisk og praktisk oppgave, men en del av overgangen til å bli mor, et forhold mellom mor og barn, og hverdagsopplevelsen av å bo med en baby. Diskusjon rundt amming må derfor inkludere individets sosiale og personlige kontekst (Marshall et al., 2007). Amming har kostnader, som for eksempel potensiell negative impakt på familiedynamikken og emosjonell og fysisk helse, sier Wolf (2007). Noen kvinner fant amming ødeleggende for eget velvære samt sin families velvære. Årsaker var følelsen av ikke å kunne gå noe sted eller ikke få gjort noe grunnet hyppig mating, dårligere og avbrutt søvn, fant amming ubehagelig, ønske om å få egen kropp tilbake, samt returnere til normalitet (Lee & Furedi, 2005). Flere følte seg utslitt, de syntes amming var vanskelig å lære, det var tidkrevende og vondt (Shakespeare et al., 2004). Videre, kvinner følte seg begrenset, og de ønsket sin egen tid til egne ting, eksempelvis en hårklipp og en voksen konversasjon (Marshall et al., 2007). Sheehan et al. (2010) fant videre at noen kvinner ikke likte amming, det føltes ikke normalt for dem, de følte seg som en ku, og det verken skapte eller økte et bånd med babyen. Amming fikk dem til å føle seg isolert og ute av kontroll, og de følte seg stresset og deprimert ved å fortsette å amme. Å gi morsmelkerstatning fikk dem til å føle seg gladere og mer i kontroll. I Dalzell, Knight & Charnock-Greene



(2006) sin studie rapporterte imidlertid kvinner at de likte å amme, og uttykte skuffelse når de måtte bytte til morsmelkerstatning.

Amming kan av enkelte oppleves som tap av autonomi, uavhengighet og kontroll. Morsmelk skiller seg fra all annen ernæring ved at det er kvinnens kropp som er kilden, samt amming baserer seg på et komplisert samspill mellom mor og barn (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen, 2007-2011). Mange kvinner beskrev tidlige ammeopplevelser som uforutsigbart og ukjent (Sheehan et al., 2010), og mange strevde med å balansere amming og andre aspekter av livet sitt. Kvinner beskrev komplekse ordninger som gjorde dem i stand til å fortsette ammingen. De vurderte konkurrerende mål og oppfatninger, mellom hyppig amming og opprettholdelse av egen helse og velvære, og deres avgjørelser omkring mating er ikke bare formet av eksperter, men også av praktiske realiteter i hverdagen (Marshall et al., 2007). Kvinner rapporterte følelser av skyld, mislykkethet og bekymring i forhold til konkurrerende press om å gjøre det som var ”best” for babyen og samtidig ta hensyn til egne behov (Lee, 2007).

Hausman (2004) sier på sin side at amming er et viktig og nødvendig komponent av kvinners politiske rettigheter. Biologisk setter amming kvinner i en unik sosial relasjon til barnet sitt. I studien til Marshall et al. (2007) ble det rapportert at amming kom fra instinkt, og at når man så babyen, så var det den mest naturlige ting å gjøre, man ønsket å gjøre dette. Heinig (2007b) sier at hvis en kvinne velger å bære frem et barn, vil hennes biologi kreve at hun opplever i hvert fall forbigående melkdannelse. Sannsynligvis er hovedgrunnen til at de fleste kvinner velger amming den delte opplevelsen mellom mor og barn, sier Godfrey & Meyers (2009). Hoddinott & Pill (1999) fant at kvinner som hadde sett suksessfull amming som del av deres daglige liv og oppfattet dette som en positiv opplevelse, er mer sannsynlig til å amme. Alle kvinnene i studien var klar over at brystmelk hadde helsefordeler. Avgjørelsen om å amme var mer influert av kunnskapen tilegnet via å se andre amme enn teoretisk kunnskap om ammingens fordeler og råd fra konsultasjoner eller bøker. Videre ble det rapportert at amming var kjærlighet og hengivenhet (Hoddinott & Pill, 1999).

## **Amming og psyke**

Cirka 13 prosent av nye mødre rammes av barseldepresjon, men årsaken til barseldepresjon er uklar, sier Dennis & Creedy (2007). En norsk studie viste sammenheng mellom ammeproblemer og depresjon i barselperioden. Kvinner som rapporterte problemer med ammingen hadde fire ganger så høy risiko for depresjon som andre mødre. Det er nærliggende å tenke seg at en nedstemt mor ikke orker å amme, men det kan også være at det å mislykkes med ammingen fører til nedstemthet, spesielt hvis forventningene til å lykkes er høye (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Shakespeare et al. (2004) fant at kvinner hadde høye forventninger om suksess ved amming, de opplevde uventede ammeproblemer, og dette forårsaket emosjonell smerte. Det ble videre rapportert at avgjørelsen om ammeslutt forhindret utvikling av barseldepresjon (Shakespeare et al., 2004). Ip et al. (2007) rapporterte at studier av moderat kvalitet fant en assosiasjon mellom ikke å amme eller kort varighet på ammingen og barseldepresjon, men at mer forskning behøves for å forstå denne assosiasjonen. Misri, Sinclair & Kuan (1997) undersøkte om det var en relasjon mellom amming og barseldepresjon og fant at 83 prosent av kvinnene rapporterte at deres depresjon startet før de sluttet å amme, mens 17 prosent sa deres depresjon startet etter ammeslutt. Videre fant de at kvinner som fullammet i minst åtte uker følte signifikant mindre bekymring angående ammeprosessen enn kvinner som ammet i mindre enn åtte uker. De kvinnene som ikke fortsatte med ammingen oppfattet seg selv til å mestre ammeprosessen dårlig. Det er mulig at en mors persepsjon av sin mestringsevne fremfor faktiske fysiske vanskeligheter, influerer hennes forpliktelse til amming, sier Misri et al. (1997). Videre fant Ystrøm (2009) at barn av mødre med et høyt nivå av personlighetstrekket negativ affekt ble ammet i mindre grad i de første seks levemånedene, og at negativ affekt og generell mestring vurdert under graviditeten predikerte varigheten av amming.

En annen studie, foretatt av Henderson, Evans, Straton, Priest & Hagan (2003) fant at tidlig ammeslutt var signifikant assosiert med barseldepresjon, hvor de deprimerte kvinnene hadde 1,25 ganger større risiko for å avslutte ammingen enn kvinner som ikke var deprimerte. Videre, barseldepresjonen kom før ammeslutt i 93 prosent av tilfellene, noe som kan antyde at ammeslutt sannsynligvis ikke er ansvarlig for utviklingen av depresjon. Ammeproblemer kan muligens ha innvirkning på å bli deprimert hos sårbare

mødre ved å redusere nivå av selvsikkerhet i forhold til egen evne til å være effektive mødre, sier Henderson et al. (2003). Misri et al. (1997) konkluderte at alvorligheten av depresjonen ikke virket til å signifikant influere ammeiherdigheten, majoriteten av mødre insisterte på å fortsette og amme. At alvorligheten av sykdommen ikke hadde impakt på varigheten av ammingen kan indikere at selv i konteksten av signifikant psykiatrisk sykdom, er forsøk på å etablere amming en viktig sak for mødre, veldig få mødre var villig til å gi opp amming til tross for sitt humør (Misri et al., 1997).

Tamminen (1988) sier at noen studier omtaler at suksessfull amming gir mor en mulighet til å føle at hun er en god mor, og dermed forbedrer hennes mestring og humør. Amming kan muligens også ha stressreducerende effekter for mor samt fremme forelderselvtilit, sier Woodward & Libery (2005). Mezzacappa & Katkin (2002) fant at ammende mødre rapporterte mindre stress enn mødre som ga flaske, og Kendall-Tackett (2007) fant også at amming reduserte mødres stress, og sier at første målet for å forhindre eller behandle depresjon er derfor å redusere mødres stress. De mener en viktig måte å oppnå dette på er at helsepersonell oppmuntrer kvinner til å amme. Det poengteres imidlertid at disse resultater bare gjelder i de tilfellene hvor ammingen går bra. Når ammingen ikke går bra, spesielt hvis det er smerte, kan amming bli en trigger til depresjon fremfor noe som minsker risikoen (Kendall-Tackett, 2007). Mødre beskrev veldig positive følelser når ammingen var suksessfull og meget negative følelser når de ikke fikk til ammingen i studien til Dalzell et al. (2006). I tråd med dette fant Dennis (2007) at mødre som opplevde at ammingen gikk dårlig en uke etter fødsel, var signifikant mer sannsynlig til å utvikle depressiv symptomatologi fire og åtte uker etter fødsel enn mødre som rapporterte at ammingen gikk bra. Dennis (2007) foreslår at dette kan være grunnet deprimerte mødre har mer negative holdninger angående amming. Depressiv symptomatologi kan muligens føre til tidlig ammeslutt grunnet nye mødres sårbarhet for lav selvsikkerhet og lav mestring. Denne sårbarheten kan føre til økte persepsjoner av ammevanskeligheter som kan virker overveldende, en følelse som kan bli forsterket ved negative kognisjoner som følge av depresjonen.

Nylander (2008) sier at amming kan hjelpe mor å få det bedre psykisk, og at ny forskning med stor tydelighet viser at når den ofte krevende starten er over, er kvinner som ammer i bedre humør. De opplever mindre stress og flere positive opplevelser

sammenlignet med kvinner som er utsatt for tilsvarende påkjenninger, men som i utgangspunktet har valgt flaske. Mezzacappa & Katkin (2002) sier at resultater fra deres studie indikerer at når en mor ammer sitt barn vil de negative aspektene ved hennes humør minske, mens de positive aspektene forblir de samme. De sier det virker som om selve handlingen amming er årsaken til stressreduksjon, og mødre kan derfor bruke amming som en mulighet til å hjelpe dem å redusere sitt stress. Videre, mulig amming kan redusere risikoen for barseldepresjon via eksempelvis reduksjon i stress. De spekulerer også i om mødre selvadministrerer antidepressiva hver gang de ammer via oxytocin som er utløst ved amming, og mødre blir muligens da belønnet for sin interaksjon med babyen ved en reduksjon i negativ affekt. Over tid kan disse mekanismene mulig føre til at mødre oppfatter sin baby positivt, med positive effekter på tilknytningen til babyen, som igjen muligens kan redusere risikoen for barseldepresjon (Mezzacappa & Katkin, 2002).

Tamminen (1988) sier at deprimerte mødre virker til å ha for idealistiske holdninger i forhold til amming under graviditeten, men etter fødsel hadde de mer negative holdninger enn andre mødre. Videre, at mulig det er mer vanskelig for en deprimert mor å oppnå en realistisk forståelse av seg selv som en ammende mor og føle at hun er bra nok (Tamminen, 1988). Field et al. (2010) fant i sin studie at amming gagnet både depressive mødre og deres babyer samt ikke-depressive mødre og deres babyer. Ammende mødre tilbrakte mer tid på å klappe og stryke på babyen, og dette økte mødrenes sensitivitet til babyenes signaler. Dette igjen kan muligens forklare det lavere nivået av negativ stimulering fra mødrene. De lavere nivåene av forstyrrende atferd fra ammende mødre antyder også at de var mer avslappet og deres babyer hadde mer mulighet til å fokusere på matingen uten distraksjoner. Kendall-Tackett (2007) fant også at amming reduserte stress hos babyer til deprimerte mødre, og beskyttet dem mot skadelige effekter av mødres depresjon.

### **Amming og søvn**

Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) sier mor får god søvn av ammehormoner; hun blir døs og avslappet etter amming. Det er høy melkeproduksjon om natten og etter nattamming slipper mor vond melkespreng på morgenen. Når man har fått lite søvn kan man bli ekstra sårbar psykisk, man kan bli nedbrutt og sinnsforvirret,

sier Nylander (2008). Kendall-Tackett (2007) sier at søvnvansker og tretthet er fysiske og psykologiske stressorer som øker risikoen for depresjon. Tretthet og søvnproblemer er ofte oversett på grunn av at det er så vanlige hos nye mødre, da forstyrret søvn er nesten universelt i barselperioden. Kendall-Tackett (2010) oppgir imidlertid at ammende mødre er mindre trette og får mer søvn enn mødre som gir morsmelkerstatning, og at dette minsker ammende mødres risiko for depresjon. Dennis & Ross (2005) fant i tråd med dette at babyers søvnmønster og mødres tretthet er sterkt assosiert med depressive symptomer i barselperioden. Redusert søvn totalt i barselperioden virker til å være karakteristisk hos kvinner som er i risiko for å utvikle barseldepresjon. Den totale mengden søvn mødrene fikk i løpet av 24 timer og hyppige oppvåkninger fra babyen på natten var signifikante variabler, noe som kan antyde viktigheten av nattesøvn. Videre fant de at blund på dagtid ikke kompenserer fullstendig for forstyrrelser i nattesøvn (Dennis & Ross, 2005). Field (2009) sier at mødre som rapporterte søvnproblemer hos babyer hadde dårlig mental og fysisk helse sammenlignet med de som ikke rapporterte søvnproblemer.

Det er interessant å se på amming i den foreliggende studien da bare 1 % av norske barn i 2007 aldri har fått morsmelk, og 80 % ammes fortsatt ved seks måneders alder (Helsedirektoratet, 2008), som nevnt innledningsvis. Det er ønsket å se på eventuelle mekanismer bak denne høye statistikken, da dette nødvendigvis berører eller har berørt nesten alle mødre i Norge skal vi tro statistikken. Imidlertid har det vært lite forskning på de komplekse emosjonelle og moralske sidene ved amming (Crossley, 2009), og dette syntes dermed interessant som fokus i denne foreliggende oppgave. For å øke forståelsen, blir informantenes stemmer viktige. Følgende problemstillinger blir således:

*Hvilke problem oppleves i forbindelse med amming hos førstegangsfødende?*

*Hvordan oppleves det å streve med amming i et samfunn hvor 'alle' ammer?*

## Metode

### Utvalg

Den foreliggende studien er basert på datamaterialet knyttet til doktorgradsprosjektet til Silje Marie Haga (Haga, innlevert august 2011). Utvalget i den foreliggende studien består av 11 førstegangsfødende kvinner som i intervjuene beskrev seg selv som deprimert, lett deprimert eller for det meste fornøyd. Utvalget ble rekruttert via plakater hengt opp på helsestasjoner i Oslo. Det eneste kriteriet for å være med i studien var at de hadde født siste året og at de ønsket å snakke om sine opplevelser og tanker om perioden etter fødsel, både gode og mindre gode opplevelser. De som var interesserte tok kontakt med intervjuer, og informert samtykke ble gitt før intervjuene ble foretatt. Etisk godkjenning for forskningen ble bevilget av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst). Kvinnenes alder varierte fra 25-44 år (gjennomsnitt=32,8), og alle kvinnene var førstegangsfødende. Alle var i faste forhold med barnets far, og alle kvinnene hadde høyere utdanning fra universitet eller høgskole. Babyenes alder varierte fra 8 uker til 8 måneder (gjennomsnitt=4,7 måneder).

Intervjuene ble foretatt i kvinnenes egne hjem, og varte mellom halvannen til to timer. Intervjuet var basert på åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål for å få bredde og dybde i uttalelsene (Kvale, 2006), og var laget med den hensikt å tillate kvinnene å fortelle sin egen historie. Kvinnene ble bedt om å beskrive sin fødsel og fødselsopplevelse, hvordan de hadde sett for seg at barselperioden skulle bli og hvordan de faktisk opplevde den, hva de fant utfordrende eller gledelig, hvordan de håndterte utfordringer og hva slags effekt utfordringer hadde, hvordan deres sosiale nettverk var og hva de selv anså som viktig relatert til velvære i barselperioden.

### Valg av metode

Analysen foretatt er tematisk analyse, som beskrevet av Braun & Clarke (2006). Tematisk analyse er en kvalitativ metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre, altså tema, i et datamateriale. Metoden går ofte lengre enn å organisere og beskrive datamaterialet, den tolker også aspekter av forskningsinnholdet. Spørsmål man kan stille seg i den forbindelse er eksempelvis: ”Hvorfor snakker mennesker om dette på denne måten?” og ”Hvilke vilkår er sannsynlig til å ha forårsaket dette?” (Braun &

Clarke, 2006), og dette har vært viktige retningslinjer i det foreliggende analysearbeid. I tematisk analyse forsøkes det også å teoretisere viktigheten av mønster og deres bredere mening og implikasjoner, ofte relatert til tidligere litteratur. Tematisk analyse kan undersøke og identifisere underliggende idèer, idèologier, antagelser og forestillinger som er teoretisert til å forme eller informere innholdet til datamaterialet, samt se på bredere antagelser, strukturer og/eller mening som er teoretisert til å underligge det som faktisk er artikulert i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I tråd med dette har det i den foreliggende studien blitt søkt å finne mer mening i informantenes utsagn enn kun hva de eksplisitt artikulere; altså tolkes disse utsagn ved å se de i en sammenheng ut fra konteksten de har blitt sagt i; et samfunn hvor amming er svært utbredt. Det søkes også å forstå og tolke informantenes utsagn i sammenheng og basert på teorier som blir gjort rede for. Det er derfor viktig å understreke at dette er forskerens tolkninger, og informantene vil ikke nødvendigvis være enig med disse tolkningene. Det å tolke andres motiver er beheftet med stor usikkerhet (Fangen, 2010 i kvalitativ metode), derfor forsøkes det å dokumentere og begrunne tolkninger der det tillegges informantene motiver de ikke selv eksplisitt har påberopt seg.

Braun & Clarke (2006) sier videre at forskeren har en aktiv rolle i å identifisere mønster/tema, velge de som er av interesse, og rapportere disse til leseren. Tematisk analyse kan være en metode som både reflekterer virkeligheten, og som plukker fra hverandre ”overflaten,” eller det som ”dekker til” virkeligheten. Forskerens skjønn er nødvendig for å avgjøre hva et tema er, og et ’nøkkeltema’ er avhengig av om det fanger opp noe viktig relatert til forskningsspørsmålet.

Klepp (1997) sier at det i kvalitativ forskning er rom for kreativitet for å oppdage sammenhenger og koblinger i dataene som kan føre til nye og interessante tolkninger. Tematisk analyse var ønsket metode i den foreliggende studien da metoden kan generere uforventet innsikt, og tillater både sosial og psykologisk tolkning av data (Braun & Clarke, 2006). Det ble gått gjennom flere faser som tematisk analyse innebærer, hvor den første fasen innebar å gjøre seg kjent med datamaterialet. Etter å ha lest alle intervjuene nøye fremsto det åpenbart at amming virket til å være et tema som tok stor plass i intervjuene og som virket til å påvirke følelser og engasjement hos informantene. Det ble derfor valgt å fokusere på aspekter relatert til amming som kom frem i intervjuene, da en

måte å bruke tematisk analyse på er å gi en mer detaljert og nyansert redegjørelse av et tema innen datamaterialet, fremfor å beskrive hele datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Intervjuene ble deretter lest på nytt hvor det denne gangen ble understreket alt som omhandlet amming og tatt notater hvor andre områder ble beskrevet, men som omhandlet amming indirekte. Søvn, og det å miste søvn grunnet amming er et eksempel på et område som indirekte kunne handle om amming. Deretter ble det sortert i kategorier forskjellige mønstre som gikk igjen på tvers av datamaterialet, altså områder hvor mange av informantene sa det samme eller noe lignende, hva flere var opptatt av og som ble hyppig beskrevet. Dette resulterte i 12 forskjellige kategorier som ble fylt inn med beskrivelser og notater. Datamaterialet ble gått igjennom gjentatte ganger i denne prosessen som en forsikring om at alt av relevans og viktighet ble tatt med, og for å se om noe så annerledes ut enn opprinnelig etter å ha blitt ytterligere kjent med datamaterialet. Det ble oppdaget under prosessen at flere kategorier kunne slås sammen og kombineres, eksempelvis kunne kategorier som omhandlet avmakt og vanskelighetsgrad slås sammen til vanskelighetsgrad da avmaktsfølelsen som ble følt ofte omhandlet at amming opplevdes som vanskelig. Det samme var tilfelle med flere kategorier. Videre var det flere kategorier hvor det ikke var nok datamateriale til å støtte opp under et eventuelt tema. Til sist gjenstod fire hovedkategorier som da ble denne studiens fire tema. Dette var en tidkonerende og møysommelig prosess, da datamaterialet ble gjennomgått flere ganger for å finne ut hva som hørte hjemme hvor, om innholdet formet et mønster, om det formet et nytt tema eller et nytt sted det kunne passe. Videre ble essensen av hva hvert tema handlet om identifisert, og datamaterialet analysert innen tema.

## **Resultater**

I resultatene fra den foreliggende studien vil her bli presentert med en fordeling i forhold til de tema som er utarbeidet fra analysearbeidet, og som de forskjellige uttalelser som vedrører ammeproblemer kan klassifiseres under. Temaene utledet fra den tematiske analysen er: vanskelighetsgrad, ammepress, tidsbruk og forventninger. Informantene vil bli kalt ved bokstav og nummer, fra K1 til K11. Der hvor ord er fjernet i informantens uttalelser, brukes markeringen ...



Under følger en tabell som illustrerer hyppigheten av utsagn i resultatene og antall personer bak disse utsagn. (Fordelingen av antall utsagn over de forskjellige kategorier er insignifikant).

Tabell 1

*Utsagnskategorier; antall rapporterte utsagn og antall personer*

Kategorier	Utsagn (n =58)	Personer (n =11)
Vanskelighetsgrad	12	9
Ammepress	15	10
Tidsbruk	15	8
Forventninger	16	11

### **Vanskelighetsgrad**

Mange av kvinnene forteller om vanskeligheter de opplever i forbindelse med amming, blant annet at amming er en fysisk ferdighet det kan være vanskelig å få til. K5 sier: *"Jeg fikk det jo ikke til, så det var egentlig det som var leit og trist i starten...det var masse informasjon om hvordan man skulle gjøre det, også var det liksom mantra at hvis man ble sår så gjorde man det feil...de var liksom veldig strenge på at det er ikke normalt... Så jeg gjorde jo feil, det fikk jeg jo bekreftet for jeg ble jo sår, men det var ikke så veldig lett å skjønne hvordan jeg skulle få det til."* K6 sier: *"Når jeg skulle legge henne til for å amme, så var det egentlig bare veldig klønete, og når du da har melkespreng og slitent nyfødt barn som egentlig ikke orker å suge seg fast, så går amming forferdelig dårlig, og når jeg da spurte om ammehjelp, så fikk jeg beskjed om at de hadde ikke tid akkurat nå."* Flere av informantene forteller også at de gruer seg til ammingen. *"Når klokka var sånn 16, 17, og det begynte å bli mørkt, begynte å grue meg til natta...hver dag gikk jeg og grudde meg til natta. Når det var mørkt, så ble jeg bare, skrek og skrek. Og alt var bare, nei, det var ikke noen artig tid altså,"* forteller K8.

K5 oppgir at hun så på en ammevideo på sykehuset som hun følte hun måtte se på, og at hun begynte å gråte flere ganger under videoen på grunn av: *"Jeg så jo hvordan de liksom fikk det til, så enkelt er det liksom, og jeg lå der og bare, dette får jo ikke jeg*

til.” Ved beretninger om vansker med amming, rapporteres det om negative følelser. K5 meddeler at hun følte seg mislykket, og sier videre: *”Alt var bare følt...altså jeg følte at jeg ikke strakk til. Jeg fikk dårlig samvittighet ovenfor henne fordi at hun burde fått en bedre start. Hun burde hatt en bedre mor...jeg hadde ikke noe mer melk. Det var verdens undergang.”* K6 forteller: *”Jeg klarte på en måte ikke reagere på noen som helst måte annet enn rett og slett å gråte, jeg gjorde ikke noe annet enn å gråte, og gråte, og gråte, og gråte...jeg hadde egentlig ikke lyst til å snakke. Jeg hadde på en måte bare lyst til at noen skulle skjønne åssen jeg hadde det, eller så hadde jeg lyst til å gråte.”*

K3 forteller at hun trodde melken nærmest kom av seg selv, og at det virkelig var en jobb å få det i gang. K9 forteller at ammingen gjorde vondt, noe hun var uforberedt på. *”Jeg hadde hørt at ammeproblemer, hva er det?”* Videre fikk hun brystbetennelser, feber, sår og sopp, og det gjorde så vondt at hun gikk og gruet seg til babyen skulle ha mat, som han gjerne skulle ha hver time. Babyen til K8 klarte ikke suge ordentlig da han ble tatt med sugeskopp, han var stiv i ryggen og klarte ikke å bøye seg ordentlig. Videre klarte han ikke å gape og K8 forteller at forskjellige folk på sykehuset hadde forskjellige teorier om hva som var galt. *”Han ble så sint, altså at han, du så at han var sulten, men han klarte ikke å komme seg inntil, fordi det var vondt i nakken og ryggen hans. Og vi prøvde alle mulige ammestillinger, og så fikk jo jeg da brystbetennelse oppi det hele, og da hadde vi et døgn hvor han nesten ikke spiste i det hele tatt, altså han ville bare ikke.”* K8 hadde sett for seg at amming var lett å få til, men realiteten hennes ble at hun også gruet seg til hver amming, og hun fikk store sår på begge brystene. K8 sier videre: *”Vi fikk ikke til å amme. Det var helt grusomt.”* *”Jeg klarte ikke legge han til, og han skrek, og jeg gråt, og jeg var utslitt,”* forteller K7.

K4 behersket imidlertid lett den fysiske bragden ved amming og sier: *”Jeg mener, kommer det melk ut av puppen, og hun er sulten, så er det klart hun spiser. Men det er ikke sikkert alle har den innstillingen.”* Samtidig omtaler også K4 ammingen i negativ grad, og sier at ammingen er masete og tapper henne for energi. K4 uttaler videre: *”Hadde pappa også hatt ammepupp da, så hadde jo livet vært enklere, men sånn er det jo ikke.”*

En annen ting som blir fremhevet som vanskelig er usikkerheten omkring spørsmål relatert til amming. Det kommer frem at det er mye usikkerhet og manglende

kunnskap rundt amming, og dette virker til å føre til negative tanker og emosjoner hos kvinnene. Bekymring for om babyen får nok melk, hvor mye man skal gi, hvor ofte, hvor lenge, om babyen er sulten kort tid etter amming, om babyen får vondt i magen av noe mor selv har spist, er noe av det som nevnes. K8 sier hun ikke visste om babyen kom til å ta puppen eller ikke. K3 beskriver at det er vanskelig å vite når babyen skriker om den er sulten eller ei, og ser i ettertid at de eksempelvis har ”overmatet,” mens K7 på sin side ser i ettertiden at hun ikke ammet nok, og at babyen ikke fikk nok mat. Hun trodde man skulle amme hver tredje time, men sier hun nå har forstått at de skal amme hele kvelden. K3 har også vært opptatt av hva hun har spist, og om det har kunnet påvirke babyen. K4 sier om morsmelk: *”Visstnok skal de ha femten prosent av kroppsvekten sin, men jeg måler jo ikke det jeg ammer, så jeg vet jo aldri hvor mye hun spiser.”* K3 beretter: *”Hun skrek jo mye...så jeg lurte veldig på, er hun sulten, ja, har hun vondt i magen...spørsmålene til barneavdelingen gikk mye på mating, og hvor mye jeg burde mate...usikkerheten rundt at jeg hadde lite melk...og hvorvidt det var lurt å gi erstatning.”*

Flere setter sammenheng mellom det å få til ammingen og det å ha det bra. K8 forteller om ammevansker og at hun begynte å få det bedre når: *”Altså rundt den tida når amminga mi, det gikk bra, rundt to og en halv måned, så, da begynte det å bli lettere.”* En informant sier at hun tror hun hadde hatt det bedre om hun hadde droppet ammingen i perioden med problematisk amming. Imidlertid kan det vise seg vanskelig for kvinnene å droppe ammingen tross vansker grunnet neste tema som følger.

### **Ammepress**

Nesten alle forteller om ammepress, generelt, fra mann, fra sykehus og fra helsesøster. Venninnens opplevelse av ammepress og ammeproblemer blir også nevnt. K9 forteller at en av grunnene til at hun ønsket å amme var grunnet hennes kjæreste ønsket dette. Følelsen av at man må amme for å være en god mor ble vektlagt. K3 forklarer det slik: *”Jeg følte meg litt nede også mange dager fordi jeg var usikker på hvor godt ammingen fungerte, så jeg skjønner godt de som nesten bryter sammen hvis de ikke får til å amme, for det virker nesten som om det er greia, og får du ikke til ammingen, da er du ingen god mor.”*

K6 meddeler om skepsis fra sykehuset om å bruke pumpe, og motstand fra helsepersonell mot å gi annen mat enn morsmelk blir beskrevet: *”På helsestasjonen der så sa vi...kanskje hadde lyst til å begynne å gi ham litt grøt, sånn i fire månedersalderen-aktig...” nei,” sa hun, ”nei, det skal dere ikke, ”” beretter K9 . K3 forteller: *”Vi fikk med en liten kartong erstatning hjem fra sykehuset, og det følte jeg at det var veldig sånn pekefinger på at ja, her, du får med denne, men den skal helst ikke åpnes.”**

K1 forteller også om en tendens til ris fra barselgruppen når hun fortalte at hun hadde trappet ned på ammingen med beskjed fra disse om at det var jo ikke bra for barnet. K6 sier at hun hadde lest veldig mye om at: *”Det aller beste for barnet er morsmelk, morsmelk, morsmelk...det står overalt...og i og med at jeg ikke klarte å gi henne den fødselen hun på en måte fortjente, så ble det sånn, da skal jeg i hvert fall klare å opprettholde den puppen.”* K6 sier at en jordmor på sykehuset la litt skylden på henne for at ammingen ikke fungerte, og K5 sier: *”Så mislykket jeg er som ikke skjønner og får med meg alt,”* K9 beretter: *”De jordmødrene og sykepleierne på sykehuset var jo helt, ja, der var det jo bare amming uansett, følte man...det er jo litt sånn ammeregime, syns jeg.”* K1 sier: *”Det er jo litt sånn overdreven, overdreven ammepolicy i Norge, da så det bli veldig pusha på dette med amming, og stakkars de som ikke...og det er så utrolig mye fokus på morsmelk og den betydningen, og det ligger antageligvis mer i det enn hva som er riktig...det er bare så utrolig lagt opp til at du skal prøve å gi morsmelk på alle områder.”* K3 følte ammingen gikk veldig tungt, følte seg utilstrekkelig og følte at jordmødrene på sykehuset ikke støttet henne godt på det. K5 beretter at det var vanskelig å ta innover seg alt for hun følte det var så mye hun skulle gjøre, og at det var mer enn nok bare å holde hodet over vannet. Babyen skulle hele tiden ha mat og det å da ikke klare å mate han følte som verdens ende. Hun sier: *”Jeg kunne jo bare gått på apoteket og kjøpe morsmelkerstatning, men det klarte jeg ikke tenke, da tenkte jeg at verden gikk under liksom.”*

K2 skiller seg ut fra de andre kvinnene ved at hun forteller at de på sykehuset ga babyen hennes morsmelkerstatning mot hennes uttalte eksplisitte ønske. I relasjon til dette hadde hun tenkt: *”Huff, nå har hun fått den der morsmelkerstatningen...hvis man ikke må få det, så syns jeg ikke man skulle.”* Videre sier hun: *”I Norge så er det veldig...veldig fokus på amming liksom...jeg vil veldig gjerne amme da, også var jeg*

*veldig innstilt på det, så for meg så passa det veldig bra...jeg tror at det òg kan være en grunn noen ganger til at det går bra, fordi jeg var aldri redd for, å, får han nok melk, og...men klart, han gikk jo bra opp i vekt òg, men så jeg trengte ikke bekymre meg for om han hadde fått nok.”*

Mange av kvinnene i denne studien var svært motiverte og dermed iherdige med å få til ammingen. K1 beretter at hun på død og liv skulle amme fordi hun hadde hørt at morsmelk er det beste for barnet. K5 sier: *”Det er mange grunner til at jeg liksom tenker at jeg har lyst til å amme...jeg hadde veldig, veldig lyst til å få det til.”* K6 var også ivrig etter å få det til og forteller: *”Jeg dytta puppen inni munnen hennes, og hun hyla og brystvorta var øm og sår og hun grein, og jeg grein.”* Hun forteller videre at babyen i begynnelsen ikke fikk i seg morsmelk, at babyen dermed gikk ned altfor mye i vekt, og at hun som mor fikk skylden for denne vektnedgangen. I tråd med dette, kan være lettelsen flere beskrev da de behersket ammingen. K4 sier: *”Takk og pris for at jeg får til å amme. Hadde jeg ikke gjort det, så tror jeg ikke jeg hadde gitt meg over før jeg hadde fått det til uansett.”* K8 uttaler at det hadde vært fantastisk å få til og sitte og amme. *”Jeg hadde jo fortsatt med ammingen på tross av problemer, og nå er det jo ikke spørsmål om å slutte for min del,”* sier K5. På spørsmål om hva hun syns hun har fått til bra som mamma, svarer K11: *”Jeg syns jo det har gått veldig fint med amminga...vi var veldig fornøyd med at det gikk så enkelt og greit.”*

Ammepresset beskrevet kan settes i sammenheng med påfølgende tema ved at det fremstår vanskelig for kvinnene å få pause fra press grunnet hyppig og tidkrevende amming.

### **Tidsbruk**

At ammingen tar mye tid er noe som flere kvinner i studien beretter om. *”Jeg kan også bli oppgitt av det at vi ammer mye og lenge også, for det gjør vi ofte,”* sier K3. Videre oppgir K3: *”Hun bare skrek og jeg sa at jeg får jo ikke gjort noe annet...jeg må bare sitte her å amme...jeg syns jeg bare ble sittende i sofaen med henne...jeg kommer meg jo ikke ut engang, hvordan skal jeg få komme meg i en butikk...hun bare skriker og er urolig og jeg skjønner ikke hvorfor...ja, jeg må holde på med denne ammingen til jeg, ja, i evigheter.”* Da K8 fikk brystbetennelse måtte hun vekke babyen om natten hver andre time, hvorpå han brukte en time på å spise. K9 sier: *”Jeg har noen sånne*

*ammeskjemaer hvor ofte jeg amma. Det var jo hele natta!” ”Bare de mest vanlige ting var så vanskelig å få gjort, fordi at han da skulle, han skulle ha puppen,” forteller K2. I tråd med dette uttaler K10: ”Jeg kunne jo ikke bare gå fra han heller, han ville jo gjerne ha mat hele tida, sånn en gang i timen, en gang hver annen time...ok, en halvtime, nå springer jeg på butikken og tilbake igjen liksom...jeg kunne ikke virkelig gå fra han...han kunne jo ikke ta flasker heller.” Babyen til K8 tok heller ikke flaske, noe hun sier hun ønsket han gjorde slik at hun kunne gå ut og ikke tenke på at hun måtte være tilbake igjen til han skulle ha mat, samt at hun kunne få sovet lenge i helgene. K10 sier videre: ”Jeg hadde også hørt om flaska var dumt, må ikke gi det for tidlig for da vil de bare ha flaske...så jeg venta jo liksom ganske lenge, og da ville jo ikke han ha flaske, han forsto ikke poenget...han bare nei, vil ha pupp, vil ha pupp, vil ha pupp, pupp, pupp.” K11 forteller at noe av det mest nyttige hun fikk informasjon om før fødsel var: ”De første ukene så skal du på en måte ikke satse på å gjøre noe annet enn å bare være hjemme og sove og amme stort sett.”*

K9 forteller at alt ble litt bedre med en gang hun begynte å komme seg ut og gjøre ting. Hun oppgir: *”Det gikk så mye utover alt annet da, kan du si...siden jeg ikke fikk til den amminga, så ville jeg ikke ut og da traff jeg ikke noen folk, jeg fikk ikke gjort noen verdens ting, jeg satt jo bare i sofaen der...være så inaktiv så lenge. Det syns jeg var vanskelig.”* K1 sier at hun kun var hjemme den første tiden og ikke gjorde noe alene: *”Så da holdt jeg på å bli gal.”* Hun beretter imidlertid også at hun ikke hadde noe behov for å prioritere seg selv da det var babyens tid.

Flere rapporterer om at viten om når babyen skulle amme neste gang var uforutsigbart, og dette virker til å gå utover hvordan flere informanter disponerer tiden sin. Det blir også uttalt av mange av informantene at de ikke ønsker å amme offentlig, de tilbringer dermed i stedet mye tid hjemme. K7 forteller at hun var stresset i forhold til å amme i offentlighet, og ønsket helst å amme hjemme. *”Men det blir jo veldig upraktisk etter hvert da, hvis man er rundt på tur, også må du hjem hver gang du skal gi mat, fordi at plutselig må du gjøre det tre ganger.”* K2 sier hun var mye hjemme fordi hun visste aldri når babyen ville ha mat, og hun fikk ikke ammet ute grunnet kulde. *”Det var litt tungt...det var lettere å være hjemme enn å dra ut.”* Imidlertid forteller K1 som eneste av kvinnene at det at hun ammet gjorde at hun kunne være på farten og ute hele tiden: *”Da*

*var det ikke noe problem å stikke oppi marka, eller være hvor som helst.” K3 forteller: ”Omtrent løp ned til Frognerparken og tatt en kaffe med en venninne eller noe der, og sprinta hjem igjen for da vet jeg at ok, nå har vi to til tre timer på oss før hun våkner, og da vil jeg gjerne komme meg hjem igjen å amme hjemme, for det å amme på cafè føles ikke greit i det hele tatt...jeg føler meg veldig sårbar, og sitte å brette frem puppene...”*

K9 hadde inntrykk av at alle gikk på cafè dagen etter fødsel, og at hun aldri turte å gå på cafè fordi hun var redd for at han skulle amme da, dermed ble det til at hun omtrent bare gikk rundt kvartalet. K8 sier om å gå ut: *”Tenk hvis han våkner, hva skal vi gjøre da, hvor skal jeg amme hen, og jeg får ikke til å amme,”* og syns ikke det var så motiverende å dra på noen ting da det ble mer slitsomt enn noe annet. Hverdagen med tidkrevende amming og mye hjemmesitting virket altså til å oppleves annerledes enn det det påfølgende tema tar for seg; kvinnenenes forventninger.

### **Forventninger**

K10 beskriver en ensomhet som følger med det å bli mor, og at hun ikke var forberedt på dette. Hun sier hun hadde en forestilling om at de skulle bli en familie mer enn at hun skulle bli mor. Flere av kvinnene påpekte hvordan livet forandrer seg for mor, men ikke like mye for far. K5 forteller om misunnelse for at far kunne gå på jobb, mens hun var hjemme, og sier: *”Jeg trodde det skulle være mer mulig å dele på det, men det har jeg jo skjønt at det er det jo ikke fordi det er jo den ammingen som er liksom, som tar mye tid.”* K10 beretter: *”Det er faktisk reelt sett bare mitt liv som bare virkelig har blitt forandra. Det er ikke den laginnsatsen jeg hadde tenkt. Hans liv er faktisk ikke spesielt forandra. Han går på jobben sin, og han kan reise på konferansen i London...han er ikke oppe og pupper, og han har sovet hver natt liksom mange timer alltid.”* *”Han kan ikke gjøre noe, han kan ikke amme han...alt det faller på meg,”* sier K8. K2 forteller også at det var hun som var mye oppe om natten med babyen fordi hun følte mannen hennes ikke fikk gjort så mye likevel, siden det var hun som ammet. *”Han hang på puppen hele tida...når vi ikke brukte flaske eller noe, så tenkte jeg at det var ingen grunn til at mannen min skulle stå opp midt på natta, men det var litt, det var litt tungt...”* Flere av kvinnene beretter også at de selv samt deres mann følte det var naturlig at mor var oppe om natten sammen med babyen, da det var likevel de som måtte amme, og K3 oppgir at både hun og mannen føler at det er hennes ansvar med nattevåk av samme årsak, og at

mann går og legger seg. K10 sier hun føler seg som en alenemor: *”Den der følelsen av at...det er min greie, det er mitt prosjekt, det er min baby...det er ikke noe jeg kan gjøre med det...han er ikke oppe og pupper, og han har sovet hver natt liksom mange timer alltid...jeg kjente jo at jeg hadde sovet lite...nei, dette her, det er ensomt liksom.”* *”Ja, det var jeg som var oppe med han, fordi også det var ikke så mye mannen min kunne gjort likevel, fordi det var jeg som amma,”* sier K2.

At flere av informantene hadde forventninger om at det skulle være mulig å dele mer på oppgavene, kunne resultere i mindre søvn enn forventet da flere oppdaget at nattevåket falt på dem grunnet amming. K11 mener at hun tok lett til tårene i begynnelsen fordi hun var trøtt. *”Jeg var så trøtt at jeg ante ikke hva jeg skulle gjøre.”* K9 forteller at hun ble krakilsk fordi det gjorde vondt og hun hadde ikke sovet sammenhengende mer enn to timer på en uke. K7 forteller at hun sov forferdelig lite og var veldig sliten. *”Man er jo så underskudd på søvn, så noen dager er det bare dritt, så får man seg et par-tre timer så er det utrolig hvor mye lysere ting ser ut...med to timers søvn så blir du jo sprø.”* Hun sier hun ble besatt og opphengt i søvn, og at hele livet sentrerte rundt søvn og at det styrte hverdagen. Hun gråt de første ukene og var fortvilet: *”Jeg vet ikke helt om du kan forstå det hvis du i seks måneder har sovet kun tre timer i strekk liksom.”* I en periode med brystbetennelse måtte K8 vekke babyen hver andre time og han brukte en time på å spise. K4 gikk to og et halvt døgn uten søvn og trodde hun skulle bli gal på grunn av det. *”Og visstnok, så hvis man går ti dager uten søvn så blir man gal. Jeg hadde nesten begynt sånn nedtelling.”* K3 syntes våkennetter var mer slitsomt enn hun hadde sett for seg, og sier: *”Man da kan bli vekka annenhver time, og man er i dyp søvn selv, og selv om kroppen din på en måte er litt i beredskap på grunn av ammingen, så merker jeg det mange, ofte på natta, at jeg våkner opp helt i koma, og skal begynne å amme.”* Imidlertid syntes K4, at hun etter hvert fikk mer søvn hjemme med barnet enn da hun jobbet. *”Jeg har egentlig aldri sovet så mye,”* uttaler hun. K1 har også en annen opplevelse enn de fleste kvinnene: *”Jeg opplever at jeg har overskuddet jeg trenger...hun sover jo egentlig veldig bra da.”*

Det blir også meddelt om forventning om eksempelvis trening, som ble annerledes enn sett for seg. K4 sier: *”Jeg hadde sett for meg at jeg skulle få trent mer, for på Elixia har de jo sånn at du kan ta med barn, fra de er seks uker, å ha barnepass, så er*



*jeg litt skeptisk da liksom sånn, skal hun bli passa av noen andre, da får jo ikke jeg trent eller slappet av likevel.” K3 meddeler at da hun hadde barnevakt klarte hun ikke slappe ordentlig av, og tenkte veldig på hvordan det gikk hjemme. ”Fikk jo panikk bare ved tanken på at noen andre skulle ta han med ut,” sier K8. Videre sier hun også, som K3, K4 og K6, at hun ikke klarte å slappe av om noen andre skulle passe babyen, i dette tilfellet barnets bestemor. K6 forteller: ”Selv om jeg har barnevakt, og selv om jeg har mulighet til å dra i en butikk og shoppe litt...så klarer jeg ikke koble av...jeg stressgår gjennom butikkene for å komme forttest mulig hjem.”*

De fire nevnte temaer kan være relatert til hverandre ved at de gjensidig kan påvirke hverandre. Amming kan også oppleves vanskelig fordi det er tidkrevende, disse følelsene kan oppleves forsterket ved at kvinnene hadde andre forventninger, og ammepress kan gjøre at negative følelser opplevd ved vanskelig amming kan forsterkes. Dette ved at kvinnene ikke ser en løsning på at de ikke får til ammingen, annet enn å fortsette å prøve å få til ammingen, samtidig som de opplever press til å gjøre hva de ikke får til. De har blitt informert om av helsepersonell at amming er best for barnet sitt, samtidig som de ønsker å være en god mor. Det er nærliggende å tenke at dette vil kunne føre til komplekse emosjonelle og moralske sider ved amming, noe den foreliggende diskusjon vil ta for seg.

## **Diskusjon**

Problemene som reiser seg i forbindelse med amming vil her blir diskutert under de fire tema som resulterte fra analysearbeidet. Deretter vil en overordnet diskusjon bli presentert, hvor teorien om motherhood constellation samt konformitet blir belyst, og hvordan disse eventuelt kan relateres til den foreliggende studiens funn samt informantenes uttalelser.

### **Vanskelighetsgrad**

Alle informantene samtaler mye om amming i intervjuene; alle er altså svært opptatt av amming og det virker til å ta mye plass i tankene og hverdagen. Funn fra denne studien viste at mange av informantene grudde seg til ammingen, noe som samsvarer med funn av Tufte (2005). De forteller om at amming var vanskelig å få til, noe mange også

var uforberedt på, likt funn fra Alquist (2007) og Shakespeare et al. (2004). Vi vet imidlertid ikke om informantene også opplever positive følelser i forbindelse med ammingen, det er mulig at det er negative aspekter som blir tatt frem og problemer ammingen fører til grunnet settingen informantene er i; eksempelvis at de ønsker å vektlegge det negative da det positive om amming har fått mye oppmerksomhet, samt er fremstående. Tuft (2005) mener imidlertid på sin side at det muligens kan være en psykologisk barriere mot å rapportere negative ammeopplevelser i vår kultur.

Ammingen per se beskrives av informantene som mer ”matter of fact,” medisinsk, distansert og kaldt, kvinnene er opptatt av det praktiske rundt det; hvor ofte, hvor mye, hvor lenge, om man gjør det riktig, og om babyen gjør det riktig. Imidlertid opplever de en stor lettelse når de mestrer og behersker ammingen. Det ble berettet om at tilværelsen ble bedre når ammingen fungerte, noe som kan illustrere at å mestre ammingen kan være viktig for økt velvære. Det viser seg i denne studien at selv om kvinnene får til ammingen fysisk og praktisk vil det likevel ikke automatisk si at disse uttrykker at de liker samt setter pris på å amme, men lettelsen som uttrykkes virker til å omhandle det at de klarer å gi barnet sitt den ernæringen som er forventet og påkrevet. Alle informantene hadde blitt vel informert om morsmelkens overlegenhet, likt funn av Hoddinott & Pill (1999). Flere av kvinnene beretter at de har lest bøker som omhandler amming av Gro Nylander, og en informant uttaler at det i bøkene hennes er mange ”solskinshistorier.” Det kan tenkes at hvis kvinner oppdager at denne virkeligheten ikke stemmer for dem; at de ikke opplever det så fint og lett som de eksempelvis ble fortalt og dermed forventet, kan man tenke seg at veien er kort til å føle seg mislykket og utilstrekkelig, samt at det er noe galt med dem personlig, slik flere av kvinnene i studien følte.

Amming virker til å involvere mange følelser for informantene, spesielt når de ikke får det til. Dette er i tråd med funn fra Dalzell et. al. (2006) der kvinner beskrev meget negative følelser når de ikke fikk til ammingen. En informant oppgir at hun tror hun hadde hatt det bedre om hun hadde droppet ammingen i perioden med problematisk amming, noe som kan illustrere hvordan amming kan ha effekt på velvære. Mange av kvinnene ga uttrykk for store følelser av avmakt. De fikk dårlig samvittighet og følte seg som en dårlig mor hvis ammingen ikke fungerte, da det å amme var ensbetydende med å være en god mor. Dette er i tråd med funn av Hauck & Irurita (2002) og Sheehan et al.

(2010). Kvinner som har ammeproblemer sliter ofte med følelsen av å være en mislykket mor, sier Greve (2007), og det å oppnå vellykket amming kan for mange kvinner være en indikator på at de er en vellykket mor (Tufte, 2005). I tråd med dette ble det funnet at kvinner følte et moralsk imperativ til å lykkes med amming som ”gode mødre,” oppgir Shakespeare et. al. (2004), og en uttrykt intensjon om å ikke amme kan sette den moralske statusen til en gravid kvinne i fare, sier Murphy (1999). Relevant til dette sier Hauck & Irurita (2002) at meningen mødre tilegner amming kan influere deres persepsjoner og påfølgende handlinger.

Det å ikke få til ammingen beskrives i denne studien som ”grusomt.” Munch (‘Udatert’) sier at opplevelse av fiasko og nederlag akselerer følelsen av udugelighet og utilstrekkelighet, og dette er følelser det ble funnet at informantene erfarte når de ikke lyktes med ammingen. Det er mulig at hvis amming presenteres utelukkende i positive termer, kan dette frarøve kvinnene muligheten til å forberede seg mentalt på at amming kan være en jobb, det kan være vanskelig å få til, det krever tid, innsats, og det kan være smertefullt, slik det kommer frem i denne studien. I denne forbindelse er det i tidligere studier funnet at det er ønskelig med en diskusjon rundt amming som er realistisk og ærlig omkring realiteten involvert for kvinner (Dalzell et al., 2006; Shakespeare et al., 2004; Sheehan et al., 2010,).

Videre ble det rapportert om usikkerhet med hensyn til amming blant informantene i den foreliggende studien, eksempelvis om melkemengden var tilstrekkelig, og denne usikkerheten kunne virke til å bidra til at ammingen opplevdes som vanskelig. Det er mulig at hvis morsmelkens betydning og egenskaper ble fremstilt mer nyansert, kunne kanskje presset bli mindre, samt kvinnene kunne gå ammingen i møte ved å være noe mer avslappet, samt føle seg normal selv om det oppstår vansker. Kanskje det igjen kan bidra til mer utholdenhet ved eventuelle problemer; vissheten om at vansker er vanlig fremfor å fremstille amming romantiserende og idylliserende og dermed distansere kvinnene fra egne opplevelser versus ”solskinshistoriene” de hører, ser og leser om. Marshall et. al. (2007) sier imidlertid at jo raskere kvinner lærer seg tekniske ferdigheter ved amming, jo mer minsker den emosjonelle utfordringen ved amming. Fra dette perspektivet, kan man undre seg om ”solskinshistorier” samt praktisk fokus på amme-ferdigheter, slik kvinner i denne studien berettet om, vil kunne øke

kvinnenes motivasjon og mestring, noe som igjen mulig kan kunne føre til eksempelvis stolthet, ved at de behersker ammingen som de vektlegger at de svært gjerne vil. Hauck & Irurita (2002) fant at mange var i stand til å anerkjenne egne anstrengelser i forbindelse med amming, og til å føle stolthet og oppnåelse. I tråd med dette fant Shakespeare et. al. (2004) at kvinner med ammeproblemer som overkom problemene og lyktes, følte en sterk følelse av oppnåelse, og stolthet ble også rapportert. Nylander (2008) sier at mange mødre med startproblemer beklager i ettertid at de ikke visste hvor stor innsats som skulle til for å få til ammingen.

Selv om mange av mødrene i studien erfarte vansker relatert til amming, fortsatte de å prøve å amme til de lyktes, og de ønsket ikke å gi opp ammingen. Det kommer frem at de var svært motiverte og iherdige med å prøve å få det til, og dette samsvarer med funn av Lee & Furedi (2005), Marshall et.al. (2007) Misri et al. (1997) og Tufte (2005). Å lykkes med amming virket til å være viktig for alle informantene og det virket til å være tett forbundet med velvære.

### **Ammepress**

Det kommer frem i denne studien at nesten alle kvinnene har opplevd ammepress. Det berettes om ”ammeregime” på sykehus, ammepress i barselgruppe, og om et overdrevet fokus på morsmelk og dens betydning. Det blir antatt og forventet av helsepersonell og omgivelser at kvinnen skal amme. Videre blir det fortalt om hvordan helsepersonell ikke opptrådte støttende i forhold til følelser om utilstrekkelighet ved ammevansker, men i stedet ”ga pekefinger” ved utlevering av en kartong med morsmelkerstatning. Det ble også beskrevet negativitet mot morsmelkerstatning av kvinnene selv, hvor simpelthen tanken på det å gi morsmelkerstatning ble uttalt som ”verdens undergang.” Kanskje informantene følte det var ”verdens undergang” å gi morsmelkerstatning grunnet hva Sheehan et. al. (2010) fant, at budskapet om at ”bryst er best” var så mektig at kvinner ikke bare så på amming som best, men også at morsmelkerstatning var skadelig for babyen med potensial til å forårsake livslang skade. Relevant til dette, sier WHO-koden at morsmelkerstatning skal på sine pakninger forklare fordelene ved brystmelk samt farene og kostnadene assosiert med unødvendig bruk av morsmelkerstatning (WHO, 2008), og i Norge står disse advarslene med rød skrift på pakningene, på lik linje med tobakk og alkohol (Vik, 2009b). Konseptet ”informert valg”

assosierer amming med trygghet og morsmelkerstatning med risiko, sier Lee & Furedi (2005). Med informasjonen fra WHO som bakteppe, kan det være en mulig forklaring på hvorfor informantene i denne studien uttalte at det ville vært ”verdens undergang” å gi sitt barn morsmelkerstatning.

Relevant til dette sier Murphy (1999) at ved å velge å gi morsmelkerstatning eksponerer kvinner seg for beskyldningen om å være en ”dårlig mor” og moderlig avviker, som plasserer egne behov, preferanser og bekvemmelighet over babyens velferd. Det truer en kvinnes rettigheter til kvaliteter som uselviskhet, visdom og ansvar, som alle blir sett på som bevis på at man er en ”god mor.” I kontrast, er den ”gode mor” en som prioriterer barnets behov, selv om, eller kanskje spesielt, hvor dette innebærer personlige ubekvemmeligheter eller stress (Murphy, 1999). Videre, å gi morsmelkerstatning kan virke til å bli best beskrevet som en moralsk kollaps, forteller Lee (2007), og fant at flere mødre hadde internalisert budskapet ”bryst er best” og kunne ikke finne en måte å betrakte seg selv som ”gode mødre” når de ga morsmelkerstatning (Lee, 2007). Dette kan virke til å samsvare med funn fra denne studien, da flere av informantene oppga at de ammet fordi de ville være en god mor, ergo er også oppfatningen blant informanter i denne studien at en god mor ammer.

Lee & Furedi (2005) anser at helseinformasjon om fordelene ved brystmelk ser ut til å ha ført til fiendtlighet til morsmelkerstatning, og mener at kommunikasjon til kvinner om fordelene ved brystmelk bør bli separert fra negativiteten om morsmelkerstatning. Det er mulig at morsmelkerstatning er et ikke-tema blant helsepersonell fordi den vanlige oppfatningen blant disse er at ammeproblemer kan og bør løses. Eller det kan være frykt for å gå på tvers av mor- og barn vennlig initiativ og redsel for ikke å overholde punktene i WHO-koden (Johansen, 2001b; Shakespeare et. al., 2004). Videre, normativt press gjør det vanskelig for folk å stoppe å adlyde autoritetspersoner, sier Aronson (2007). Unicef, WHO, helsepersonell på sykehus og helsestasjoner kan alle sees på som autoriteter, og det kommer frem i den foreliggende studien at det kan virke til å være vanskelig å ikke adlyde deres anbefalinger om å amme. Det var kun én kvinne som oppga i denne studien at hun opplevde ammepresset som noe positivt, og hun mente presset var en medvirkende årsak til at ammingen for hennes del gikk bra.

Flere av informantene fikk også følelsen av fra helsepersonell at om de ikke fikk til ammingen, så var det deres egen skyld. Relevant til dette er funn fra Rudman & Waldenström, (2007) som fant at noen omsorgsgivere manglet en forståelse og sympati for slitenhet og ammeproblemer, og dette underminerte kvinners følelse av å være kapable mødre. Alquist (2007) sier at hvorvidt veileder har fokus på barnet eller på både barn og mor kan ha betydning for om mødre opplever at de får støtte.

De fleste kvinnene i studien forteller om ammepresset som noe som er godtatt og akseptert, kan det være at de har internalisert beskjeden om at ”bryst er best,” slik Lee (2007) fant? Det stilles ingen spørsmålstegn om hvorvidt alle fordelene som er presentert ved brystmelk er overdrevet eller sanne, alle virker til å ha ”konformt” og ”lydig” tatt dette for vitenskapelige sannheter. Presset kan muligens med dette perspektivet fremstå legitimt. Det kan tenkes at det lett kan føles som ”verdens undergang” for kvinnene å ikke mestre ammingen hvis morsmelken blir omtalt som medisin og vaksine, slik Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) oppgir. Når morsmelk blir fremstilt på denne måten, vil det å ikke amme muligens kunne føles som om man tilbakeholder og frarøver sitt barn viktig medisin og en daglig vaksine. Det vil også kunne være tett forbundet med overlevelse, relatert til motherhood constellation, som vil bli omtalt nærmere i den overordnede diskusjon, da eksempelvis Unicef (2008) sier det er større sjanse for babyen å dø om han/hun ikke får morsmelk, også i den vestlige verden.

Det kan tenkes det er grunnet det ovenstående at amming fremstår svært viktig for de fleste av informantene, slik den foreliggende studien finner. Kvinnene fremstår meget motiverte, og det virker som en nødvendighet å få til ammingen. Det at ammeslutt som mulig alternativ ved ammevansker ikke engang ble nevnt at noen av informantene kan illustrere hvor viktig og dypt det sitter i kvinnene å amme sitt barn uansett egen kostnad. Fødsel og perioden etter representerer en meget stor forvandling i kvinnens liv, og denne perioden blir sett på som en sårbar periode, sier Eberhard-Gran et al. (2010). Man kan undre seg over om hvis disse kvinnene i denne sårbare fasen i livet ikke blir presentert et akseptert alternativ fra eksempelvis helsepersonell, blir gitt pekefinger, samt har informasjonen fra Unicef som bakteppe, vil det informerte valg i realiteten muligens ikke bli et valg, men mulig kunne oppleves som et moralsk krav, forventning og en nødvendighet. Det vil også være noe man må gjøre om man vil være en ansvarlig forelder

og en god mor. Videre, hvis man ikke føler man har et valg vil det å ikke få til ammingen kunne fremstå som ”verdens undergang” og noe som mulig vil kunne påvirke velvære.

Man kan videre spørre seg om ammepresset informantene berettet om kan forsvares med hensyn til hva litteraturen og forskningen på morsmelk avdekker. Horta, Bahl, Martines & Victora (2007) foretok i regi av WHO en systematisk gjennomgåelse av forskning på langsiktige effekter av morsmelk og konkluderte at fordi nesten alle studiene i deres analyse var observasjonsstudier, var det ikke mulig å utelukke muligheten for at resultatene de fant delvis kunne bli forklart av selv-seleksjon fra ammende mødre eller confounding (Horta et al., 2007). Denne informasjonen blir ikke presentert på eksempelvis helsestasjon eller under barselsopphold. I tråd med dette sier Murphy (2009) at folk er veldig forsiktede med å si noe som kan gi amming et dårlig rykte, og det har nesten fått et religiøst preg. Shakespeare et. al. (2004) uttrykker at ”mor-barn-vennlig initiativ” produserer litteratur som overlatt utelukker omtale om vanskeligheter med amming, slik som tretthet, brystmerter og barseldepresjon, og mener at ”babyvennlig” muligens bør konsiderere måter hvor det kan bli mer ”morvennlig” (Shakespeare et al., 2004).

I budskapet hva som er best for barnet, ligger også hva som ikke er best for barnet. I USA fra 2004 til 2006 ble det lansert en kampanje kalt the National Breastfeeding Awareness Campaign (NBAC) hvor de advarte kvinner om at hvis de ikke ammet ble babyen utsatt for risiko for en rekke helseproblemer. Ernæring for babyer ble portrettert som farlig versus sikkert, og kampanjen utnyttet videre normative antagelser om at mødre har et ansvar for å beskytte barn mot skade (Wolf, 2007). I følge NBAC sin retorikk, vil kvinners behov for eksempelvis å kontrollere egen kropp samt holde oppe en identitet som er uavhengig av sitt barn, bli svakheter i moderlig karakter som må bli rettet på gjennom utdannende budskap (Kukla, 2006 sitert i Wolf, 2007, s. 620). Ergo vil altså en mors avgjørelse om å ikke gjøre det som er best for sitt barn være grunnet ignoranse, feighet eller egoisme (Wolf, 2007). Å produsere en ”perfekt” baby er sett på som delvis et resultat av kvinnenens evne til å anvende kontroll over kroppen, til å søke og abonnere på ekspertråd og inngå i selvoppofrelse for barnets skyld (Lupton, 1999b sitert i Wolf, 2007, s. 616). God helse blir en indikator på selvkontroll, disiplin og vise valg (Wolf, 2007), og amming per se kan bli sett på som bevis på en at man er en god

mor som ikke bare er kunnskapsrik, men som også er forberedt på å handle på den kunnskapen (Murphy, 1999). De som ikke gir etter blir oppfattet til å ignorere en bevist helsestrategi, sier Hausman (2009). Overført til den foreliggende studien er det funnet at informantene var klar over samt ble fortalt at morsmelk var det beste for barnet; de innehadde altså kunnskapen, de var forberedt på å handle på den kunnskapen, og med det fulgte bevist en anbefalt helsestrategi. Dette i samsvar med at de ønsket å være en god mor.

Wolf (2007) sier at annonser som forårsaker en målgruppe til å føle intens engstelse eller frykt er potensielt mer overtalende, men deres suksess kan muligens basere seg på misledende og til og med villedende portretter av helserisiko. Videre, hvis mor merker at amming er umulig for henne, vil ikke motivasjon fra negative eller positive budskap overbevise henne om noe annet. Det innebærer et ekstra ansvar å bruke fryktvekkende budskap, fordi for mødre som ikke oppfatter løsninger i forhold til ammeutfordringer, kan fryktvekkende budskap potensielt resultere i eksempelvis økt stress og isolasjon, sier Heinig (2009a). Funn fra denne studien viser at flere mødre virket til å føle stress vist ved negative følelser de berettet om, samt flere isolerte seg da de ikke ønsket å streve med amming offentlig, noe som vil bli omtalt ytterligere i temaet tidsbruk. Vi vet ikke om de følte frykt, men det kan være nærliggende å anta at flere erfarte lignende følelser da bare tanken på å gi morsmelkerstatning føltes som ”verdens undergang.” McNeil (2010) sier på sin side at å se på fullamming som normalt og morsmelkerstatning som helse-risiko atferd kan være nyttig for å utdanne helsepersonell, pasienter og befolkning om hva som er optimal, naturlig ernæringsatferd for babyer og hva som eksperimentelt og avvikende. Dette kan lede til normalisering av optimal spedbarnsernæring, altså fullamming.

### **Tidsbruk**

Funn fra denne studien viser at amming kan ta mye tid, og dette er i tråd med funn av Shakespeare et al. (2004). At ammingen var tidkrevende opplevdes problematisk for mange av informantene, og ammingen ble også omtalt som altomfattende. Tidkrevende amming kan virke til å begrense egentiden til kvinnene, og flere forteller om viktigheten av nettopp egentid. At flere føler seg begrenset på grunn av amming, samt at dette hindrer egentid, samsvarer med funn av Lee & Furedi (2005) og Marshall et al. (2007). Det



berettes om at ammingen hindrer mange av informantene i å gjøre ting ute, da flere ikke ønsker å streve med ammingen offentlig, samt føler seg ikke komfortabel med å ”brette” frem brystene. Man kan få inntrykk av at mødre flest ikke finner dette problematisk om man ser ammende mødre ”overalt” på kafèer, parker og lignende, som nevnt av en av kvinnene. Flere av informantene forklarer hvordan ammingen var hemmende for deres sosiale liv, og mange ble sittende mye hjemme alene, noe som ble sett på som tungt. De opplevde det strevsomt å gå ut av årsaker som å måtte forte seg hjem i tilfelle babyen ble sulten, ikke kan gå langt unna hjemmet av samme årsak, og at babyen må ammes svært ofte første tiden, hvilket vanskeliggjør det å gå ut av hjemmet om man ikke ønsker å amme offentlig. Det var kun én av informantene som berettet at ammingen muliggjorde at hun kunne være ute hele tiden.

I tråd med det ovenstående er begrepene fullamming og babyens anbefalte selvregulering. Dette kan innebære at amming er en tidkrevende prosess som automatisk vil kunne ekskludere diverse andre aktiviteter, som eksempelvis sosialisering, om mor ikke er komfortabel med å blotte brystene offentlig og babyen ønsker å die ofte, altså hyppig selvregulering, noe som er svært vanlig første tiden. Nylander (2008) sier at i begynnelsen bør det ikke gå mer enn et par timer i mellom hver amming på dagen, altså minst 8-12 ganger i døgnet, og gjerne mye mer. Morsmelk er svært lett fordøyelig og passerer babyens magesekk raskt. Barnet skal få suge så ofte det vil og så lenge det vil (Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2009; Nylander, 2008), og det er viktig å ikke ha restriksjoner på varigheten og hyppigheten av måltidene. Dette for å sikre tilstrekkelig melkeproduksjon og flyt (WHO, 2009). Bærug og Øien (2011) sier imidlertid at britiske kvinner som fullammet når barnet var seks måneder gammelt, ammet ni ganger i døgnet, og brukte to timer på å gi barnet mat, og sier dette antagelig ikke er mer tid enn tid som behøves for å tilberede og gi annen mat (Bærug og Øien, 2011). Vi vet ikke hvor lang tid informantene i den foreliggende studien brukte på amming i timer, eller hvor lang tid de ville ha brukt hvis de i stedet ga annen mat, men vi vet at de selv opplevde amming som tidkrevende. Det vil også kunne være en forskjell på hvor tidkrevende amming er eksempelvis ved barnets første levemåned versus eksempelvis barnets sjette, ved at hyppig selvregulering er vanlig den første tiden som nevnt over.

Smokk og flaske anbefales også å unngås den første tiden, senere kan det brukes med varsomhet, sier Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009). Nylander (2008) sier det er meningen at barnet skal bruke brystet som smokk. Rise (2006) mener det ikke er hold i virkeligheten at smokk og flaske kan ødelegge amming for nyfødte, og sier det kan være stor belastning og kan gå utover mor-barn forholdet hvis kvinnene ikke får mulighet til å samle krefter ved samlet søvn. Nylander (2008) på sin side sier at kanskje det hele er så viselig innrettet at når du nylig har fått en liten baby, skal du være innadvendt fredelig med det, og være mer opptatt av den nære lille verden rundt seg enn den store utenfor. Amming og intensiteten til relasjonen mellom mor og baby påvirker en kvinnes følelse av selv, sier Ryan, Bissell & Alexander (2009), og han fant at kvinner foretok moralsk arbeid for å rasjonalisere sine handlinger ovenfor både intervjuer og seg selv, og dette var forsøk på å bli klar over blant annet hva som var praktisk mulig sett med hensyn til deres familiære, sosiale, kulturelle og økonomiske begrensninger. Ved at flere av informantene i den foreliggende studien oppfattet amming til å vanskeliggjøre sitt sosiale liv, kunne dette påvirke deres følelse av selv, slik Ryan et al (2009) beskriver, ved at det ble beskrevet at det å være hjemme og ikke gjøre noe alene førte til en følelse av å bli ”gal.”

### **Forventninger**

Det viser seg gjennom funn fra denne studien at mange av kvinnenes forventninger til tilværelsen som nybakt mor og nybakt familie ikke ble innfridd, og det ble annerledes enn de hadde sett for seg. De var ikke forberedt på at det var mye mor og baby og ikke mor, far og baby, og det kom frem at de trodde det skulle være mer mulig å dele på ansvaret. I stedet fikk flere følelsen av å være alenemor, de følte på ensomhet, at babyen var mors ”prosjekt,” og at hovedansvaret var mors gjennom ammingen. Far fikk etterlengtet søvn samt voksentid gjennom jobb, mens mor var oppe om nettene og ammet, ofte timevis. Informantene forteller i den forbindelse om søvnmangel og uttrykker at de var i ferd med å bli ”sprø” grunnet dette. Ved at flere av kvinnene forventet at de skulle dele mer på ansvaret med sin mann, kan det være nærliggende å tenke at de mulig ikke forventet nattevåk i ensomhet, i den grad flere beskriver. Flere av kvinnene uttaler at både de samt deres mann anså ansvaret som mors siden mor ammet,

og det var dermed meningsløst at far også var oppe, da han likevel ikke kunne amme og dermed ikke kunne gjøre noe.

Relevant til det ovenstående, kan være at i litteratur om amming, som flere av informantene beretter at de har lest, sier Nylander (2008) at det er viktig at far erkjenner at verken han eller andre i timene etter fødsel skal forstyrre det hormon- og instinktmessige samspillet som skal bringe barnet frem til den første vellykkede ammingen. Far bør sette seg inn i gode råd for vellykket amming slik at han kan støtte mor med faktabasert kunnskap når det røyner på. (Nylander, 2008) Videre sier Nylander (2008) at far vil kunne synes det er trist samt bli misunnelig på mor som kan amme sitt barn. Men en kjent kropp som ikke lukter melk og som trøster og bysser uten mat er neppe skadelig, sier hun. Da kan far være ”gull verdt” (Nylander, 2008). Man kan undre seg om denne informasjonen på et vis undergraver fars rolle, og ved det samtidig legger press på mor ved å plassere alt ansvaret om ernæring og dermed nattevåk på mor? Brand (2006) sier at når kvinner blir mødre så har samfunnet klare forventninger til hvilke egenskaper hun skal ha i forhold til barna; mor skal være selvoppofrende, beskyttende og gi oss det vi trenger for å klare oss i verden. Så snart en kvinne blir mor settes egne behov til side, og mødrenes kropp er først og fremst til for å gi barnet næring og omsorg.

Nylander (2008) sier videre at tips for roligere netter er at man de første 6-8 ukene lar barnet få mat når det krever det hele døgnet. Ved at mor og barn er sammen det meste av døgnet i starten gjør at mor blir trygg ved at hun opplever at brystene alene ernærer barnet. Ved å følge denne anbefalingen vil mor mulig kunne miste mye søvn og mulig bli utslitt av søvnmangel, som beskrevet av flere av informantene.

I tillegg til at informantene gir uttrykk for at ammingen hindrer egentid, som tidligere nevnt, setter flere av informantene også egne begrensninger for egentid ved at de ikke ønsker å overlate babyen til andre. Dette kan også være relatert til at flere av kvinnene hadde andre forventninger enn slik hverdagen ble, eksempelvis beskriver en av kvinnene hvordan hun hadde forventet at hun skulle trene mye etter fødselen, men det viste seg at hun var skeptisk til at noen andre skulle passe babyen. Flere uttaler at de ikke klarte å slappe av om noen andre skulle passe babyen, selv om eksempelvis barnets egen bestemor var barnevaktet. Følelsen av ”panikk” bare av tanken på at andre skulle passe babyen, ble nevnt. Dette kan fremstå paradoksalt med tanke på at informantene ga

uttrykk for å ønske egentid, og man kan undre seg over hva dette handler om. Kan det indikere at de ønsker å ha kontrollen selv, og ønsker å ha oversikt? Når informantene selv samt deres mann mener at hovedansvaret er mors, kan det kanskje være vanskelig å gi fra seg kontroll? Kan det være av praktisk art, da kvinner blir advart mot å bruke flaske tidlig, samt det ble beskrevet at flere av barna til informantene ikke tok flaske? Det vil da kunne være vanskelig å ha barnevakt hvis mors bryster alene ernærer babyen og babyen trenger mat hyppig, som beskrevet tidligere. Kan det være at informantenes forventninger var annerledes enn virkeligheten de erfarte grunnet de tenkte at amming skulle være lettere og mindre tidkrevende? Hadde de urealistiske og naive forventninger til det å få barn? Kan det være at det opplevdes vanskelig å amme så ofte da disse kvinnene var godt voksne, og dermed vant til å følge egne behov samt ha kontroll på egen tid? I tråd med dette sier Hausman (2004) at amming krever en utholdende holdning fordi det er vanskelig å tilpasse amming som praksis i vanlige måter å leve på i i-land.

## **Metodiske begrensninger**

I den foreliggende kvalitative studien var fokuset å få økt forståelse om ammeproblemer hos førstegangsfødende. Informantene i studien er ikke representative for andre enn seg selv, men de kan gi innsikt i problemer som melder seg i forbindelse med amming hos førstegangsfødende. Utvalget i den foreliggende studien var i Oslo, alle var ”eldre” mødre, og alle var førstegangsfødende. Videre hadde alle utdannelse fra universitet eller høgskole, og alle var samlevende med barnets far. Studien dekker således ikke alder, utdannelsesnivå eller flergangsfødende. Dette kan videre ha virket inn på responser blant informantene.

Det at informantene hadde det nevnte til felles, kan oppfattes som representativitet og generaliserbarhet. For å gjøre mer generelle slutninger trenger man studier med forskjellige aldersgrupper, flergangsfødende, samt bedre dekning av demografiske variabler (e.g. utdannelse, sted, yrke).

Selv-seleksjon kan ha vært en svakhet ved den foreliggende studien, ved at eksempelvis kvinner som har opplevd barseltiden og amming som vanskelig nettopp kan tiltrekkes til en slik studie.

Det kan videre være en mulig svakhet ved studien å bruke tematisk analyse som metode, da metoden kan gi for stort rom til forskerens egen tolkning enn hva som har vært informantenes mening. På den annen side kan metoden skape økt forståelse nettopp gjennom en fortolkende holdning (Braun & Clarke, 2006).

## **Overordnet diskusjon**

### **The motherhood constellation**

Som kilde til utvidet forståelse for hvorfor ammingen oppleves så viktig for kvinnene, og hvorfor mange av dem har vanskeligheter med å være borte fra babyen sin og å overlate den til andre, kan Daniel Sterns (1998) morskapskonstellasjon være sentral. Han mener at når kvinner blir gravide og mødre, så former de en ny psykisk eller mental organisasjon som han kaller morskapskonstellasjonen, som handler om at mor er svært opptatt av å beskytte barnet samt av barnets velvære. For å kunne takle stresset det innebærer å beskytte sitt barn, trenger mor omgivelser som er støttende og hvor hun føler seg validert og oppmuntret. I denne konteksten vil mor være i stand til å utvikle og utforske sin moderlige atferd. Stern (1998) sier at den første tingen nesten alle mødre vil si de er mest opptatt av, er oppgaven med å holde babyen beskyttet og i live. Når de returnerer fra sykehuset er dette det mest sentrale temaet i deres liv, og alle mødre har bestemte redsler som er karakteristiske. Eksempelvis vil mange være redd for at babyen vil slutte å puste, så de går til babyens seng flere ganger de første nettene for å sjekke om babyen puster. Hvis noen prøver hindre mor i å gjøre dette, vil mors angstnivå bli uholdbart høyt, sier Stern (1998). Dette eksempelet kan man tenke seg kan overføres til temaet å ernære babyen. I Norge er det mors bryster som hovedsakelig ernærer en nyfødt baby, det handler om å beskytte babyen og å holde den i live. Ernæringen av babyen gjennom amming kan ta store deler av døgnet og er et svært sentralt tema for kvinnene i studien, dette vist gjennom hvor mye alle kvinnene snakker om amming og hvor viktig de presiserer at det er. Hvis de ikke har fått til ammingen, virker det til at angstnivået har blitt høyt, og de har fått påfølgende negative emosjoner og dermed tilsynelatende nedsatt velvære. Mulig at kvinnene ikke vet hvorfor amming føles så viktig, hvorfor det å ha vansker med amming berører så dypt, hvorfor det utløser så sterke følelser. Mulig det er

grunnet det Stern (1998) omtaler som morskapskonstellasjonen. Munch ("Udatert") mener i tråd med dette at amming er en særlig sårbar aktivitet fordi matinntak helt umiddelbart oppleves tett knyttet sammen med barnets overlevelse, også selv om denne ut fra en rasjonell betraktning ikke er truet. Stern (1998) sier at det er normalt og nødvendig at mor har disse redslene, og de er prisen mor betaler både grunnet biologi samt den høye verdien kulturen plasserer på babyer. Dette igjen skaper et mektig tema om å beskytte babyen, så det resulterer ofte i at mor blir utslitt og overarbeidet. Overført til amming og denne studien, er det funnet at mange av kvinnene var både utslitte grunnet hyppig og ofte problematisk amming, og overarbeidet grunnet ingen kunne ta over ammingen for mor. Biologien gjør at det er mor som ernærer babyen og babyer har høy verdi i norsk kultur. Hausman (2004) sier i tråd med dette at amming demonstrerer og foreskriver en pågående forpliktelse fra den kvinnelige kropp til andres velvære, og det definerer en spesiell form for etisk og biologisk relasjon.

Stern (1998) sier videre at mødre ikke vet hva de skal gjøre med trettheten og redslene de føler relatert til temaet overlevelse i nyfødt perioden, og det er veldig vanskelig å møte dette alene. Mødre trenger derfor et godt emosjonelt miljø, kalt "*holding environment*." Et positivt "*holding environment*" betyr at man møter mødre slik at de føler seg validert, støttet og oppmuntret. Det må skapes en slags psykologisk ramme så mor føler seg fri til å utforske sitt eget repertoar av moderlig atferd og å prøve disse ut med en viss selvtillit. Man kan undre seg om flere av kvinnene i denne studien ikke har det Stern (1998) kaller for en god "*holding environment*," med hensyn til amming, da de fleste føler på ammepresset fra omgivelsene, samt muligens kan føle at de ikke har noe valg med hensyn til moderlig atferd i avgjørelsen om hva slags ernæring babyen skal ha. Om amming blir portrettert som det eneste riktige for barnet samtidig som morsmelkerstatning blir presentert som noe som er "fy" og advart mot med rød skrift og pekefinger, kan det kanskje føles som om noen andre har tatt valget for dem. Flere av informantene virker ikke til å bli støttet, oppmuntret eller validert, slik Stern (1998) oppfordrer til, snarere blir det rapportert om at de har blitt fortalt at de gjør ammingen feil, de får ikke lov til å gi grøt for tidlig og blir ikke støttet på at det er vanskelig. Som nevnt innledningsvis, er morsmelkerstatning kun legitimert ved få fysiske tilstander i følge WHO (2009), og ingen har kvinnene i studiene innehadde noen av disse tilstandene.

Kan det da tenkes at WHO og dermed helseinstitusjoner i Norge mener at kvinnene som ikke er berørt av nevnte tilstander bør og må amme? Er dette inntrykket kvinnene sitter igjen med etter treff på helsestasjon og sykehus? Flere av kvinnene i studien sier at de blir møtt med en holding om at man skal amme for enhver pris. Relatert til dette sier Stern (1998) at et positivt ”*holding environment*” er et reelt behov for kvinner som ikke blir møtt. Om ikke informantene opplever at de har en positiv ”*holding environment*,” med hensyn til amming, kan det tenkes at de kan oppleve nedsatt velvære på bakgrunn av dette.

En annen del av morskapskonstellasjonen innebærer kjærlighet og tilknytning hvor mor stiller seg selv spørsmål som for eksempel om hun er et kompetent menneske. Dette er et vanskelig spørsmål fordi å være sammen med en nyfødt i begynnelsen krever mange uvanlige elementer, blant annet krever det at mor føler seg kompetent i sin spontanitet, generøsitet og evne til å gjøre diverse ting. Dette igjen kan være veldig vanskelig om hun ikke har en tilstrekkelig ”*holding environment*” (Stern, 1998). Hvis flere av informantene ikke har en god ”*holding environment*” med hensyn til amming, vil det mulig kunne vanskeliggjøre deres amming og derav opplevelser. Å amme er noe ingen av informantene hadde gjort før, det er altså et uvanlig element. Mange av kvinnene går inn i ammingen med en antagelse om at det er enkelt og kos, når flere oppdager at dette ikke blir deres realitet, opplever de det å ha vansker med ammingen som ”grusomt.”

Stern (1998) sier at kvinnene vet bedre enn de profesjonelle hva de ikke klarer bra. Mødre vet dypt og fullt ut tingene de gjør dårlig eller det de ikke er kapable til å gjøre, og å kritisere dem vil virke mot sin hensikt. Det de generelt ikke vet, er på den annen side det de gjør bra og hvordan de kan bruke disse egenskapene, mener Stern (1998). Sett fra dette perspektivet, kan man tenke seg at informantene selv vet best om de ønsker og klarer å amme, og det trenger da ikke bli påpekt at de gjør det feil, som informanter opplevde, eller å bli minnet på at morsmelk er det beste for barnet, det ble funnet at dette visste informantene allerede. Der hvor informanter så andre mødre lykkes med amming via eksempelvis en ammevideo på sykehuset, eller ble gjentatt for hvor bra morsmelk er for babyen, virket det ikke til å lette ammingen for disse. Imidlertid vet vi ikke om det er andre tilfeller hvor nettopp dette lettet ammingen for informanter, men

som det ikke ble berettet om. Videre, det ble funnet at flere erfarte lettelse når ammingen fungerte, kanskje vil det for flere da på sikt øke velvære å få påpekt at de gjør det feil slik at de kan gjøre det rett? Kanskje ville de hatt mindre velvære om de overhodet ikke ammet, men ga morsmelkerstatning? Vi vet heller ikke hvordan deres opplevelser ville vært samt følelser relatert til velvære om informantene hadde gitt morsmelkerstatning.

Intervensjonsteknikker alene vil aldri være effektivt for å skape et positivt emosjonelt miljø, fortsetter Stern (1998). Dette ser vi også ved amming; at å lære informantene de fysiske ferdighetene ved amming, vil ikke nødvendigvis si at de har positive opplevelser. Flere av informantene behersket de fysiske aspektene ved amming, men ingen oppga noe positive følelser og opplevelser i forhold til ammingen.

Man kan videre undre seg om morskapskonstellasjonen og en mulig mangel på en god *"holding environment"* med hensyn til amming kan være noe som bidrar til at flere av kvinnene i studien har vanskeligheter med å være borte fra babyen samt overlate den til andre. Om informantene føler seg utilstrekkelige med hensyn til amming og føler de ikke behersker ammingen, som mulig kan føles som det viktigste for babyens overlevelse og velvære, vil det kanskje kunne være vanskelig å forlate babyen med *"et lett hjerte."* Mor har størst rolle via ammingen, det kan dermed være naturlig at hun tar kontrollen, og føler hun har mest ansvar. Som K2 sier: *"Det å ha noen som er sånn helt avhengig av deg, og det måtte være meg ofte når det var puppen.."* Å legge bort problemet med ammingen og ta seg fri ved å dra ut uten babyen vil kanskje ikke føles som noe godt når det å ikke få til ammingen føles som *"verdens undergang,"* da vil det kanskje føles lettere å være nær babyen, fordi da er mor der når babyen ønsker å ammes. I konteksten av morskapskonstellasjonen så vil det å være nær babyen sikre babyens overlevelse og velvære, ved at babyen får mors melk nøyaktig når de ber om den, slik Nylander (2008) og Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009) oppfordrer til. Det vil kanskje kunne være vanskelig å overlate babyen til andre, som ikke kan amme babyen, når mor oppfattes til å ha hovedansvaret, slik flere av informantene og deres menn anså. Kvinnene i studien gir ikke noen forklaring på hvorfor de ikke vil overlate babyen til andre, de forteller bare at de ikke vil klare å slippe av selv. Man kan undre seg om dette kan være grunnet stresset det innebærer i det å beskytte sitt barn, som Stern (1998) beretter om. Kanskje stresset mulig vil kunne føles mindre for informantene om de er i nærheten av



sitt barn, samtidig som det å aldri ta seg en pause fra ammeproblemene i seg selv muligens kan kunne føre til nedsatt velvære?

### **Konformitet**

Alle kvinnene i studien ammet fordi de visste at morsmelk er den beste ernæringen for babyen. Imidlertid kan en ytterligere kilde til forståelse i forhold til hvorfor alle kvinnene i studien ammer til tross for både smerter, problemer og negative følelser, være mulig grunnet det en studie foretatt av Stanley Milgram fant; nemlig at nordmenn var de mest konforme i verden (Milgram, 2010). Aronson, Akert & Wilson (2007) sier at å være konform er å handle som alle andre. Vi er konforme fordi vi ser disse menneskene som en kilde til informasjon, som igjen leder vår atferd, og dette kalles informasjonell sosial innflytelse. Normativ sosial innflytelse er når innflytelsen til andre fører oss til konformitet for å bli likt og akseptert. Denne innflytelsen er sterkest følt når alle i gruppen mener eller sier den samme tingen, og å motstå slik enstemmig sosial innflytelse er vanskelig eller nesten umulig, med mindre du har en alliert. Samfunnet en vokser opp i har også effekt på normativ sosial innflytelse (Aronson et al. 2007), og Milgram (2010) beskrev norsk samfunn som et med høyt samhold og med en dyp følelse av gruppeidentifisering.

Milgram (2010) mente at nordmenn er sterkt sensitive i forhold til andres interesser og behov. Han utførte studier på sosial konformitet i flere land for å undersøke forskjeller i den nasjonale karakteren, og fant at nordmenn følger majoritetens feilaktige svar i over 60 prosent av tilfellene, og konformiteten stiger til nesten 80 prosent om forsøkspersonen blir møtt med utsagn som: ”skal du stikke deg ut?” om han eller hun motsier flertallet. Videre, nordmenn godtok kritikken passivt, mens andre nasjonaliteter ble forbannet og kom med krasse motsvar. Milgram mener en forklaring kan være at nordmenn er svært solidariske og opptatt av samhold, samt i tråd med janteloven; ikke skal skille seg ut eller tro man er noe. Han tegnet dermed bildet av nordmannen som konform og fortiet, en som følger flokken og ikke tar til motmæle selv ved direkte sjikane (Milgram, 2010) Med Milgrams bilde av nordmannen som bakteppe, kan det da være en mulig årsak til at ammepresset fremsto akseptert hos informantene, samt det at ingen av disse berettet om eventuelle spørsmål rundt forskningen omkring morsmelkens proklamerte overlegenhet og morsmelkerstatningens implisitte forbudthet? De virket til å

bare godta og akseptere at slik er det. Informantene, slik Milgram beskrev nordmannen, kan med dette perspektivet mulig oppfattes til å ha opptrådt både konformt og fortiet, samt å ha fulgt flokken av andre mødre som ammet, fremfor å ta til motmæle angående legitimiteten til ammepresset.

Videre fant Milgram (2010) at mange nordmenn rasjonaliserte sin konforme atferd ved å si at de sa seg enige med de andre fordi de tvilte på sin egen vurdering, men hvis de hadde blitt gitt en sjanse til å ”jage bort” denne tvilen, så ville de opptrådt mer selvstendig. Bare 25 prosent av nordmenn viste sterk selvstendighet, mens eksempelvis 41 prosent av franskmenn viste dette. Relatert til denne studien kan man undre seg om informanter ville stolt mer på egen vurdering om de ikke hadde møtt motstand fra helsepersonell om å gi annen mat enn morsmelk, slik informanter i denne studien beskrev. Og videre dermed kunne vist selvstendighet ved eksempelvis å gi grøt selv om helsesøster sier nei, som en informant opplevde. Milgram (2010) sier videre at det at Norge er et lite samfunn, kan være en viktig determinant i forhold til den høye graden av konformitet han fant i Norge. Presset om å være konform er sterkt, og kravene om konformitet til god atferd er utbredt i Norge, og god atferd er typisk norsk atferd (Milgram, 2010). Det er vist i denne studien at amming er en ”god” atferd, da man er ansett som en god mor når man ammer. Ved at Norge er et lite land kan man undre seg om denne holdningen er mer tydelig og gjennomgående, og dermed bidra til at et eventuelt ammepress kan fremstå sterkere? Milgram (2010) oppga videre at det norske samfunn har en utbredt internalisering av vanlige verdier, og en tendens til å minimalisere viktigheten av individuelle forskjeller.

Det er også funnet at kvinner viser høyere konformitet enn menn, særlig hvis det er snakk om situasjoner med gruppepress, hvor et publikum kan observere hvor konform du er (Aronson et al., 2007). Relatert til denne studien, så er amming ofte observert av andre, eksempelvis under barselsoppholdet hvor det er døgnbemannet personal. Kvinnene har altså der et publikum som kan observere deres eventuelle konformitet.

Milgram (2010) fant også at nordmenn ofte opptrådte konformt selv når de fikk tildelt en hemmelig stemmeseddel. En mulig forklaring kan være at den gjennomsnittlige nordmann, av en eller annen grunn, tror at sine private handlinger til slutt vil bli kjent for andre, sier Milgram (2010). Kan dette også relateres til kvinnene i denne studien; at

kvinnene ammet alene uten observatører, med den tro at andre ville få vite hvorvidt de ammet eller ikke til slutt uansett?

## **Sentrale spørsmål - veien videre**

Det kan synes som at den optimale kvinne ammer døgnet rundt, alltid er tilgjengelig, ammer gjennom problemer og tenker ikke på egne behov. Resultatene fra denne undersøkelsen kan imidlertid indikere at flere kvinner strever med amming i ensomhet og emosjonelle behov relatert til dette virker ikke til å bli møtt. I tråd med dette, fant Sheehan et al. (2010) at kvinner trengte og ønsket støtte og omsorg som var individualisert og møtte deres spesifikke behov, og Shakespeare et al. (2004) rapporterte at helsepersonell som hadde tid til å lytte, var oppmuntrende og ikke dømmende, var viktige støttefaktorer for kvinnene. Dette kan synes som viktige momenter i fremtidig omsorg for kvinner som strever med amming. I følge Rudman & Waldenstrøm (2007) er det også mulig at en klarere fremstilling om hva man kan forvente fra barseloppholdet vil kunne lede til mer realistiske forventninger og større tilfredshet med omsorgen etter fødselen. En bevissthet rundt mødres spesifikke behov er ekstremt viktig for å modifisere informasjon samt amme-støtte.

Det ble videre funnet, i samsvar med hva Sheehan et al. (2010) oppgir, at politikk og praksis ikke anerkjenner behovet for individuell omsorg. Sheehan et al. (2010) mener at politikk og praksis har forskanset seg i konseptet om at ”bryst er best” og behovene til babyen er overordnet, uavhengig av mors behov. Dette er eksemplifisert i ”ti steg for suksessfull amming.” Det kan virke som at hvis ”baby-vennlig initiativ” er implementert på en ”top down” byråkratisk måte i politikken, og brukt som regler i praksis, så vil noen kvinner føle seg presset til å amme, og denne vitenskapelige-byråkratiske tilnærmingen til amming er ikke i kvinners beste interesse, sier Sheehan et al. (2010). Forlenget, intensiv amming er et eksempel på politikk som ofrer kvinners autonomi, mener Ellingsæter (2010) og sier videre at det bør gå an å jobbe for amming uten å neglisjere de som gir morsmelkerstatning (Ellingsæter, 2010). Milgram (2010) sier problemet er å innnta den rette balansen mellom individuelt initiativ og sosial autoritet, og at den kroniske eksistens av et vidt omfang av meninger vil hjelpe til å frigjøre individer fra sosialt press.

Med dette perspektivet som bakteppe, kan man tenke at et nyansert syn kan oppleves hensiktsmessig. Sheehan et al. (2010) sier at hvis kvinner hadde blitt gitt tilgang på bedre informasjon som demonstrerer bevis for fordelene ved amming, kunne dette muligens minske stress kvinner føler i forbindelse med frykt omkring morsmelkerstatning. Hauck & Irurita (2002) oppgir at når foreldre er gitt muligheten til å gjennomgå alt bevis og kan ta et sant informert valg i konteksten av deres individuelle situasjon, må helsepersonell respektere den avgjørelsen. Å demonstrere denne respekten er en av de største utfordringene helsepersonell står ovenfor i dag, spesielt når avgjørelser går direkte imot deres personlige preferanser. Denne studien viser imidlertid at dette syntes å være svært viktig i fremtidig arbeid med ammende kvinner, slik at kvinnene kan erfare en god ”holding environment,” samt føle seg støttet og validert.

Det viktigste er at babyen får mat og at mor, barn og resten av familien har det bra, sier Johansen (2001b), samt at mor har overskudd til å være mor og ikke bare en matstasjon (Holm, 2010). Sheehan et al. (2010) fremhever også at det å støtte kvinner til å amme ikke kan bli separert fra andre behov. Det kunne eksempelvis være mer fordelaktig når man skal hjelpe en kvinne å amme, å støtte hennes behov for søvn. Videre sier WHO (2009) at ved rådgivning til mor angående ernæring til babyer og små barn er det viktig å huske på mors egen helse og å ha omsorg for henne i tillegg til babyen. En nedbrutt mor er ikke den beste moren hun kan være, og å mislykkes med ammingen er en påkjenning både fysisk og mentalt (Holm, 2010). Noen vil oppleve at amming går temmelig lett, mens andre vil syns det er smertefullt, vanskelig og traumatisk (Sheehan et al., 2010), og for noen vil ikke realiteten leve opp til forventningene (Marshall et al., 2007; Shakespeare et al., 2004), i samsvar med funn fra denne studien. Det er mulig at problemer med amming kan føre til nedsatt velvære da denne studien finner at amming kan ha effekt på andre viktige områder som søvn og sosialisering, og dermed kan det meste dreie seg om amming direkte eller indirekte hele døgnet i en periode, slik flere informanter i den foreliggende studien beskriver.

Man kan stille seg flere spørsmål i etterkant av denne studien. Er det mulig at måten informasjon om amming presenteres kan skape press og at amming dermed ikke oppleves som et valg? Kunne eventuelt ammepress føles mindre og følelser av ”verdens undergang” dempet om man ga morsmelkerstatning dersom forskningen ble presentert

mer nyansert? Er det å amme konformitet til sosial akseptabel atferd? Har amming som handling blitt moral og en nødvendighet om man skal være en god mor? Man kan tenke seg at det vil være hensiktsmessig med et realistisk og nyansert syn på amming, samt å separere det fra moral og en god mor, da denne assosieringen virket til å skape negative følelser hos informantene i den foreliggende studien når ammingen opplevdes vanskelig. Amming kan ha blitt et normalisert moralsk imperativ som noen kvinner ikke opplever som frigjørende, sier Crossley (2009) og et viktig prinsipp er at budskapet i veiledning ikke skal være moraliserende (Alquist, 2007).

Videre kan det være essensielt å anerkjenne og ikke bagatellisere og underkommunisere vanskene, samt ikke utelukkende romantisere ammingen. Amming må ikke bli promotert slik at å gi morsmelkerstatning får kvinnene til å føle skam, skyld og nederlag. Det kan skape ytterligere ammepress å hevde at amming er viktig for mor-barn relasjonen, og man kan undre seg om dette kan forsvares i den vestlige verden med tanke på de faktiske fordeler med morsmelk som er funnet. Kanskje vil det kunne oppleves bedre for ammende kvinner om man anerkjenner det positive med morsmelk, men ikke tier i hjel det negative. Alle kvinnene som opplevde ammeproblemer i Marshall et. al. (2007) sin studie beskrev følelser av usikkerhet og et behov for beroligelse på at de ”gjorde det riktig” og bra. En kombinasjon av hjelp og støtte, forklaringer og oppmerksomhet mot kvinnenens emosjonelle velvære ble oppfattet som viktig. Dette kan virke som viktige momenter å bringe videre. Eberhard-Gran & Slinning (2007) sier at i Norge er gravide og nye mødre klar over fordelene med amming, og de fleste er svært motiverte for å amme, med et ønske om det beste for sitt barn, i samsvar med funn fra den foreliggende studien. Det er imidlertid store individuelle forskjeller i hvor lett kvinnen får til ammingen. Samtidig med at en fremmer gode grunner for å amme, bør det avdramatiseres konsekvensene av ikke å amme, sier Eberhard-Gran & Slinning (2007), og negative følelser rapportert ved å ikke klare å amme i den foreliggende studien kan gi et bilde av viktigheten av dette.

Avslutningsvis, Helse- og omsorgsdepartementet (1999) rapporterer at det kan se ut som det foregår en rasjonalisering og nedbygging av omsorgen rundt fødsel. Man kan derfor risikere at det bare er det ”tekniske utfallet” som teller for hva slags tilbud kvinnen skal få, og det er ikke sikkert at dette er til gagn for mor og barn. Videre er det en viktig

samfunnsoppgave å gi fødselsomsorg på kvinners premisser. Tradisjonelt har kvinner blitt værende på barselavdelingen i noen dager etter fødselen for å hvile ut, man har kontrollert barnet og kommet i gang med amming (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), men barselopphold er ikke beregnet for hvile for mødre, sier Rudman & Waldenstrøm (2007), og hvile og avlastning har blitt stadig mindre vektlagt i barseltiden (Eberhard-Gran, 2003). Liggetiden på sykehus i Norge er redusert fra syv dager til tre døgn eller enda mindre etter fødsel, og ofte slutter kontinuiteten og omsorgen for kvinnen med selve fødselen. Det kan hende kvinnen blir overlatt til seg selv og familien for tidlig ved tidlig utskrivning, og hvis kvinnen ikke har god sosial støtte hjemmefra kan det oppstå problemer, og det er en andel kvinner som overlates til seg selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Mange kvinner opplevde en overveldende følelse av å ikke vite hva de skulle gjøre de første dagene etter at de forlot sykehuset, fant Marshall et al. (2007). Vi vet ikke hvordan informantene i denne studien ville opplevd amming om de hadde hatt lenger barselopphold, men det er nærliggende å anta at det eksempelvis kunne lettet usikkerheten mange oppga at de følte relatert til amming, ved at de ved et lengre opphold ville hatt tilgang til døgnbemannet helsepersonell ved eventuelle spørsmål. Eberhard-Gran et al. (2010) sier i tråd med dette at studier om assosiasjoner mellom barselomsorg og mental helse hos mor er begrenset og viser inkonsistente resultater, og mer kunnskap behøves derfor. Dette kunne derfor vært interessant å undersøke nærmere i eventuelle senere studier.

## Oppsummering

Materialet baserer seg på en kvalitativ analyse av 11 tredveårige førstegangsfødendes opplevelser av problemer tilknyttet amming, og viser at disse lar seg kategorisere under fire temaer; vanskelighetsgrad, ammepress, tidsbruk og forventninger. Studien viser videre hvorledes det føles å streve med amming i Norge hvor ammestatistikken er så høy. Dette var tydeliggjort gjennom eksempelvis dårlig samvittighet blant annet grunnet utilstrekkelig melk, følelsen av ”verdens undergang,” ved tanken på å ikke amme sitt barn, følelsen av utilstrekkelighet og avmakt i møte med

ammevansker, og en iherdig insistering på å lykkes med amming, ofte på bekostning av eget velvære.

Den foreliggende studien illustrerer hvorledes førstegangs fødende møter et press om å amme fra helseinstitusjoner og helsepersonell, og hvordan dette samt problemer med ammingen kan affisere følelser og påvirke hverdagen. Dette igjen belyser behov for førstegangs fødende som ikke blir møtt, og sentralt her er viktigheten av individuell støtte, versus en rett løsning for alle. Et realistisk og nyansert syn på amming og morsmelkens egenskaper synes hensiktsmessig, hvor flere sider av forskning på morsmelkens egenskaper kan bli belyst i ammeinformasjon. Dette kan tenkes dempe opplevd ammepress. Samtidig som man fremmer og anerkjenner det positive ved amming, bør man også avdramatisere konsekvensene av å ikke amme, slik at ikke kvinner som strever med amming opplever at det å ikke klare å amme vil være ”verdens undergang.” Og i dette angående; separere amming fra moral og en ”god” mor. Helsepersonell har en sentral oppgave her.

Utvalget i den foreliggende studien er etablert gjennom selv-seleksjon blant voksne førstegangs fødende og er således ikke representativt for annet enn en bestemt aldersgruppe (30-årige) og et bestemt utdannelsesnivå (universitet og høyskole).

## Referanseliste

- Aas, E. & Arnesen, S. (2010, 5. januar). Amming har ingen helseeffekt. [Online]. *Nrk.no*. Hentet 16. juni 2010 fra: Nrk.no's webside.
- Alquist, R. (2007). Ammeveiledning i praksisfeltet. [Online]. *Tidsskrift for jordmødre*. 1 januar, 2007. Hentet 5. juli, 2010 fra: Tidsskrift for jordmødre's webside.
- Andrews, T.M. & Johansen, H.M. (2007, 23. juli). Den naturligste ting? Kronikk. [Online]. *Aftenposten*. Hentet 9. juni 2010 fra: Aftenposten's webside.
- Aronson, E., Akert, R.M. & Wilson, T.D. (2007). *Social Psychology*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Brand, J.A. (2006) *A Mother's Touch: Surviving Mother-Daughter Sexual Abuse*. Trafford.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Bærug, A. (2007, 25. august). Presset om å amme. Kronikk. [Online] *Aftenposten*. Hentet 16. juni 2010 fra: Aftenposten's webside.
- Bærug, Anne og Henriette Øien (2011, 31. oktober). Morsmelk alene er nok. [Online]. *Aftenposten*. Hentet 31. oktober 2011 fra: Aftenposten's webside.
- Carlsen, S.M. (2010, 20. januar). Forskere i ammetåke. [Online]. *Aftenposten*. Hentet 9. Juni 2010 fra: Aftenposten's webside.



- Christopher, G.C. (2009). First Food: The Essential Role of Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 4(1), 9-10.
- Crossley, M. (2009). Breastfeeding as a Moral Imperative: An Autoethnographic Study. *Feminism Psychology*, 19(1), 71-87.
- Dalzell, J., Knight, S. & Charnock- Greene, A. (2006). *The Experience of Breastfeeding: Exploring a Model of Peer Support*. Scotland: The Queen's Institute Scotland.
- Dennis, C.L. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96(4), 590-594.
- Dennis, C.L. & Creedy, D. (2007). *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression*. (CD001134). Toronto: Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Dennis, C-L. & Ross, L. (2005). Relationships Among Infant Sleep Patterns, Maternal Fatigue, and Development of Depressive Symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193.
- Eberhard-Gran, M., Bergsjø, P., Eskild, A., Heiberg, E. & Nordhagen, R. (2003) Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 24, 18 desember.
- Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., Garthus-Niegel, K. & Eskild, A. (2010). Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective. *Archives of Womens Mental Health*, 13(6), 459-466.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ellingsæter, A.L. (2010). Feminist policies and feminist conflicts: daddy's care or mother's milk? I: Scott, J., Crompton, R. & Lyonette, C., *Gender inequalities in*

- the 21<sup>st</sup> century. New Barriers and Continuing Constraints.* (s. 257-274). UK: Edward Elgar Publishing.
- Evenhouse, E. & Reilly, S. (2005). Improved Estimates of the Benefits of Breastfeeding Using Sibling Comparisons to Reduce Selection Bias. *Health Services Research*, 40(6), 1781-1802.
- Fangen (2010). Kvalitativ metode. *Forskningsetisk bibliotek*. Hentet 3. oktober 2011 fra: <http://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=1301&epslanguage=no>
- Field, T. (2009). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Relf, M., Figueiredo, B., Ezell, S. & Siblalingappa, V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding versus bottlefeeding interactions: Brief report. *Infant Behavior and Development*, 33(2), 241-244.
- Flaskeposten ("Udatert"). *Vanlige spørsmål om flaskemating*. Hentet 18. juni 2010 fra: Flaskeposten's webside: [http://flaskeposten.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=48&Itemid=1](http://flaskeposten.org/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=1)
- Godfrey, J.R & Meyers, D. (2009). Toward Optimal Health: Maternal Benefits of Breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 18(9), 1307-1310.
- Greve, T. (2007). Morsmelkens fordeler og ammingens utfordringer. [Online]. *Tidsskrift for jordmødre*. 1. januar, 2007. Hentet 9. juni, 2010 fra: Tidsskrift for jordmødre's webside.

- Haga, S.M. (Innlevert august 2011). *Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation*. Doktorgradsavhandling i psykologi. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). *Innspill fra Nasjonalt kompetansesenter for amming*, Oslo: Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF.
- Hauck, Y.L. & Irurita, V.F. (2002). Constructing Compatibility: Managing Breast-Feeding and Weaning from the Mother's Perspective. *Qualitative Health Research*, 12(7), 897-914.
- Hausman, B.L. (2004). The Feminist Politics of Breastfeeding. *Australian Feminist Studies*, 19(45), 274-285.
- Hausman, B.L. (2009). Motherhood and Inequality: A Commentary on Hanna Rosin's "The Case Against Breastfeeding." *Journal of Human Lactation*, 25(3), 266-268.
- Häggkvist, A.P., Brantsæter, A.L., Grjibovski, A.M., Helsing, E., Meltzer, H.M. og Haugen, M. (2010). Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2076-2086.
- Heinig, J. (2007a). Are There Risks to Using Risk-Based Messages to Promote Breastfeeding? *Journal of Human Lactation*, 25(7), 7-8.
- Heinig, J. (2007b). The Burden of proof: A Commentary on "Is Breast Really Best: Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign." *Journal of Human Lactation*, 23(4), 374-376.
- Helsedirektoratet (2011). *Morsmelk er den beste næringen for spedbarn*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Kvinnens helse i Norge*. (NOU 1999:13). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Henderson, J.J, Evans, S.F., Straton, J.A.Y., Priest, S.R. & Hagan, R. (2003). Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth*, 30(3), 175-180.

Henriksen, Christine og Rut Anne Thomassen.(2011, 25. oktober). Variasjon viktigere enn amming. [Online]. *Aftenposten*. Hentet 25. oktober, 2011 fra: Aftenposten's webside.

Hernæs, N. (2010, 6. januar). Avlyser ikke ammingen. [Online]. *Sykepleien.no*. Hentet 17. juni 2010 fra: Sykepleien.no's webside.

Hoddinot, P. & Pill, R. (1999). Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ*, 318, 30-34.

Holm, M. (2010, 21. januar). Amming eller morsmelkerstatning. [Online]. *Helsenett.no*. Hentet 17. juni 2010 fra: Helsenett.no's webside.

Horta, B.L., Bahl, R., Martines, J.C. & Victora, C.G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses*. Geneve, Sveits: World Health Organization.

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. & Lau, J. (2007). *Breastfeeding and Maternal Health and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. (Evidence Reports/ Technology Assessments, No. 153, Report No.: 07-E007). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- Johansen, A.M.W. (2001a, 1. januar). Om ammeproblemer og flaskemating. [Online]. *Tidsskrift for jordmødre*. 1 januar, 2001. Hentet 5. juni 2010 fra: Tidsskrift for jordmødre's webside.
- Johansen, A.M.W. (2001b). *Terskelen for å informere om MME må gjøres lavere*. Hentet 18. juni 2010 fra Flaskeposten's webside:  
[http://flaskeposten.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=63&Itemid=63](http://flaskeposten.org/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=63)
- Kendall-Tackett, K. (2007). A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal*, 2(6), 1-14.
- Kendall-Tackett, Kathleen. (2010). Nighttime Breastfeeding and Depression. *Texas Tech University Health Sciences Center*. Hentet 18. Oktober 2011 fra:  
[www.infantrisk.com/content/nighttime-breastfeeding-and-depression](http://www.infantrisk.com/content/nighttime-breastfeeding-and-depression)
- Klepp, K-I. (1997). Når tall ikke strekker til. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 117, 639-40.
- Kramer, M.S., Matush, L., Vanilovich, I., Platt, R.W., Bogdanovich, N., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shishko, G., Collet, J-P., Martin, R.M., Smith, G.D., Gillman, M.W., Chalmers, B., Hodnett, E. & Shapiro, S. (2008a). A Randomized Breastfeeding Promotion Intervention Did Not Reduce Child Obesity in Belarus. *The Journal of Nutrition*, 139(2), 1-5.
- Kramer, M.S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R.W., Matush, L., Igumnov, S., Fombonne, E., Bogdanovich, N., Ducruet, T., Collet, J-P., Chalmers, B., Hodnett, E., Davidovsky, S., Skugarevsky, O., Trofimovich, O., Kozlova, L. & Shapiro, S. (2008b). Breastfeeding and Child Cognitive Development. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 578-584.

- Kramer, M.S., Fombonne, E., Igumnov, S., Vanilovich, I., Matush, L., Mironova, E., Bogdanovich, N., Tremblay, R.E., Chalmers, B., Zhang, X. & Platt, R.W. (2008c). Effects of Prolonged and Exclusive Breastfeeding on Child Behavior and Maternal Adjustment: Evidence From a Large, Randomized Trial. *Pediatrics*, 121(3), 435-440.
- Kvale, S. (2006). *Interviews: An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Lande, B. (2003). *Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Lee, E. (2007). Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1075-1090.
- Lee, E. & Furedi, F. (2005). *Mothers' experience of, and attitudes to, using infant formula in the early months*. Kent: School of Social Policy, Sociology and Social Research, University of Kent.
- Madsen, S.A. ("Udatert"). *Amning er ikke afgørende for god mor-barn-relation*. Hentet 18. juni 2010 fra Flaskeposten's webside:  
[http://www.flaskeposten.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=36&Itemid=](http://www.flaskeposten.org/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=)
- Marshall, J.L., Godfrey, M. & Renfrew, M.J. (2007). Being a "good mother:" Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*, 65(10), 2147-2159.
- McNiel, M.E., Labbok, M.H. & Abrahams, S.W. (2010). What are the Risks Associated with Formula Feeding? A Re-Analysis and Review. *Birth*, 37(1), 50-58.

- Meyers, D. (2009). Breastfeeding and Health Outcomes. *Breastfeeding Medicine*, 4(1), 13-15.
- Mezzacappa, E.S. & Katkin, E.S. (2002). Breast-Feeding Is Associated With Reduced Perceived Stress and Negative Mood in Mothers. *Health Psychology*, 21(2), 187-193.
- Milgram, S. (2010). *The Individual in a Social World*. New York: Pinter & Martin.
- Misri, S., Sinclair, D.A. & Kuan, A.J. (1997). Breast-Feeding and Postpartum Depression: Is There a Relationship? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(10), 1061-1065.
- Munch, H. ("Udatert"). *Det Spædbarnsvenlige Initiativ- den "ultimate krænkelser."*  
Hentet 6. september 2010 fra: Flaskebarn DK's webside:  
[www.flaskebarn.dk/User\\_files/f66068c1fbc24860a5cec0353eac9ffa.pdf](http://www.flaskebarn.dk/User_files/f66068c1fbc24860a5cec0353eac9ffa.pdf)
- Murphy, E. (1999). "Breast is Best." Infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health & Illness*, 21(2), 187-208.
- Murphy, C. (2009, 17. februar). Breastfed baby risk investigated. [Online]. *BBC News*.  
Hentet 26. august 2010 fra: BBC News' webside.
- Nasjonalt kompetansesenter for amming (2009). *Ammeveiledning*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for amming.
- Nylander (2008). *Amme- ABC*. Oslo: Gyldendal litteratur.
- Olsen, Inger Anne (2011, 28. oktober). Alt for barna. [Online]. *Aftenposten*. Hentet 28. oktober 2011 fra: Aftenposten's webside.

- Rikshospitalet (2010). *Forsker ved NTNU feiltolket forskning om morsmelk*. Hentet 17. juni 2010 fra: Rikshospitalet's webside:  
[http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/hygiene/aktuelt/artikkel?pdf\\_doc](http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/hygiene/aktuelt/artikkel?pdf_doc)
- Rise, S. (2006). *Amning er blevet en religion*. Hentet 6 juni. 2010 fra Flaskebarn DK's webside: <http://d4914378.u82.surftown.dk/about.html>
- Rosin, H. (2009, april). The Case Against Breast-Feeding. [Online]. *The Atlantic Magazine*. Hentet 18. Juni 2010 fra: The Atlantic's webside.
- Rudman, A. & Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Services Research*, 7(178), 1-14.
- Rumbelow, H. (2009, 20. juli). Exposing the myths of breastfeeding. [Online]. *The Times*. Hentet 18. juni 2010 fra: The Times' webside.
- Ryan, K., Bissell, P. & Alexander, J. (2010). Moral work in women's narratives of breastfeeding. *Social Science & Medicine*, 70(6), 951-958.
- Shakespeare, J., Blake, F. & Garcia, J. (2004). Breastfeeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20(3), 251-260.
- Sheehan, A., Schmied, V. & Barclay, L. (2010). Complex decisions: theorizing women's infant feeding decisions in the first 6 weeks after birth. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 371-380.



- Solerød, M. (2007). Viktig å støtte mor ved ammeproblemer. [Online]. *Tidsskrift for jordmødre*. 1 januar, 2007. Hentet 16. juni, 2010 fra: Tidsskrift for jordmødre's webside.
- Stern, D. (1998). Mother's Emotional Needs. *Pediatrics*, 102(5).
- Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L. & Wallington T. (2003). *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program.
- Tamminen, T. (1988). The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. *Acta Pædiatrica Scandinavia*, 344(77), 87-94.
- Tufte, E. (2005). *Norske kvinners ammeproblemer*. Masteroppgave i Public Health. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsvetenskap.
- Tunstad, H. (2010, 6. januar). Amming ikke så sunt som vi tror. [Online]. *Forskning.no*. Hentet 16. juni 2010 fra: Forskning.no's webside.
- Ulvund, S.E. (2010, 25. januar). Stopp amnehysteriet. Artikkel. [Online]. *Vg*. Hentet 16 juni 2010 fra: Vg's webside.
- Unicef (2004). *Global Strategy: Breastfeeding critical for child survival*. New York: Unicef.
- Unicef (2008). *Nutrition – Breastfeeding*. New York: Unicef.
- Unicef (2009). *Nutrition – The Baby-Friendly Hospital Initiative*. New York: Unicef.
- Vik, M. & Midnes, A. (2009). *Flaskemating*. Oslo: Gyldendal fakta.

- Vik, M. (2009a). *Dilemmaer og dårlig samvittighet*. Hentet 18. juni 2010 fra Flaskeposten's webside:  
[http://flaskeposten.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=37&Ite](http://flaskeposten.org/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Ite)
- Vik, M. (2009b). *Flau Flaske*. Hentet 18. juni 2010 fra Flaskeposten's webside:  
[http://flaskeposten.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=58&Ite](http://flaskeposten.org/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Ite)
- Walker, A. (2010). Breast Milk as the Gold Standard for Protective Nutrients. *The Journal of Pediatrics*, 156(2), 3-7.
- World Health Organization (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneve, Sveits: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Frequently Asked Questions*. Geneve, Sveits: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). *The Model Chapter on Infant and Young Child Feeding*. Geneve, Sveits: World Health Organization.
- Wolf, J.B. (2007). Is Breast Really Best? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 32(4), 595-636.
- Woodward, L.J. & Liberty, K.A. (2005). Breastfeeding and Child Psychosocial Development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 27. Mai 2005. Hentet 23. Juli 2010 fra: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/WoodwardLibertyANGxp.pdf>.

Ystrøm E. (2009). *Maternal Negative Affectivity and Child-feeding: Results from the Norwegian Mother and Child Cohort Study*. Doktorgradsavhandling i psykologi. Oslo: Universitetet i Oslo.

Øverby, N.C, Kristiansen, A.L., Andersen, L.F. & Lande, B. (2008). *Spedkost 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo.