

Holdninger og erfaringer med amming blant spedbarnsmødre

En kvalitativ studie

Mari Askestad og Hanna Øien



Prosjektoppgave ved Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Veileder: Per Lagerløv

28.09.2012

Holdninger og erfaringer med amming blant spedbarnsmødre – en kvalitativ studie

© Mari Askestad og Hanna Øien

2012

Holdninger og erfaringer med amming blant spedbarnsmødre – en kvalitativ studie

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Title

“Attitudes and experiences of breastfeeding among mothers of infants – a qualitative study”.

Background

In Norway, the recommendations for duration of breastfeeding follows WHO’s guidelines: an infant should be exclusively breastfed for 6 months, and then gradually be introduced to solid food while still being breastfed until the child is at least one year. Even though most mums in Norway breastfeed their child, it may look like the trend is pointing downwards. As long as not *all* children are being breastfed, it is important to guide all new mothers in the best possible way to maintain and increase the number of breastfeeding mothers. Therefore, it is important to find out more about new mothers’ attitudes and experiences when it comes to breastfeeding.

Method

To learn more about the mothers’ attitudes and experiences with breastfeeding, we chose a qualitative research method with the use of a semi-structured interview. Our goal was to get a new understanding and create a basis for new research. We interviewed 14 new mothers with infants between 2 and 6 months.

Findings and conclusion

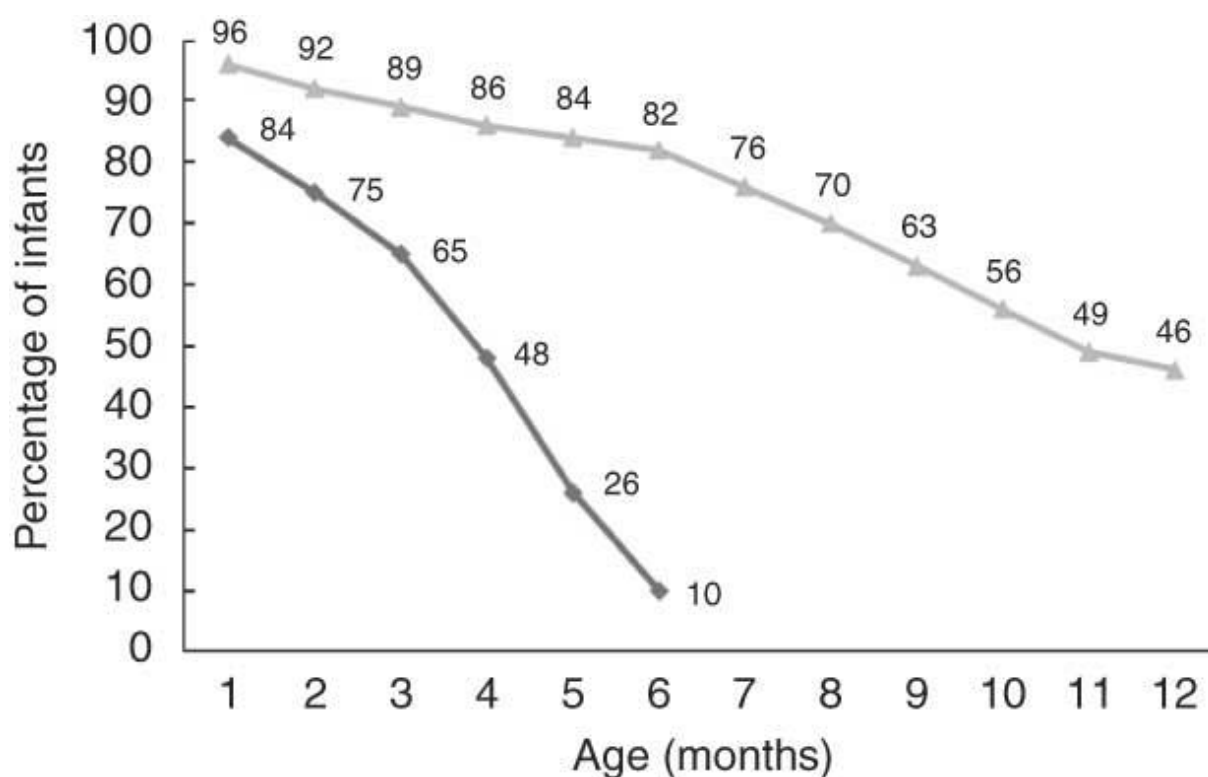
There is a lack of knowledge about the benefits of breastfeeding among new mothers, and great uncertainty about when to introduce solid food. Furthermore, most mothers experience some difficulties with breastfeeding, especially in the beginning. We think it should be communicated clearer to the moms that this is normal. The guidance and the amount of staff at the maternity departments can be somewhat improved to help the women the first few days after delivery. Finally, it is important to capture the women who have difficulties with breastfeeding before they are discharged from the hospital. The hospital staff could maybe inform the health clinic so that a midwife can contact the woman and make sure she gets it right.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	XI
2	Metode.....	1
2.1	Valg av metode.....	1
2.2	Intervjuguide.....	1
2.3	Utvalg av informanter.....	2
2.4	Selve intervjuet.....	3
2.5	Analyse av resultater.....	3
3	Resultater.....	5
3.1	Hva slags mat gir du barnet ditt, og hvorfor?.....	5
3.2	Når tenker du å innføre fast føde?.....	6
3.3	Hva er grunnen til at du ammer eller ikke ammer?.....	7
3.4	Var du forberedt på problemene som oppstod?.....	8
3.5	Hvem kontakter du hvis du har spørsmål eller problemer med amming?.....	9
3.6	Hva slags råd har du fått, og hvilke tiltak har du prøvd når ting ble vanskelig?.....	9
3.7	Hva kunne fått deg til å slutte å amme før du hadde tenkt?.....	10
3.8	Fikk du nok informasjon før fødselen?.....	10
3.9	Har du vært på ammekurs?.....	11
3.10	Hvordan har din erfaring med helsevesenet vært?.....	12
3.11	Miljøet rundt kvinnen.....	13
3.12	Er amming en forpliktelse?.....	15
3.13	Er man en dårlig mor om man ikke ammer?.....	16
3.14	Er det ok å amme i offentligheten?.....	17
3.15	Hva vet du om morsmelk og morsmelkerstatning?.....	18
3.16	Påvirkes kroppen av amming?.....	19
4	Diskusjon.....	21
4.1	Metodediskusjon.....	21
4.2	Resultatdiskusjon.....	24
4.2.1	Hovedfunn og forslag til forbedringer.....	31
	Litteraturliste.....	32
	Vedlegg A: Invitasjon.....	35
	Vedlegg B: Intervjuguide.....	36

1 Innledning

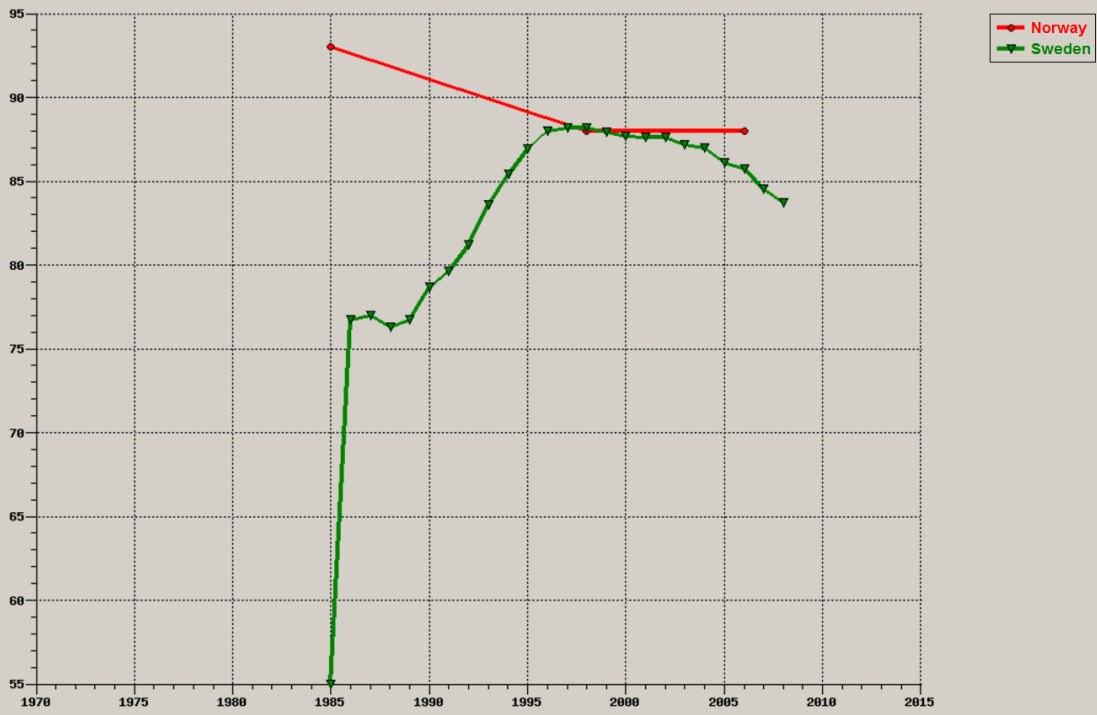
I Norge anbefaler helsemyndighetene at barna fullammes fra fødselen til fylte 6 måneder, og at det deretter gradvis introduseres fast føde i tillegg til morsmelk. De anbefaler at barnet delammes fram til minst ettårsalder. Disse anbefalingene følger WHO's retningslinjer (1). Tall fra en norsk studie fra 2010 viste at 92% av spedbarn blir fullammet ved en ukes alder. Etter en måned var tallet redusert til 84%, ved tre måneder 65%, og ved fire måneder var det 48% som ble fullammet. Ved seks måneder var det kun 10% som fremdeles ble fullammet (2). Se figur.



Exclusive breast-feeding (◆) during the first 6 months of life and breast-feeding (▲) during the first year of life (n 1490)

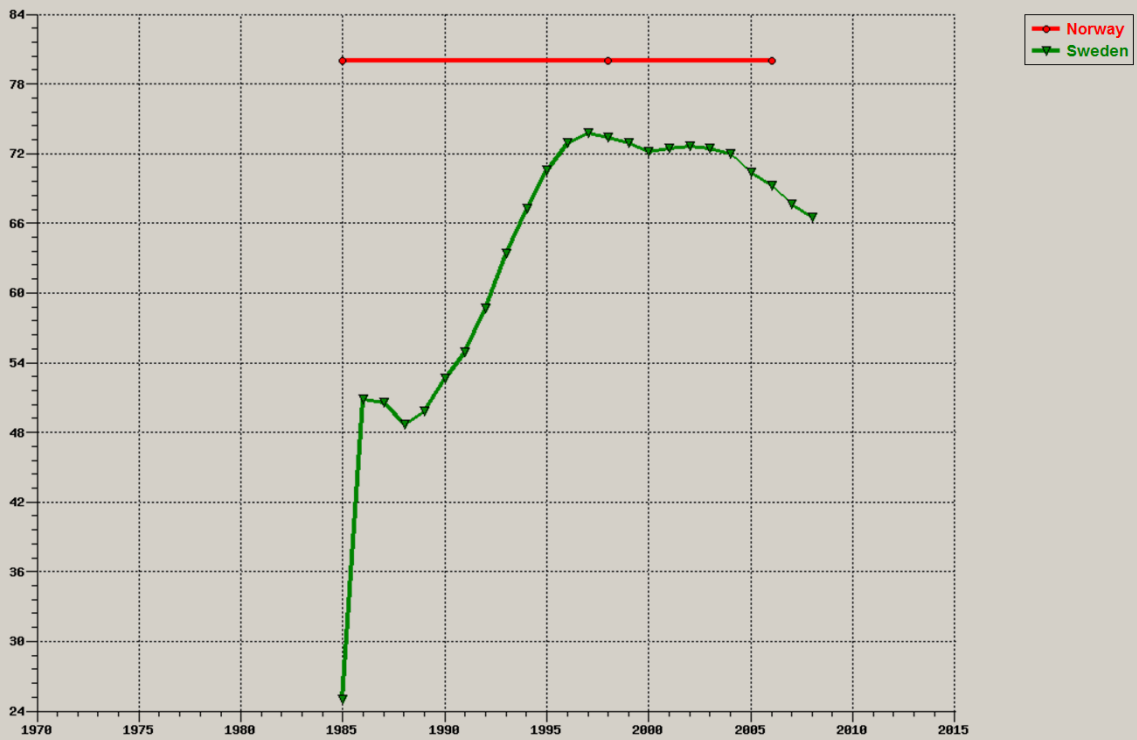
Norge ansees som et land som har lyktes når det gjelder å få mødre til å amme barna sine (3), men det er likevel usikkert om ammehyppigheten er like høy nå som den tidligere har vært, da Norge har få data om dette temaet. Tall fra Sverige viser at ammehyppigheten der er fallende, og det er et land det er naturlig for Norge å sammenligne seg med (4). Se figur.

% of infants breastfed at 3 months of age



Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2012

% of infants breastfed at 6 months of age



Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2012

Arbeidet med å opprettholde og øke antallet som ammer spedbarna sine krever en stor innsats fra jordmødre, helsesøstre og leger på kontinuerlig basis. Det er også viktig å veilede alle mødrene slik at de både lykkes med ammingen og får en god opplevelse og følelse av mestring underveis i ammeforløpet. Derfor er det nyttig å finne ut mer om hvilke oppfatninger og holdninger kvinner i Norge har til amming og morsmelk, både misoppfatninger og kunnskap som stemmer. Ved å kartlegge hvilke temaer det er mangelfulle kunnskaper om eller misforståelser rundt, vil det være lettere å tilpasse veiledningen som gis gravide og spedbarnsmødre slik at de lykkes med å amme. Samtidig vil økt kunnskap om holdninger og erfaringer hos gravide og spedbarnsmødre gjøre helsepersonell bedre i stand til å hjelpe de som ikke får til å amme. Mødre som ikke ammer trenger minst like mye støtte og veiledning i forhold til spedbarnsernæring som de som ammer, og det er like viktig at de får en god mestringsfølelse som omsorgsgivere i spedbarnsperioden.

Så lenge det er slik at ikke *alle* spedbarn fullammes, bør det være en stor motivasjon for helsepersonell å veilede hver enkelt kvinne på en slik måte at hun både ønsker og får til å amme. Det er derfor viktig å kartlegge hvilke områder helsepersonell kan bli flinkere på, slik at veiledningen kan optimaliseres. For helsepersonell er amming et kjent tema, men for hver enkelt kvinne som for første gang får et barn til brystet, er ammingen noe nytt og ukjent, som hun trenger individuell hjelp for å få til. Vi mener derfor at det er et behov for mer forskning på dette feltet slik at ammeveiledningen kan bli best mulig, både før og etter fødsel.

2 Metode

2.1 Valg av metode

Vi har i denne studien valgt å bruke kvalitativ tilnærming i form av semistrukturert intervju for innhenting av data. Det ble brukt en intervjuguide, men med åpenhet for informantens innspill utover våre spørsmål. Det ble naturlig å velge kvalitativ metode siden det er mødrenes holdninger og erfaringer vi ønsker å få frem, og fordi vi ønsker å ta del i forskjellige opplevelser uten å gi bevisste teoretiske føringer. Kvalitative forskningsmetoder søker å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive, ikke predikere (5). Mødres holdninger og erfaringer om amming lar seg ikke belyse ved hjelp av tall og skjemaer, men derimot ved hjelp av samtaler – slik får vi belyst temaet fra mange sider. En slik kvalitativ studie vil få frem nye innfallsvinkler, ny forståelse og nye spørsmål å forske videre på. Det kan også gi grobunn for senere kvantitativ forskning. Målet med oppgaven er å få frem kvinnenes egne forklaringer på hvorfor de ammer, eller avstår fra å amme. «En kvalitativ metode egner seg godt til å studere personlige og sensitive emner. Når forskningsspørsmålene betinger et tillitsforhold mellom forsker og informant kan kvalitative metoder være særlig velegnet» (6). Det siktes ikke mot en beskrivelse av forekomst av de forskjellige holdningene, men heller å identifisere forskjellige overgripende holdninger og synspunkter, en fenomenografisk tilnærming. Vi var opptatt av at intervjuet ikke skulle bli en intervensjon eller en læringssituasjon for kvinnene. Vår oppgave var å få frem hva de i utgangspunktet tenkte, deres impulsive tanker om temaet, og vi stilte ikke ledende spørsmål for å få frem ytterligere kommentarer. Likevel var vi opptatt av å være nysgjerrige og gå i dybden på temaer som kvinnene var opptatt av, for å få frem detaljer.

2.2 Intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg B) ble laget av vår veilder, dr.med Per Lagerløv, og medisinstudent Sara Nausthaug i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet. Spørsmålene ble laget ut fra hva som erfares som ammeproblemer. Den ble i utgangspunktet laget for en tilsvarende studie i Buenos Aires, Argentina, utført av Sara Nausthaug. Intervjuguiden som ble utarbeidet var ganske detaljert. Det var flere grunner til dette, blant annet at den ble laget slik at den skulle være mulig å gjennomføre selv med begrensede

språkkunnskaper og for at det skulle være mulig å bruke tolk. I tillegg var det viktig at metoden skulle være nesten lik i Buenos Aires og i Oslo for en mulig sammenligning av resultatene. Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Intervjuet ble prøvd ut i flere pilotintervjuer, og noen få justeringer ble gjort.

2.3 Utvalg av informanter

Vi intervjuet 14 mødre med barn mellom 2 og 6 måneder som alle var tilknyttet en helsestasjon på Ammerud i Groruddalen i Oslo. Omfanget var planlagt til mellom 10 og 20 intervjuer fordi dette av erfaring ofte er nok for å få en metning i meningsinnholdet. Vi startet i utgangspunktet med å intervju 12 mødre. Det viste seg at blant disse kvinnene var det kun 2 som ikke ammet, og vi ønsket å få med flere mødre som ikke ammet for å få frem flest mulig ulike erfaringer rundt amming. Vi kom i kontakt med flere mødre via jordmoren, og gjennomførte 2 intervjuer til med mødre som hadde hatt problemer med amming. Det totale antallet mødre som er inkludert i studien ble dermed 14.

Vi valgte barn i akkurat denne aldersgruppen helt bevisst, fordi det var viktig for oss at mor hadde fått anledning til å bli kjent med barnet sitt og fått ammeerfaring. I tillegg ønsket vi å intervju dem når de var midt oppi situasjonen, da det er vanskeligere å få god informasjon i etterkant.

Ammerud er et område med en heterogen gruppe mennesker og en høy andel innvandrere. Tall fra statistisk sentralbyrå 1. januar 2012 viser at andelen ikke-vestlige innvandrere i bydel Grorud var 43,6% (7). Her finnes alt fra gamle villaer hvor familier har bodd i generasjoner, nye rekkehusleiligheter hvor mennesker som ønsker nærhet til både marka og byen flytter til for å starte en familie, til kommunale leiligheter for mennesker som trenger hjelp til å komme inn på boligmarkedet.

Vi hadde vår egen jordmor som kontaktperson på helsestasjonen. Hun ordnet med liste over mødre med barn i aktuell aldersgruppe som vi kunne kontakte. Alle disse hadde blitt invitert til ammekurs før fødsel. Vi ringte så og rekrutterte mødre fra denne listen. Vi presenterte oss som medisinstudenter, og spurte om de kunne tenke seg å være med på en samtale. Kun en person takket nei til å delta, ellers var alle vi snakket med interesserte i å være med.

2.4 Selve intervjuet

Intervjuene ble utført på Grorud helsestasjon hvor vi fikk låne et eget rom. Vi valgte å gjennomføre samtaler på helsestasjonen i kjente omgivelser, og hvor jordmor var lett tilgjengelig for samtaler med mor hvis det under intervjuet kom frem spesielle behov eller vansker. Intervjuene ble utført av medisinstudentene Hanna Øien og Mari Askestad. Hver samtale varte fra 30 til 60 minutter og ble tatt opp på bånd.

Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om formålet med studien, gjennomføring, retten til å trekke seg underveis, bruk av lydopptaket, anonymisering av data og sletting av lydopptak i etterkant. Lydopptakeren lå synlig på bordet, og vi forklarte hensikten med å bruke den med at det da var lettere for oss å bruke materialet i ettertid og få korrekte sitater. Opptakeren ble startet etter at vi hadde hilst på mor og barn.

I utgangspunktet er vi positive til amming, vi har lært at det er det beste for både mor og barn. I en intervjusituasjon er det likevel viktig å forholde seg nøytral, og dette var vi svært opptatt av i intervjusituasjonen. Derfor var det veldig viktig for oss at mor var avslappet og komfortabel for at vi skulle få ut den nødvendige informasjonen, rett og slett få henne til å åpne seg. Derfor brukte vi god tid i forkant av intervjuet, før vi slo på båndopptakeren. Vi koste litt med babyen, og snakket litt om løst og fast. Vi serverte te og vann, og passet på at mor og barn hadde det bra før vi startet samtalen.

2.5 Analyse av resultater

Lydopptakene ble lagt inn på PC. Videre ble intervjuene overført til tekstform, transkribert, og dataene ble anonymisert. Opptaket ble skrevet av ordrett, men vi skrev ikke inn prosodier. Vi la stor vekt på å skille hva som var mødrenes utsagn, og hva som var våre spørsmål og kommentarer så dette kom tydelig frem i det transkriberte materiale. Vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde gjort, og så kontrollerte den andre forskeren etterpå, ved å høre gjennom intervjuet og lese igjennom transkripsjonen. Etter transkripsjon og etterprøving, ble lydopptakene slettet. Deretter satt vi sammen og analyserte dataene ved hjelp av kondensering – altså å lage et sammendrag av intervjuene for å få frem det essensielle. I kondenseringsarbeidet valgte vi å dele intervjuene inn i kategorier for å systematisere og gjøre arbeidet med analyse lettere (koding). Arbeidet med dette følger retningslinjene til Kirsti Malterud i boken *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (5). For å systematisere analysen

valgte vi å oppsummere de transkriberte intervjuene for hver deltaker i en tabell som angitt i eksempelet nedenfor. Hensikten var å kunne identifisere overordnede domener for synspunkter. I denne prosessen forlot man ikke transkripsjonene, men sjekket regelmessig at oppsummeringene samsvarte med det nedtegnede intervjuet.

MOR: 3			
TEMA	OPPSUMMERING	STIKKORD	UTDRAG
<u>Om mor og barn</u> Alder mor Alder barn Sosialt	Mor: 29 Barn: 3,5 mnd Bor med barnefar, ingen flere barn		
<u>Amming</u> Erfaring Ble mor selv ammet? Ammer du nå? Hva annet får barnet? Når innføre fast føde?	Nei Ja, i 1 år Ammer nå, får kun morsmelk Lyst til å fullamme til 6 mnd, men har hørt at smaksløkene er tilgjengelig for nye smaker mellom 4 og 6 måneder så usikker.		«Jeg har egentlig lyst til å fullamme til 6 mnd, det er koselig og lettvint og jeg føler at det knytter meg til henne, men de sier at smaksløkene er tilgjengelig for ting mellom 4 og 6 mnd så det kan hende vi starter da»
<u>Motivasjon</u> Årsaker til å amme/ikke amme	Beste næring for barnet Enkelt, har med maten overalt Tilknytning, en fin stund		«Når man har mulighet til å gi det mest optimale, gjør man jo det»

Etter å ha laget kondensater, startet vi å skrive selve resultatdelen, hvor vi da brukte materiale fra kondensatene.

3 Resultater

Vi intervjuet totalt 14 mødre i alderen 21 til 42 år. En mor hadde ett barn fra før, ellers var alle førstegangsfødende. Barna var fra 2 til 6 måneder da intervjuene ble gjort. Alle kvinnene bortsett fra en bodde sammen med barnefaren. Kvinnen som ikke bodde sammen med barnefaren, beskrev likevel forholdet til ham som nært og godt. Alle kvinnene var norske, bortsett fra en. Hun var opprinnelig fra Afghanistan.

3.1 Hva slags mat gir du barnet ditt, og hvorfor?

Det første temaet vi intervjuet mødrene om, var om de ammet barnet sitt eller ikke, og hva de eventuelt ga om de ikke ammet.

Av de 14 kvinnene vi intervjuet, var det på intervjutidspunktet 7 kvinner som fullammet, 4 kvinner som gav morsmelkserstatning, grøt eller grønnsaksmos i tillegg til brystmelk, og 3 stykker som ikke ammet i det hele tatt.

De tre kvinnene som ikke ammet i det hele tatt, hadde både ønsket å amme, og prøvd å få det til. En av dem ble alvorlig syk rett etter fødselen, og kom derfor aldri i gang med ammingen. Barnet fikk morsmelkserstatning mens mor var syk, og de fortsatte med det etterpå. Den andre kvinnen ammet i noen dager, og følte at alt var greit, men barnet la ikke på seg nok. Da begynte de å gi erstatning i tillegg. Hun hadde også såre brystvorter, og det ble til at de ga opp å amme ved ca 2 måneders alder. Den tredje kvinnen hadde også problemer med at barnet ikke la på seg, og startet med morsmelkserstatning i tillegg. Etter 3 måneder ble det bare morsmelkserstatning.

“Jeg prøvde jo bare å gjøre det som var det beste for babyen, og synes det er trist at jeg ikke ammer nå”.

Blant de fire kvinnene som ammet delvis, ble det nevnt ulike årsaker til at barna ikke ble fullammet. To av mødrene mente at det var veldig viktig at de fikk komme seg ut, for eksempel for å dra og trene eller være sammen med venninner. Far gav derfor flaske med erstatning noen dager i uka. Disse kvinnene var opptatt av at livet ikke skulle endre seg fordi de fikk barn. De ønsket å beholde det livet de var vant til fra tidligere, og mente også at siden de hadde båret barnet i 9 måneder med alle de plager det medførte, var det nå mannens tur til å stille opp så de fikk gjøre andre ting.

“Vi kjørte på med flaske for at hun skulle venne seg til Nan allerede første uka”.

En annen startet med å innføre fast føde ved 4 måneder. Hun hadde hørt at det var lurt fordi barnets smaksløker da er mer mottakelig for ulike smaker. Den siste beskrev at hun ikke hadde nok melk, og at barnet fortsatt var sultent etter amming. Hun ammet derfor først, og ga erstatning etterpå.

3.2 Når tenker du å innføre fast føde?

På dette spørsmålet var det stor usikkerhet blant mødrene. De aller fleste hadde hørt at man kunne starte med fast føde ved ca 4 måneder fordi smaksløkene da fikk utvikle seg best, og at barnet ble mindre utsatt for allergi om man startet da. I tillegg hadde noen hørt at barna sov bedre om natta om de fikk fast føde. Vi spurte hvor de hadde fått denne informasjonen fra, og da var det flere som nevnte avisartikler, ulike debattfora på internett og diskusjon i barselgruppe og blant venninnene. Mange hadde også oppsøkt helsestasjonen for å forhøre seg om de kunne starte ved fire måneder. Da hadde noen fått til svar at de godt kunne prøve å innføre fast føde forsiktig fra fire måneder, mens noen hadde blitt anbefalt å vente til 6 måneder. Det var tydelig at dette var et tema som både engasjerte og frustrerte. De ønsket å gjøre det som var best for barnet sitt, men fikk sprikende informasjon.

“Jeg har egentlig lyst til å fullamme til 6 måneder, da det er koselig og lettvint, og ikke minst at jeg føler at det knytter meg til henne, men de sier at smaksløkene er tilgjengelig for ting mellom 4 og 6 måneder, så da kan det hende at vi begynner før det”.

En mor var svært opptatt av når hun skulle starte med fast føde fordi det var mye astma og allergi i familien. Hun brukte svært mye tid på å søke opp informasjon i ulike medisinske artikler. Hun beskrev godt den frustrasjonen mange har rundt å tørre å bestemme selv når selv forskningsmiljøet ikke klarer å bli enige. Ut i fra informasjonen hun fant, konkluderte hun med at det var best å starte ved 4 måneder.

Noen ønsket å amme til 6 måneder fordi de hadde hørt at det var best, men fremhevet at om barnet sov dårlig om natten, ville de starte med fast føde tidligere. En fremhevet at hun ønsket å amme lengst mulig fordi det var allergi i familien.

3.3 Hva er grunnen til at du ammer eller ikke ammer?

Alle kvinnene, også de som ikke ammet, mente at det å amme var det beste for barnet. Å amme har blitt gjort til alle tider, det er den mest naturlige måten å gi barnet sitt mat på, og det er gratis. I tillegg ble det fremhevet at morsmelk er svært sunt for barnet. Den inneholder stoffer som beskytter mot sykdommer og det forebygger allergi og astma.

“Når man har mulighet til å gi det mest optimale, så vil man jo det”.

Mange fremhevet at amming var lettvin og praktisk. Man har alltid maten med seg, og man er trygg på at barnet får i seg det det trenger. De var også opptatt av at å amme barnet, var en kosestund hvor man var svært nær barnet sitt. Man knyttet tette bånd, noe som var viktig for barnets emosjonelle og sosiale utvikling.

Andre argumenter som kom frem, var at brystmelk er det beste barnet vet, og at "det bare er sånn”.

“Det er liksom bare sånn en skal gjøre i Norge. Så det er på en måte ikke et valg, det er bare sånn”.

De aller fleste som ikke ammet eller som ga tillegg, fremhevet at de ikke hadde nok brystmelk, slik at barnet ikke ble mett og ikke la på seg nok. Mange brukte uttrykket «å miste melka» eller «hadde ikke nok melk» som en forklaring på hvorfor de brukte morsmelkserstatning. De fleste hadde forsøkt tiltak som å drikke mer væske, legge til oftere og bruke pumpe i tillegg. Noen gikk ganske raskt over til morsmelkserstatning da de ble bekymret for at barnet ikke fikk i seg nok. Noen fortalte at de ikke ammet fordi de hadde problemer med såre og smertefulle brystvorter. Ofte var det en kombinasjon av såre brystvorter og «lite melk» som gjorde at man sluttet å amme før man ønsket. Da man fikk beskjed på helsestasjonen om at barnet ikke la på seg nok, eller selv var bekymret for at barnet ikke spiste nok, startet man å gi litt erstatning, da følte man at melkeproduksjonen gikk ned. Da man samtidig hadde såre brystvorter, ble det etter hvert til at man sluttet med ammingen.

“Han var ikke fornøyd og ble ikke mett. Jeg tenker at det er bedre å ha et flaskebarn som har det bra og går opp i vekt, og en uthvilt mor som ikke er frustrert hele tiden”.

Generelt hadde de aller fleste hatt noen problemer i oppstartsfasen. Problemene hadde vært de samme både hos de som ammet og hos de som hadde sluttet. Graden av vanskeligheter hadde vært størst hos de som hadde sluttet. For eksempel hadde de aller fleste hatt såre og vonde brystvorter, men det hadde raskt gått seg til hos de som fortsatte å amme.

“Jeg pumpet meg til blodet sprutet”.

“Det var så sårt at jeg nesten måtte gi opp, det var skikkelig ekkelt, det var så sårt at det kom blod ut av munnen til babyen når jeg ammet”.

“Før grudde jeg meg til hver amming, det gjør jeg ikke lengre”.

3.4 Var du forberedt på problemene som oppstod?

I all hovedsak var ikke mødrene forberedt på at det kunne være vanskelig å amme. Noen hadde hørt om at andre hadde hatt problemer, men relaterte det likevel ikke til seg selv, og regnet med å få det til. Mange beskrev at det var lett å tenke at det var noe som rammet andre, og ikke en selv. De hadde stor tro på at det ville gå bra med dem. Derfor ble det av flere beskrevet som et stort sjokk når ammingen bød på problemer.

“Jeg hadde hørt om folk som sleit med det, men jeg hadde ikke tenkt så mye på det selv egentlig. Det ble et sjokk. Det ser ut som at det er ganske enkelt og at det ikke er så mye strev. Det var mye mer jobb enn det jeg trodde. Du blir jo veldig lei deg og frustrert for du har jo lyst til å amme. Det var ganske viktig for meg da jeg gikk gravid også, men når du ser at han ikke har det bra, så blir du jo stresset selv, og det er jo ikke bra det heller når du skal amme”.

Mødrene som ikke hadde hatt kontakt med andre som ammet, hadde ikke på forhånd tenkt over at amming kunne være problematisk. En kvinne trodde at det var slik at alle som fikk barn, klarte å amme barnet sitt.

“Jeg trodde at alle som fikk unger hadde melk. For meg føltes det som et nederlag at jeg ikke kunne gi ham nok melk, og at jeg har måttet lage mat til ham. Det har kommet noen tårer, jeg har tenkt: “Herregud jeg er mora hans, men kan ikke gi ham mat!” Jeg trodde ikke at man kunne få sånne følelser”.

Kun en kvinne var bevisst på at amming kunne være vanskelig og smertefullt. Hun hadde bestemt seg for å prøve så godt hun kunne, og ikke ta det som et nederlag om det ikke skulle gå.

3.5 Hvem kontakter du hvis du har spørsmål eller problemer med amming?

Her var gruppa samstemt. Alle ville valgt å kontakte helsestasjonen først hvis de fikk problemer eller hadde spørsmål rundt ammingen. Flere av kvinnene hadde opplevd å få god hjelp på helsestasjonen, og følte seg godt mottatt og ivaretatt. De beskrev at det var en stor trygghet i å ha et sted å henvende seg hvor de visste at de alltid kunne få hjelp, og hvor de ble tatt på alvor og kunne spørre om hva som helst. Flere nevnte at de hadde vært på ammekurs på helsestasjonen, og at det derfor ble naturlig å henvende seg der først.

“Jeg synes helsestasjonen her er veldig bra, de er alltid veldig hyggelige når vi kommer, og de kan svare på alt”.

«Helsestasjonen har rett og slett vært en reddende engel».

Det er egentlig slik at man skal henvende seg til sykehuset man har født barnet på ved spørsmål de to første ukene etter fødselen. Flere nevnte at det var vanskelig å oppnå kontakt eller at de ikke følte at det var noe hyggelig å ringe dit. En nevnte at hun ikke følte at hun fikk noe god ammehjelp mens hun var på sykehuset. Da ble det lite fristende å ringe dit senere.

“Jeg kontaktet først sykehuset, siden de har ansvaret de to første ukene, men vi fikk aldri noen svar på når vi kunne komme eller hvor vi kunne henvende oss. Da ringte vi helsestasjonen, og da var de veldig greie, de sa at vi bare måtte komme med en gang. Vi var her flere ganger, og de kom hjem til oss”.

Selv om de aller fleste ville gått til helsestasjonen først, nevnte de at de også aktivt søkte informasjon andre steder. Noen valgte å bruke internett, for eksempel www.google.no eller www.babyverden.no da de lurte på noe. Mange beskrev også at de fikk støtte og gode råd fra moren sin eller søstre og venninner. Da det virkelig var problemer eller ting de trengte å få svar på, var helsestasjonen et klart førstevalg.

3.6 Hva slags råd har du fått, og hvilke tiltak har du prøvd når ting ble vanskelig?

Når det gjalt tiltak for å øke produksjonen av melk, hadde kvinnene blitt anbefalt å amme hyppigere, eventuelt pumpe seg i tillegg og amme om natten. Det var mange som nevnte at det var viktig at kvinnen drakk nok væske. Det var flere som hadde fått råd om å involvere

partneren sin i dette. Han kunne for eksempel hente drikke, legge barnet til brystet, og hjelpe til med annet som kunne avlaste mor slik at hun orket å amme ofte.

Mange fikk også hjelp med ammeteknikk. Ofte hadde de da kommet på helsestasjonen, og blitt bedt om å vise hvordan de pleide å amme barnet sitt. Så hadde jordmor kommet med konkrete råd for å forbedre teknikken, blant annet for å skåne ryggen, sørge for optimal sugeteknikk og unngå såre brystvorter. Dette ble beskrevet som svært vellykket, da det ofte var konkrete råd de tidligere hadde savnet.

De kvinnene som slet med såre brystvorter, hadde fått mange forskjellige råd. Mange hadde blitt anbefalt å smøre ulike salver eller brystmelk på brystvortene, la brystvortene lufttørke etter amming og eventuelt bruke brystskjold. Det var også noen som nevnte at man burde bruke ammeinnlegg av ull, ikke av syntetisk materiale.

3.7 Hva kunne fått deg til å slutte å amme før du hadde tenkt?

De fleste som ammet, trodde ikke det var noe som kunne fått dem til å slutte før tiden. Hvis de likevel sluttet kunne årsakene være: brystbetennelse, hvis mor mistet melken, at barnet virket sultent eller at barnet var mye våkent om natten. En nevnte at hun ville sluttet om barnet fikk tenner tidlig.

“Hvis hun får tenner og biter sånn at det gjør sinnsykt vondt”.

“Nei, ikke nå. Nå er det bare koselig. Så lenge hun fortsatt vil ha puppen og så lenge jeg ikke blir syk eller noe sånt skjer, så vil jeg amme så lenge som mulig”.

3.8 Fikk du nok informasjon før fødselen?

Vi spurte om hva slags informasjon de hadde fått før fødselen, og om de opplevde denne informasjonen som tilstrekkelig.

Nesten alle snakket om at de hadde fått noe informasjon i forkant, enten i form av brosjyrer, samtale med jordmor eller ammekurs, men at de syntes det var vanskelig å forstå hva det egentlig dreide seg om og å «ta det til seg». De fleste tenkte at de fikk ta det etter fødselen, fordi de likevel ville glemme informasjonen. I tillegg hadde de fleste sett for seg at det skulle

gå ganske greit å komme i gang med ammingen. Det skulle ikke være noe problem. Det ville komme i gang naturlig etter fødselen. Ingen mente at de fikk *for mye* informasjon i forkant, men de fleste savnet en «repetisjon». De ønsket mer informasjon og oppfølging i etterkant, da alle spørsmålene kom og informasjon virkelig var aktuelt.

«Jeg bladde gjennom heftet flere ganger, men du husker det ikke. Du klarer ikke å ta det inn før du er i situasjonen».

Flere fremhevet at de skulle ønske at de hadde fått informasjon i forkant om hvor vanskelig det kunne være å amme, særlig om hvor vondt det kunne gjøre. De som hadde gått på kurs, hadde fått med seg at det kunne være vanskelig og vondt. Generelt var disse litt mer fornøyde. De følte det hadde gått greiere, og de følte seg mer forberedt på at det kunne være vanskelig.

«Det hadde vært fint å være litt forberedt på at det kunne gjøre veldig vondt. Det kom som et sjokk».

«Kan ikke huske at noen sa at det kom til å gjøre vondt, og at amming er noe man må jobbe med, det går ikke av seg selv».

3.9 Har du vært på ammekurs?

8 av 14 kvinner deltok på ammekurs. Alle hadde fått tilbudet, men av ulike grunner hadde noen bare hatt en samtale med jordmor i stedet. De som deltok på ammekurs, var generelt veldig fornøyde, og beskrev at de syntes det var fint å få informasjon og møte andre i samme situasjon. Likevel sa de fleste at de var usikre på utbyttet av kurset, da de ikke visste hvor mottakelige de var for denne informasjonen før fødselen.

Samtidig sa mange at de hadde taklet problemer som hadde oppstått bedre fordi de hadde vært på kurs. De hadde fått med seg at det kunne være vanskelig å amme, noe som var nyttig informasjon i seg selv. I tillegg sa flere at det å være på kurs gjorde at de visste hvor de skulle henvende seg etter fødsel hvis de hadde spørsmål rundt amming. Terskelen var lav for å ta denne kontakten.

«Jeg tenkte i utgangspunktet at det ville gå av seg selv, men siden de lager kurs, så må det være noen som har problemer med det, og kanskje det kan være noe å hente der».

«Uten kurset ville det vært høyere terskel for å ringe».

«Noe har jeg nok tatt med meg, bevisst eller ubevisst, men det var ikke sånn at jeg tenkte: hva var det vi lærte på ammekurset? Sånn som jeg sleit. Det var det ikke».

«Da var du litt mer obs på at det kunne være problemer. Hvis jeg ikke hadde vært på det ammekurset, hadde jeg kanskje fått sjokk».

3.10 Hvordan har din erfaring med helsevesenet vært?

Vi ønsket å vite litt om hvordan kvinnenes egne erfaringer med helsevesenet hadde vært. Her kom mange forskjellige momenter frem.

Det viktigste momentet som gikk igjen hos de fleste, var at det var problematisk at alle jordmødre og barnepleiere på barselhotell og barselavdeling ga forskjellige råd angående ammeteknikk. I stedet for å lære seg en måte ordentlig, opplevde mange at de fikk nye råd hver gang det kom inn et nytt menneske. I tillegg ble det man tidligere hadde lært, avfeid som feil eller dumt slik at man følte seg svært usikker. Mange beskrev stor frustrasjon i forhold til dette.

«Det som var litt vanskelig, var at alle sa forskjellig av de som skulle komme og hjelpe på hotellet. Ligg sånn, ligg sånn, så fikk man jo bare prøvd det en gang før den neste kom inn og sa noe annet».

Mange følte at de som jobbet på barselavdeling eller hotellet hadde alt for mye å gjøre og alt for liten tid til å svare på spørsmål. De følte at de måtte mase for å få hjelp. De følte at de var til bry, og at veiledningen som ble gitt, var lite vennlig og mangelfull. I tillegg følte noen at de ble sendt hjem for tidlig, før de hadde fått til ammingen ordentlig.

«Jeg kan ikke skjønne at sykehuset kaller seg et ammevennlig sykehus. Jeg ble helt glemt etter den bittelille første samtalen».

«Du måtte hele tiden spørre. Du måtte bare prøve deg frem. Når de kom, var det bare sånn kjapt, Ja, det er riktig, og så gikk de videre til nestemann. Det var ikke noe ordentlig oppfølging».

Noen av kvinnene opplevde det de beskrev som et voldsomt ammepress på sykehuset. Hvis man ikke fikk det til, følte de at personalet var dømmende og lite støttende. De uttrykte stor oppgitthet i forhold til de holdninger de ble møtt med der.

«Jeg er jo veldig sårbar på det, man vil gjerne det beste, og da får man jo følelsen av å være en dårlig mor når det ikke går. Når de bare sier «alle får det til»».

“Det eneste de sa på sykehuset var “tenk hvor viktig det er for barnet ditt». Det var et ufattelig press, skikkelig ammeterror”.

Et par stykker måtte av ulike grunner ligge etter fødselen. De ble da kun vist liggende ammeteknikk. Dette ble et problem da de kom hjem og skulle prøve å amme sittende.

En fremhevet viktigheten av at far fikk lov til å være på barselavdelingen sammen med mor og barn hele tiden. Det at de kun fikk komme i besøkstiden, et par timer om dagen, gjorde at mor ikke fikk avlastning og fikk mindre tid til å sove. Da ble mor stresset, og dette fikk igjen negativ innvirkning på ammingen.

Videre spurte vi litt om hva de tenkte om holdningene til det å ikke amme blant helsepersonell. De fleste trodde at det ville blitt sett ned på om man ikke ammet, særlig om det var det at man ikke *ønsket* å amme. Hvis man ikke fikk det til, var det mer akseptert. Mange tror likevel at helsepersonell ville presse kvinnen ganske hardt for at hun skulle få det til. Mange hadde hørt skrekkehistorier om jordmødre som presset og presset kvinnen til å holde ut problemene og ikke gi opp ammingen selv om det gikk ut over kvinnens livskvalitet. Flere sa at de trodde at det å amme var førsteprioritet hos helsepersonell og at det er svært viktig at kvinner får det til.

«Det er en balanse mellom å presse mødrene og å gi opp i tide».

3.11 Miljøet rundt kvinnen

Vi spurte kvinnene om hva barnefar, mor og svigermor mente om at kvinnene ammet eller ikke ammet, og om de følte at de hadde fått støtte fra omgivelsene i forhold til sin ammesituasjon.

Når det gjaldt barnefaren, beskrev alle at han hadde vært støttende. Dette gjaldt både de som fullammet og de som ga erstatning. Mange fortalte at mannen ikke hadde vært så opptatt av hva slags type ernæring som ble gitt til barnet, men hadde vært mer opptatt av å støtte kvinnen i de avgjørelsene hun måtte ta.

“Han hadde vært støttende uansett”.

“Vi er begge enige om at vi prøver å amme først, men at det er viktig at han er mett. Hadde jeg ikke kunnet amme i det hele tatt, så måtte vi ha levd med det, for det viktigste er at han vokser. Jeg synes vi har samarbeidet godt”.

“Han synes det var veldig trist han også at vi ikke fikk det til. Han støttet meg og han var veldig flink til å motivere meg til å ikke gi opp. Han sa: “vi skal prøve, vi skal klare det”. Det at vi gikk over til erstatning, var noe vi ble enige om”.

Mange beskrev at mannen hadde vært flink til å legge mest mulig til rette for at ammingen skulle fungere. Han hadde for eksempel vært med på konsultasjoner hos lege og på helsestasjonen, lagt barnet til brystet når mor skulle amme, hjulpet til mer i huset, gjort mer av andre praktiske gjøremål, matet med flaske, oppmuntret mor hvis hun hadde hatt det vanskelig, hentet ting når mor ammet, trøstet når det var vondt og så videre.

“Det har vært veldig viktig å ha ham som støtte, ellers så hadde jeg gitt opp”.

“Han synes det er stas å kunne gi flaske”.

To av pappaene var selv svært allergiske, og dermed opptatt av at barnet ble ammet for å forebygge allergi.

Når det gjalt mors og svigermors holdning, mente de aller fleste kvinnene at både mor og svigermor støttet dem uansett hva slags ernæring de ga barnet sitt. Mange hadde meninger om at det var best å amme, og ønsket at sin datter/svigerdatter skulle gjøre dette. Hadde det blitt problemer hadde de vært like støttende.

“Hun ville at jeg skulle amme, men hun så hvor mye jeg sleit. Hun syntes jeg var veldig tøff som bare fortsatte og fortsatte”.

Det var kun en av kvinnene som hadde en annen erfaring. Hun ga noe erstatning i tillegg til morsmelk. Dette hadde hun ikke turt å si til verken sin mor eller svigermor. Hun var redd for deres reaksjoner: *“Jeg tror hun ønsker at jeg bare skal amme, for hun fullammet alle sine unger”.*

Moren til den muslimske kvinnen vi intervjuet, bodde fremdeles i hjemlandet. Hun var svært opptatt av at datteren skulle amme så mye og så lenge som mulig for ikke å bli gravid igjen med en gang.

Vi spurte også om hva kvinner snakker om seg i mellom når det gjelder amming. Hvilke temaer som er mest aktuelle for eksempel i venninnegjengen eller i barselgruppa. Det som

gikk igjen hos alle kvinnene, var at de snakket om de praktiske aspektene ved å gi barnet mat; hvor ofte, hvor mye og lignende. Ut over dette, nevnte mange at det var fint å ha noen å prate med om vanskelighetene ved å amme. Barselgruppa var et fint sted å utveksle erfaringer og få tips og råd ved problemer.

“Det var mye snakk om at det var vanskelig de første gangene vi møttes for da var alle ganske frustrerte, og alle prøvde fortsatt. Da var det mye deling av tanker, tips om ulike kremer osv. det var veldig fint for da føler du deg ikke så alene. Du tror jo selv at du er den eneste med problemer, men du er jo ikke alene om det. Det er veldig mange som sliter”.

Andre temaer som ble nevnt var fordelene ved å amme og overgangen til fast føde.

I de barselgruppene hvor ikke alle ammet, ble det pratet om å gi flaske og fordelene ved dette. Dette for å støtte de som ikke ammet selv om de var i mindretall. Det var også noen som beskrev at de kvinnene som ga flaske, var svært opptatt av å fortelle *hvorfor* de gjorde det. Det virket som om de tenkte at de måtte ha en “gyldig grunn” for ikke å amme.

“Alle som bruker erstatning forteller meg hvorfor”.

Selv om alle kvinnene vi intervjuet var i barselpermisjon, spurte vi om de visste noe om arbeidsplassens holdning til ammende ansatte. Alle mente at arbeidsplassen eller studiestedet var støttende til å få de ammepausene man har krav på.

3.12 Er amming en forpliktelse?

Vi spurte mødrene om de mente at det å amme er noe som blir forventet av dem, at det er en forpliktelse for eksempel i henhold til religion, familie, barnefar eller barnet.

Den største gruppen mødre mente at amming var en forpliktelse. Da vi først stilte spørsmålet, var det mange mødre i denne gruppen som – uten å tenke seg om – svarte nei på spørsmålet. Da vi spurte litt mer rundt temaet, om de mente at amming var noe som de forventet at de skulle gjøre, var det flere som mente at det definitivt var forventet, både av samfunnet, av helsestasjonen og av de nærmeste, men mest av alt var det en forventning til seg selv. Å amme ble beskrevet som noe som var *naturlig* – noe man bare gjorde. Mange fremhevet også at man var forpliktet til å amme i forhold til at det er barnets beste.

De fleste trodde at kvinner som *ikke ønsket* å amme barnet sitt, ble sett ned på, mens det var akseptert at man ikke ammet så lenge man hadde prøvd lenge og iherdig for å få det til.

“Det er liksom opplest og vedtatt at man skal amme”.

“Det er innarbeidet i den norske sjela at man skal amme hvis man får det til. Man er kanskje litt rar hvis man velger å ikke gjøre det”.

“Andre forventer at en nybakt mor ammer, det kan være en grunn til at folk gjør det selv om de kanskje ikke vil”.

“Vi er på en måte forpliktet til å gjøre det. Foreldre, besteforeldre og alle mener at man skal gjøre det. Alle har en mening om det”.

En kvinne som ga morsmelkerstatning i tillegg til morsmelk, følte at det var vanskelig å fortelle sine nærmeste at hun ga erstatning fordi hun følte at det var et nederlag at hun ikke hadde fått det til. Hun trodde de ville synes at det var rart og negativt at hun gjorde det.

“Innerst inne ville det føles litt som en avkappa arm hvis jeg sa til folk at jeg ikke hadde nok melk. Følt det som at det er noe som mangler”.

En av de som ikke ammet i det hele tatt, hadde vært i flere situasjoner som hadde vært ubehagelige i forbindelse med å gi flaske. Når hun ga flaske i offentligheten, følte hun at folk så på henne og syntes det var rart at hun ikke ammet. I tillegg hadde flere kommet med kommentarer som: *“Han er vel litt for liten til å få flaske”* eller *“Gir du flaske til han? Skal ikke han ha pupp? Det er det han trenger!”* Hun beskrev dette som svært belastende og sårende, da hun i utgangspunktet hadde et sterkt ønske om å amme. *“Det blir å strø salt i såret. Det er ikke noe gøy når du sliter med det og så kommer det noen som gjør det verre”.*

Kun noen få mente at det ikke var en forpliktelse, at det var helt opp til mor selv om hun ønsket å amme eller ikke, at det ikke var noen andre som hadde noe med det.

“Hvis man ikke skulle ønske å amme, eller ikke får det til, er det helt greit”.

“Både jeg og pappaen hennes er vokst opp på erstatning, og det ble jo mennesker av oss også”.

3.13 Er man en dårlig mor om man ikke ammer?

Det som gikk igjen hos de som ikke ammet, eller som kun ammet delvis, var at alle hadde tenkt at de var en dårlig mor fordi de ikke fikk til ammingen. Som regel hadde de godtatt det mer etter hvert. De hadde sett at babyen vokste og hadde det bra, men det hadde vært tøft, særlig i begynnelsen. De trodde også at de ble sett ned på i samfunnet generelt. Mange syntes det var flaut å vise at de ga flaske.

«Jeg tenker selv at jeg er en dårlig mor. At jeg ikke klarer å prestere noe som skal være naturlig».

«Jeg tenkte negative tanker om meg selv fordi jeg stresset og ikke klarte å holde meg rolig. Jeg visste jo at det bare gjorde det enda vanskeligere, og likevel klarte jeg ikke å ta meg sammen og holde meg rolig».

De som ammet, trodde også at de som ikke fikk det til, følte seg som dårlige mødre. De mente generelt at så lenge man hadde prøvd, og ikke fått det til, trengte man ikke å ha den følelsen. Et par stykker sa at det var verre med de som ikke ønsket å amme. Det ble sett på som svært negativt.

«Jeg tror folk gir litt fort opp, fordi det tar mye tid og krefter. Du blir veldig stresset, og så finnes det alltid morsmelkerstatning som er lett tilgjengelig».

3.14 Er det ok å amme i offentligheten?

Vi spurte kvinnene om de syntes det var problematisk eller uproblematisk å amme ute blant folk, for eksempel på et kjøpesenter eller en cafe.

De aller fleste hadde tenkt på problemstillingen da de var gravide. De hadde trodd at de kom til å være sjenerte ute blant folk, og være opptatt av å dekke seg til og ikke ønske å amme på cafe og lignende. Etter at babyen ble født, var det noen av disse som var litt sjenerte, men mange var overrasket over hvor fort det ble helt naturlig og ikke flaut å amme i offentligheten. Nesten alle syntes det var helt ok å amme på cafe, men de fleste valgte et bord hvor de kunne gjøre det litt diskret.

“Første gang jeg skulle amme foran noen, prøvde jeg å skjule puppen mest mulig. Nå er det ikke så nøye. Nå drar jeg frem puppen i hytt og pine”.

“Nå har det nesten gått litt sport i det, nå har vi puppa der og nå har vi puppa der. Til og med på politistasjonen”.

“Herregud, folk har vel sett en pupp før. Det er jo maten til barnet!”

Likevel fantes det steder hvor flere ikke ønsket å amme, for eksempel t-banen, busser og finere restauranter. Noen fremhevet at hvis det var et ammerom tilgjengelig, valgte de å oppsøke dette.

En muslimsk kvinne vi intervjuet, ammet konsekvent ikke når menn var til stede, slik at hun den første tiden gikk svært lite ut med babyen. Etter hvert fant hun på å spørre de ansatte i

klesbutikker om hun kunne få amme i et prøverom, og hadde alltid fått ja til dette, slik at hun da kom seg mer ut.

3.15 Hva vet du om morsmelk og morsmelkerstatning?

En del av intervjuet handlet om hva mødrene kunne om forskjellene på morsmelk og morsmelkserstatning. Generelt var det påfallende lite kunnskap på dette området. Mange virket rett og slett som om de ikke hadde tenkt på temaet, og bare gikk ut fra at det var jevngode alternativer. De fleste visste at morsmelk var «sunnere», men hadde ikke egentlig tenkt gjennom det eller undersøkt hva forskjellene faktisk innebar. Få brukte ord som «antistoffer» eller «vitaminer» for å beskrive hva som gjorde morsmelken sunnere. De fleste, også de som kun gav barnet sitt erstatning, visste lite om hva morsmelkerstatning faktisk inneholdt, og gikk bare ut i fra at barnet fikk i seg det det trengte. De fleste visste at det var tilsatt noe, men få hadde tenkt igjennom hva det var. Et par trakk fram at erstatningen inneholdt D-vitamin og omega tre.

«Nei, det vet jeg ikke. Har ikke lest så mye på den pakken».

«Jeg tror aldri man vil kunne klare å fremstille kjemisk noe som kroppen lager av seg selv, men det er nok et veldig bra alternativ for de som ikke får til å amme».

Videre spurte vi om de visste noe om årsaken til at man produserte mindre melk, og hva man eventuelt kunne gjøre for å øke melkeproduksjonen (tiltak).

Her ble det av flere nevnt at hvis man ammet lite, så ville man produsere mindre melk. Flere trakk også frem stress og for lavt væskeinntak. Annet som ble nevnt, var slanking, alkohol, ammeskjold, kald drikke og for lite søvn.

Av tiltak som kunne prøves om man ikke produserte nok melk, var det mange som mente at det var viktig å legge barnet ofte til brystet, amme om natten og eventuelt pumpe seg i tillegg. Flere trakk frem at det var viktig at mor ikke stresset, og at hun spiste og drakk nok for at melkeproduksjonen skulle holde seg. Andre ting som ble nevnt, var å ha barnet mye inntil seg, drikke varmt, drikke ammete, spise havregrøt, spise mer frukt og grønt, bruke ullinnlegg, akupunktur, og å bruke neseppray.

Vårt neste spørsmål var om de visste om noe som kunne påvirke kvaliteten på morsmelken.

Her ble det særlig nevnt matvarer som løk, surkål, blomkål, erter, hvitløk, jordbær og sterk mat. Et par nevnte at noen medisiner kunne gå over i melka, og to stykker sa at alkohol ville gjøre det samme. Det ble også nevnt at menstruasjon og stress kunne påvirke.

Til slutt spurte vi om de kunne tenke seg at det var noen forskjell på barn som hadde fått morsmelk og barn som hadde fått erstatning, og om det ble noen forskjell på mødre som ammet og mødre som ga flaske.

Mange fremhevet at de hadde hørt at barn som fikk morsmelk, var sunnere, hadde bedre immunforsvar og ble mindre syke enn barn som hadde fått erstatning. Likevel var det mange som tvilte på at dette var tilfelle. De sammenlignet med barn i miljøet rundt seg, og kunne ikke se noen særlig forskjell. To stykker sa at de trodde det kunne forebygge astma og allergi. Noen få sa at erstatningsbarn ble større og la mer på seg enn barn som fikk morsmelk. En trodde at erstatningsbarn fikk mer vondt i magen da de fikk mer forstoppelse enn barn som fikk morsmelk.

«Jeg tror kanskje ikke det er noen forskjell. Jeg tror det blir fine, flotte unger av det også».

Når det gjaldt om det var en forskjell på mødrene, sa de fleste at de ikke trodde det var noen særlig forskjell, eller at de ikke hadde tenkt over det. Noen sa at det kom an på hva årsaken til at mor ikke ammet var. Hvis man hadde ønsket å amme, og ikke fått det til, kunne man bli lei seg, få dårlig samvittighet og dårligere selvfølelse. De kunne få en følelse av å ha feilet, og måtte alltid forsvare hvorfor de ikke ammet. Kanskje var det et savn for kvinnene som ikke ammet. De skulle ønske at de kunne fått det til. En fremhevet at de som ikke ammet, var friere enn de som ammet, fordi andre kunne gi barnet mat med flaske.

3.16 Påvirkes kroppen av amming?

Vi spurte mødrene hvordan amming hadde påvirket kroppen, og om forholdet til egen kropp endret seg når man ammet.

Mange sa at man blir tynnere når man ammer, og at det bidrar til at man øker forbrenningen og går ned i vekt etter fødselen. Andre ting var at man fikk en økning av positive, «happy» hormoner, slik at man hadde det bra og var mer våken. Noen mente at de mistet mer hår. En sa at hun hadde hørt at det kunne forebygge brystkreft, og at mors helse generelt ble bedre.

Dette var det kun en kvinne som nevnte noe om. Et par fremhevet at amming hjalp livmoren å trekke seg sammen etter fødselen.

Når det gjaldt forholdet til egen kropp, var det noen som mente at man fikk et mer avslappet forhold til kroppen sin, og at man fikk god selvfølelse av å amme. En følte seg mindre sjenert.

«Jeg hadde jo aldri funnet på å ta av meg eller sitte med puppen ute før, men nå er det ikke noe jeg tenker på i det hele tatt».

«Det var jo akkurat den samme kroppen man var misfornøyd med før man ble gravid. Plutselig var den grei allikevel, gitt!»

4 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Det er styrker og svakheter ved alle typer studier, og en viktig del av arbeidet med en studie er å diskutere disse for å se hvordan de kan ha påvirket resultatene, og for å se om resultatene man kommer frem til, kan overføres til andre grupper.

Det var naturlig å velge en kvalitativ tilnærming til temaet, da vi var opptatt av å få frem mødrenes ulike erfaringer og synspunkter uten å «legge ordene i munnen på dem». Vi ville belyse feltet uten å legge føringer eller påvirke kvinnene på noe vis. Vi så mange fordeler ved å velge en kvalitativ forskningsmetode. Det er en god fremgangsmåte når man ønsker å forstå og beskrive et fenomen (5;8). Vi ønsket å få frem holdninger og erfaringer, og ikke undersøke statistikk eller forekomst. Målet var å *belyse* temaet, slik at man eventuelt senere kan gjøre en større kvantitativ studie. En kvalitativ studie får frem nye innfallsvinkler, ny forståelse og nye spørsmål å forske videre på. Vi valgte å bruke et semistrukturert intervju, noe som gjorde det mulig å utdype temaer informantene var ekstra opptatt av, og å oppklare eventuelle misforståelser underveis. Denne informasjonen ville vi kanskje ha mistet ved å benytte andre typer design, for eksempel et spørreskjema.

Kvalitativ forskningsmetode har også flere svakheter. En ulempe er at man kan risikere at intervjuet i seg selv blir en intervensjon – at man påvirker den man intervjuer til å svare på en bestemt måte. Derfor er det svært viktig at intervjueren forholder seg helt nøytral, slik at de svarene man får fra informantene ikke er påvirket av hva intervjueren selv mener og tenker. Dette var noe vi var svært opptatt av da vi intervjuet mødrene. Vi stilte spørsmålene som stod i intervjuguiden, passet på å ha en nøytral, men vennlig tone, slik at informantene ble oppmuntret til å åpne seg og ikke tenke over hva de trodde at vi ønsket at de skulle svare. I tillegg brukte vi som nevnt god tid til å skape et tillitsforhold til kvinnen før vi slo på båndopptakeren og startet intervjuet, for at de i størst mulig grad følte at de kunne åpne seg. Temaene i samtalen er til dels sensitive, og kan være vanskelig å snakke om. Samlet sett mener vi at vi klarte å unngå at intervjuet ble en intervensjon.

Det faktum at vi var så opptatt av å holde oss vennlige og nøytrale, at vi ønsket å skape en god stemning og opprette et tillitsforhold til kvinnen, kan være en svakhet ved studien, da vi

antagelig både fikk og tok rollen som venninne ovenfor kvinnene. Dette er jo i utgangspunktet positivt, da kvinnene følte seg trygge og kanskje torde å åpne seg i større grad, men det gjorde også at vi antagelig ikke torde å stille provoserende spørsmål, og konfrontere og utfordre kvinnene i samtalen. Kanskje hadde samtalen utviklet seg i en ny og enda mer interessant retning om vi var mer «på» og torde å stille tøffere og vanskeligere spørsmål.

I tillegg må det nevnes at det at intervjuet foregikk på helsestasjonen og at mødrene var rekruttert av «sin» jordmor som de kjente fra før, nok gjorde at svarene vi fikk på mange av spørsmålene var noe farget av dette. Det er antagelig ikke lett å komme med negative utsagn og å kritisere helsestasjonen i en slik setting. Mødrene hadde jo en del negativt å si om sykehuset de fødte på, kan det være slik at sykehuset ble «syndebukken» for helsevesenet, at de egentlig var misfornøyd også med noe av helsestasjonstilbudet, men at det rett og slett var for vanskelig å si i settingen for intervjuet?

Et kvalitativt intervju kan utformes på ulike måter. På den ene siden kan man ha svært lite struktur hvor kun hovedtemaer er bestemt på forhånd. Det blir da opp til informanten hva som belyses. På den andre siden kan man ha et intervju med et svært strukturert opplegg, hvor alle spørsmålene er laget på forhånd, og rekkefølgen også er forhåndsbestemt. Fordelen med dette er at svarene fra flere informanter lettere kan sammenlignes, fordi alle har svart på de samme temaene. Intervjuene har da høy reliabilitet. Samtidig vil en slik fremgangsmåte være mer fastlåst, spørsmålsstillingen kan ikke tilpasses den enkelte informant. Det går også an å bruke en mellomting av disse to ytterpunktene: det semistrukturerte intervjuet, som vi har brukt i vår oppgave: temaene intervjuer skal spørre om, er bestemt på forhånd, men rekkefølgen kan endres, og intervjuer er åpen for informantenes egne innspill og eventuelle digresjoner. Dette åpner opp for at informanten kan ta opp temaer som intervjuer ikke har tenkt på på forhånd, og det er noe av hensikten med en kvalitativ studie: å finne ut mer om et tema man ikke kan så mye om (9).

Refleksivitet er et begrep som handler om hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner (5;8). Vår rolle som medisinstudenter og fremtidige leger blir derfor viktig å diskutere. Kan det tenkes at kvinnene har følt at de har måttet svare annerledes enn de egentlig ville gjort fordi de trodde at vi *ønsket oss* noen spesielle svar? De fleste vet at helsepersonell er for amming, da vi mener at det er det beste både for mor og barn. Derfor presiserte vi innledningsvis at vi var ute etter deres egne meninger og erfaringer, det var ingen rette eller gale svar, og at vi var ute etter å lære noe av dem. Målet med vårt prosjekt er å

forbedre støtteapparatet rundt nybakte mødre, og da er det viktig å vite «hvor skoen trykker». Ved å kommunisere dette til kvinnene tidlig i intervjuet, følte vi at de bokstavelig talt senket skuldrene og klarte å være mer seg selv og si akkurat det de tenkte.

Et annet interessant spørsmål, er om våre funn i denne oppgaven kan overføres til å gjelde også andre nybakte mødre. Dette kalles ekstern validitet eller transferabilitet (5;8), og er et enormt viktig tema å diskutere, da selve målet med all forskning er at resultatene kan deles og brukes i sammenhenger utover forskningssituasjonen. I kvalitativ forskning skal ikke funnene kunne overføres til hele befolkningen, men resultatene skal beskrive situasjoner innen en spesifikk setting, i denne sammenhengen altså andre nybakte mødre. For å kunne diskutere dette, må vi først diskutere utvalget av deltakere. I utgangspunktet er det jo et svært lite utvalg kvinner, kun 14 stykker, men litteraturen om kvalitativ forskningsmetode slår fast at det ofte kan være nok med 4-7 deltakere. I kvalitativ metode kan det til og med være slik at et stort antall informanter fører til at materialet blir uoversiktlig og analysen overflattisk (5;8). I tillegg vil man se at man har nok deltakere hvis man kommer dit at det ikke kommer ny informasjon frem i hvert intervju (9). I utgangspunktet hadde vi 12 deltakere, og vi mener at utvalget var noe skjevt da det var få i denne gruppen som ikke ammet. Vi var redd for at dette skulle bli en feilkilde, og inkluderte derfor to stykker til som ikke ammet. Vi så også at det etter hvert ikke kom frem ny informasjon i intervjuene, og mener derfor at vi kan konkludere med at vi hadde med nok deltakere. Alle kvinnene ble rekruttert via en jordmor på en helsestasjon i en bydel i Oslo. Man kan tenke seg at utvalget kunne blitt skjevt fordi kvinnene hadde gått hos samme jordmor, som er veldig opptatt av amming og at alle skal få det til. Det er også mulig at bare de som fikk til ammingen sa ja til å bli intervjuet. Etersom alle, bortsett fra en kvinne, sa ja til å være med da vi spurte, og vi både fikk med kvinner som ammet og kvinner som ikke ammet, mener vi at det gjør utvalget mindre skjevt. Det er usikkert om resultatene kan overføres til andre demografiske grupper, da alle bor i samme område av byen. Det kunne vært interessant å gjøre en tilsvarende studie i en annen bydel, for eksempel på vestkanten i Oslo og sett om man fikk tilsvarende resultater der.

Vi hadde kun en kvinne med ikke-vestlig bakgrunn som informant. Da Groruddalen er et område med en høy andel innvandrere, og det etter hvert blir flere og flere innvandrere i Oslo for øvrig, vil dette nødvendigvis være en svakhet ved denne studien.

Til slutt bør det diskuteres om utvalget av kvinner er representativt i seg selv. Hvem er det egentlig som sier «ja» til å være med på en slik studie etter en kort telefonsamtale med et

fremmed menneske, og som er villig til å komme til helsestasjonen sammen med sitt nyfødte barn for å være med i et forskningsprosjekt om amming? Kan det være at dette er «de mest ressurssterke», kvinnene som føler at de mestrer mammarollen og har nok overskudd i hverdagen? Kan det være at dette er de samme mødrene som ammer, som har gått jevnlig på helsestasjonen, hatt kontakt med jordmor og helsesøster og vært på ammekurs? Det er godt mulig at det er en gruppe kvinner hverken vi eller helsestasjonen har fanget opp, og som kanskje ville endret resultatet i denne studien dramatisk.

4.2 Resultatdiskusjon

Alle kvinnene i vår studie ønsket i utgangspunktet å amme barnet sitt, og alle tenkte at morsmelk var den beste næringen et spedbarn kan få, blant annet fordi det er naturlig og fordi det inneholder stoffer som styrker barnets immunforsvar. Dette stemmer godt med forskning som har vært gjort på området, som fastslår at morsmelk gir store helsefordeler for barnet: det beskytter blant annet mot infeksjoner i luftveier, mage-tarmkanal og urinveier. Det var derimot ingen som nevnte andre gunstige helseeffekter for barna, det var tydelig at de var mest opptatt av å forebygge infeksjoner det første leveår, ingen hadde tenkt gjennom om morsmelka kunne ha noen effekt på helsen videre i barndommen og kanskje også ut i voksenlivet. Dette er et interessant funn, da det er gjort mye forskning på området som viser at morsmelk gir barnet helseeffekter også senere i livet, blant annet har noen studier vist en dose-responseeffekt hos morsmelksernærte barn – de har en liten, men signifikant reduksjon i blodtrykk. I tillegg er det påvist noe redusert risiko for senere utvikling av overvekt hos morsmelksernærte barn (10).

Når det gjelder mulige effekter amming kan ha på mors kropp og helse, var mødrene mest opptatt av at amming kunne bidra til raskere vektnedgang. Det var svært liten kunnskap om mulige helseeffekter hos mor, kun en hadde hørt at amming kunne forebygge brystkreft. Dette står i stor kontrast til hva man faktisk vet om dette temaet. I tillegg til at amming beviselig forebygger risikoen for å få brystkreft, er det nå mange studier som antyder at det også kan beskytte mot ovarialcancer, type 2 diabetes og revmatoid artritt (10). Kanskje dette er informasjon som bør kommuniseres bedre til mødrene?

Også på spørsmål om hva kvinnene trodde morsmelk inneholdt i forhold til morsmelkerstatning, var kunnskapen svært mangelfull. De fleste visste at morsmelken var et

sunnere alternativ, men hadde egentlig ikke tenkt over hva dette innebærer. Morsmelk inneholder mange stoffer som er viktige for utvikling av barnets immunforsvar, for eksempel de humorale komponentene immunglobulin A og lactoferrin, samt cellulære komponenter som hvite blodceller. Immunglobulin A bidrar blant annet til at barnet får antistoffer som kan nøytralisere mikrober i tarm – og luftveier, lactoferrin virker baktericid og antiinflammatorisk (10). Morsmelkerstatning inneholder ingen stoffer som bygger opp barnets immunforsvar.

Heftet «Mat for spedbarn» utgitt av Helsedirektoratet, som vanligvis deles ut første gang kvinnen møter helsesøster etter fødsel, har en fin oversikt over fordeler ved morsmelk for både mor og barn (11). I heftet som deles ut før fødsel, «Hvordan du ammer ditt barn», står det derimot ingenting om dette. Kanskje bør dette heftet endres slik at det står litt om alle fordelene der også, eller så bør man kanskje dele ut «mat for spebdebarn» før fødsel? eller snakke om det muntlig? Informasjonen finnes jo i «enkelt format», men kvinnene har ikke fått det med seg.

Et viktig funn i vår studie, er usikkerheten rundt når man skal starte med å gi barnet fast føde. Mødrene har hørt og lest mye forskjellig. Spørsmålet blir: skal man starte ved fire måneder fordi noen hevder at man da kan stimulere barnets smaksløker og fordi barnet da vil bli mindre utsatt for allergi, eller skal man vente til seks måneder, fordi andre igjen mener at det er da det er best å starte for å unngå astma og allergier? Hvem skal man høre på når alle «eksperter» anbefaler forskjellig? Når det gjelder spørsmålet om å forebygge astma og allergi, er forskningen uklar. Det finnes studier som har konkludert med at man bør anbefale å fullamme i 6 måneder, mens andre studier peker på at det kan være gunstig å introdusere matvarer på et tidligere stadium for å forebygge allergi (12). Foreløpig er konklusjonen at ingen vet sikkert hvor lenge man bør fullamme for å forebygge allergi (12;13). Hva skal man anbefale mødre å gjøre? Det er det umulig å svare på med 100% sikkerhet. Noe forskning konkluderer med at det er trygt å innføre fast føde mellom 4 og 6 måneder, det viktigste er at det ikke skjer før fire måneder (13). En omfattende systematisk oversikt fra 2009 har studert dette nærmere. Den gikk igjennom studier som omhandlet fullamning og effekt på blant annet vekst, utvikling, infeksjonssykdommer, atopisk eksem og astma, og de sammenlignet barn som ble fullammet i 6 måneder versus barn som ble fullammet i 3-4 måneder og som så fikk både brystmelk og fast føde frem til 6 måneder. Konklusjonen i denne studien var at man inntil videre anbefaler fullamning frem til 6 måneder, men at det er behov for mer forskning rundt temaet (14). Verdens helseorganisasjon (WHO) tar utgangspunkt i denne systematiske

oversikten når de fremdeles anbefaler fullamming i 6 måneder (1). Ved nylig søk i kunnskapspyramiden McMaster Plus har vi også funnet helt oppdatert forskning som bekrefter disse funnene: The American Academy of Pediatrics presenterte i mars 2012 forskning som konkluderer med det samme (15).

I vår studie viste det seg at de fleste av kvinnene hadde opplevd problemer i ulik grad i forbindelse med amming, særlig i starten. Hovedproblemene har vært at amming oppleves som vondt i starten, at de ikke produserer nok melk slik at barnet ikke legger på seg nok og at de har fått såre og smertefulle brystvorter. Dette stemmer godt med forskning som er gjort på området. En systematisk oversiktsartikkel fra England oppsummerer de vanligste ammeproblemene: (3)

Problem	Karakteristika	Behandling
Smerte/ubehag i brystene – brystsprenge	Når brystene fylles med melk, kan de ble hovne og vonde.	Å la barnet die ofte og lenge, eventuelt håndmelke/bruke pumpe
Såre brystvorter	Ofte fordi barnet har feil sugeteknikk. Brystvortene blir røde og sprukne	Gi veiledning i korrekt ammeteknikk. Se etter sekundærinfeksjon. Ev bruke ammeskjold, men studier har vist at dette ikke er effektivt
Mastitt	På grunn av tilstoppede melkeganger. Disponerer for sekundærinfeksjon, særlig med Staphylococcus aureus. Kan variere fra lite, rødt område til fulminant sepsis.	Fortsette å amme. Smertelindring. Håndmelking. Antibiotika.
Produserer for lite melk	Nesten alle mødre kan produsere nok melk, likevel føler mange mødre at melken ikke strekker til.	Gi mor informasjon om hvordan hun skal holde produksjonen oppe: amme ofte. Motivere mor.

Dette stemmer også svært godt med forskning som har blitt gjort i Norge. En norsk studie fra 2005 nevner nøyaktig de samme problemene som de viktigste hos norske kvinner (16). Denne studien kommer vi tilbake til.

Flere av mødrene var som nevnt redd for å ha for lite melk i brystene. De var opptatt av om barnet fikk i seg nok melk, fordi de var redde for at barnet ble sutrete eller sov dårlig hvis det ikke hadde fått nok melk. I tillegg var noen redd for at barnet ikke la på seg nok. Mange brukte uttrykket «å miste melka», men dette uttrykket er svært misvisende. Det er ikke mulig å «miste melken», nesten alle mødre kan produsere nok melk til barnet sitt. Hvis mor opplever at melkemengden reduseres, er det som regel fordi utdrivningsrefleksen ikke fungerer. Dette kan for eksempel skyldes stressende livssituasjon. Evnen til å produsere melk

er der, og hvis mor motiveres til å fortsette med hyppig amming, vil produksjonen øke igjen (17).

Vi har lest gjennom mye av informasjonsmaterialet som mødre får utdelt på helsestasjon og sykehus før og etter fødselen. Brosjyren «Hvordan du ammer ditt barn – noen råd den første tiden», deles ut på helsestasjonen før fødsel. Det er kanskje litt for lite informasjon i denne brosjyren om hvor vondt og vanskelig mange kvinner opplever ammingen den første tiden. Blant annet er det et eget avsnitt som heter «Amming skal ikke gjøre vondt!». Dette kapittelet kommer ganske tidlig i heftet, og stemmer ikke overens med det de fleste kvinnene har opplevd, og kan antagelig oppleves som noe demotiverende for en ammende kvinne som har smerter. Vi mener at det blir feil å ha en slik overskrift uten å samtidig nevne at de aller fleste vil oppleve smerter i starten. Kanskje bør man være mer ærlig med kvinnene: amming *skal* ikke være vondt, men *er* ofte vondt i starten. Riktignok kommer det flere kapitler om diverse problemer man kan ha med amming videre ut i boken, men tonen blir likevel at ammingen skal være helt smertefri med en slik overskrift tidlig i boken. Vi mener at det er for mye fokus på at amming er fint, naturlig og ukomplisert, og at alle kan klare det hvis de vil. For de kvinnene som opplever vanskeligheter, blir nederlaget desto større, og følelsen av å være unormal kan gjøre at de kvier seg lengre for å oppsøke profesjonell hjelp. Det ble gjennomført en deskriptiv tverrsnittsstudie i 2005, basert på spørreskjema til over 1000 norske kvinner for å kartlegge norske kvinners ammeproblemer og opplevelse av disse problemene. Hensikten med studien var å beskrive selvrapporterte ammeproblemer hos kvinnene. Det ble også sett på hvem kvinnene kontaktet for å få hjelp og hvordan hjelpen ble vurdert. Kunnskapen skulle gi grunnlag for å sette helsearbeidere i bedre stand til å gi en mer målrettet og optimal ammeveiledning. Denne studien fant at bare 12% av kvinnene rapporterte at de ikke hadde hatt noen ammeproblemer i løpet av ammeperioden (16). Dette understreker at det å ha problemer med amming er svært vanlig, og det bør kommuniseres mye klarere at dette er normalt, men at det finnes god hjelp.

Vi fant altså i vår studie at de aller fleste kvinnene hadde opplevd problemer i større eller mindre grad. På spørsmål om de var forberedt på at det kunne bli vanskelig, sa de fleste at de ikke var forberedt - dette til tross for at over halvparten av kvinnene hadde deltatt på ammekurs. De som ikke hadde vært på ammekurs, hadde hatt samtale med jordmor om temaet i svangerskapet. Alle hadde også mottatt informasjonsheftet om amming utgitt av Helsedirektoratet. Kvinnene som hadde deltatt på ammekurset, var alle fornøyd med

opplegget, men var likevel usikre på hva de satt igjen med, da det var vanskelig å ta informasjonen inn på dette tidspunktet. De fleste var mest opptatt av den nært forestående fødselen. Det som ble fremhevet som mest positivt med ammekurset var at det ble opprettet kontakt med helsestasjonen som et sted det er enkelt å henvende seg ved spørsmål om amming. Generelt kan man også si at de som hadde vært på ammekurs, var litt mer fornøyd med informasjonen de fikk før fødsel enn de som ikke var på kurs - dette fordi de da var mer forberedt på vanskelighetene som kan oppstå.

Det mest slående funnet i vår studie, er at de fleste av kvinnene mener at informasjonen og veiledningen etter fødselen kunne vært bedre. Særlig er det veiledningen på barselavdeling eller barselhotell som mange mener kunne vært forbedret. Dette er interessant, fordi kvinnene vi intervjuet hadde født på tre forskjellige sykehus i Osloområdet. Det er flere momenter som går igjen. Det første problemet var at mange av kvinnene opplevde at personalet som skulle veilede dem i ammeteknikk hadde ulik mening om hvordan ammingen skulle gjennomføres. For flere førte dette til at de var usikre på hvordan de skulle gjennomføre ammingen etter utskrivning fra sykehuset. Dette ble opplevd som frustrerende. Videre opplevde de fleste at personalet hadde dårlig tid, og at de til tider kunne føle seg som en belastning når de ba om hjelp. De samme funnene blir beskrevet i studien fra 2005: ca 40% av kvinnene var misfornøyd med ammeveiledningen på barselavdelingene. Det var særlig kvinnene som hadde hatt problemer med amming, som var lite fornøyd. Det er akkurat de samme problemene som blir fremhevet: personalet ga ulik veiledning og hadde dårlig tid. Det er et tankekors at vi 7 år senere finner akkurat det samme resultatet.

World Health Organization (WHO) og UNICEF lanserte i 1991 et globalt prosjekt, The Baby Friendly Hospital Initiative. Målet var å sikre alle nybakte mødre god ammeveiledning etter fødsel. Dette har også blitt tatt i bruk i Norge som «Mor-Barn vennlig sykehus». For at et sykehus skal bli godkjent, må de oppfylle ti krav (18):

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen

4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst en time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted.
Gjøre mødrene oppmerksomme på tidlige tegn på sult/sugebehov hos barnet.
5. Vise mødrene hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.
6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering
9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert.
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammehjelpgrupper.

Tall fra 2011 sier at over 90% av norske barn fødes på sykehus som er godkjent som Morbarn vennlige (19). Alle kvinnene i vår studie fødte ved slike sykehus. Man kan diskutere hvor godt dette fungerer i praksis, da både vår studie og studien fra 2005 konkluderer med at veiledningen på sykehuset ofte svikter, og at kvinnene generelt er minst fornøyd med tiden på barselavdeling og barselhotell. De ti punktene ser flotte ut på papiret, men fungerer muligens ikke like godt i praksis. Punkt en og to på listen handler om at man skal ha en skriftlig ammeprosedyre som alle som jobber på avdelingen skal følge. Dette blir ikke alltid gjennomført ut i fra det vi har funnet i vår studie. Et forslag er at det lages nye og enda klarere prosedyrer på hver avdeling, som alle ansatte er pålagt å følge, selv om de personlig er uenig i enkelte elementer. Vi mener at dette vil skape større trygghet og tillit hos kvinnene. Et alternativ er at man kritisk går igjennom eksisterende prosedyre, og understreker for hver enkelt ansatt at de er pålagt å følge prosedyren. Poenget er at hver enkelt ansatt sin personlige mening og erfaring ikke kan utgjøre grunnlaget for veiledning av kvinnene. En studie fra England undersøkte om det at helsepersonell bruker én spesifikk veiledningsmetode ville gjøre at flere ammer og redusere mengden problemer med amming. Teknikken ble kalt for

«Hands off». Poenget var at alle på avdelingen brukte samme teknikk for å veilede kvinnen. Resultatene var positive: ammeforekomsten økte, og antall problemer ble redusert. I tillegg opplevde færre mødre at de hadde for lite melk (20). En australsk studie bekrefter det samme (21).

For at disse kravene skal kunne gjennomføres i praksis, må avdelingen ha nok tid og ressurser. Vår studie viser at kvinnene følte at personalet på avdelingen hadde lite tid og at de kunne føle at de var til bry hvis de spurte om hjelp. Kanskje bør man øke bemanningen slik at de ansatte får mer tid til hver enkelt? Punkt ti handler om at det skal etableres en enhetlig tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, barselavdelingen og helsestasjonen. I vår studie fant vi at de aller fleste problemer oppstod i løpet av de første ukene etter fødsel, mange allerede mens kvinnen var på barselavdelingen. Kvinnens og barnets første planlagte møte med helsestasjonen skal, etter direktiv fra helsedirektoratet, foregå som et hjemmebesøk innen to uker etter fødsel. Det er likevel slik at dette ikke blir gjennomført i flere bydeler i Oslo (22). Disse to ukene er en sårbar periode for kvinnen, hun blir ikke fanget opp av hverken sykehus eller helsestasjon med mindre hun tar kontakt selv. En studie fra Finland fant at jo lengre tid det tar før ammingen blir etablert på en ordentlig måte, jo større risiko er det for at ammingen mislykkes (23). Et av forslagene til forbedringer fra studien i 2005 var at barselavdelingen kan varsle aktuell helsestasjon om mødre som sliter med amming ved utskrivning fra sykehuset, slik at disse blir kontaktet av helsestasjonen med en gang de har kommet hjem. Vi støtter dette forslaget, og tror at det kunne være en stor trygghet for en usikker kvinne at hun visste at hun ville få oppfølging videre uten å be om det. Det kan også ofte være slik at det er de «ressurssterke» som oppsøker hjelp når de har behov for det. Ved at helsestasjonen selv tar kontakt med kvinner de vet kan ha problemer, vil man unngå disse problemene.

Helsestasjonen var i vår studie det stedet alle kvinnene ville valgt å kontakte hvis de støtte på vanskeligheter. De fleste hadde også ved flere anledninger oppsøkt helsestasjonen, og fått god hjelp, og alle var svært fornøyd med tilbudet på helsestasjonen. I Oslo kommune er det slik at kvinner som har født barn, og som har spørsmål vedrørende barnets helse og behov, skal henvende seg til barselavdelingen de var på de første to ukene etter fødsel. Dette gjelder også hvis de har problemer med ammingen. Kanskje hadde det vært en bedre løsning om kvinnene fikk velge hvem de ønsker å kontakte?

4.2.1 Hovedfunn og forslag til forbedringer

- Det er mangelfull kunnskap blant spedbarnsmødre om morsmelkens mange fordeler. For å endre på dette kan man vurdere å få med dette i brosjyren “Hvordan du ammer ditt barn” som deles ut før fødsel?
- Ammekurs ser ut til å være et godt tilbud som bør tilbys også på andre helsestasjoner, hovedsakelig for at det skal være lettere for kvinnene å henvende seg der senere ved spørsmål om amming.
- Det er stor usikkerhet rundt når man skal starte med å innføre fast føde, men forskere er enige om at det ikke bør skje før fire måneder, og at man inntil videre anbefaler å vente til 6 måneder.
- Mange opplever problemer med amming, særlig i starten. Kanskje bør man kommunisere enda tydeligere til mødrene at dette er normalt.
- Veiledningen på barselavdelingen etter fødsel kan forbedres på noen punkter:
 - Det bør være en felles ammeveiledningsprosedyre som alle må følge.
 - Barselavdelingene må ha god nok bemanning slik at de har god nok tid til å veilede alle så mye som de har behov for.
 - Det bør opprettes et «varslingssystem» som fanger opp de mødrene som ikke har fått i gang ammingen 100% ved utskriving fra sykehuset. Personalet på barselavdelingen kan – med kvinnens samtykke - ringe til aktuell helsestasjon og informere om at kvinnen skrives ut, men at hun trenger videre ammeveiledning. Helsestasjonen kan da ringe til kvinnen etter noen dager og høre hvordan det går.
- Kvinnen bør selv kunne velge hvor hun vil henvende seg de første ukene etter fødsel.

Litteraturliste

- (1) WHO. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere . WHO 2012 [cited 2012 May 12];Available from: URL: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/
- (2) Kristiansen AL, Lande B, Overby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. Public Health Nutr 2010 Dec;13(12):2087-96.
- (3) Hoddinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. BMJ 2008 Apr 19;336(7649):881-7.
- (4) European health for all database. WHO 2012 [cited 12 A.D. Aug 21];Available from: URL: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>
- (5) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. 3. ed. Oslo: Universitetsforl; 2011.
- (6) Thagaard T. Systematikk og innlevelse
en innføring i kvalitativ metode. 3. utg ed. Bergen: Fagbokforl; 2009.
- (7) Statistisk sentralbyrå. Statens Helsetilsyn 12 A.D. September 20Available from: URL: <http://www.ssb.no/innvbef/tab-2012-04-26-12.html>
- (8) Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
- (9) Kvale S, Brinkmann S, Rygge J, Anderssen TM. Det kvalitative forskningsintervju. 2. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- (10) Loland BF, Baerug AB, Nylander G. [Human milk, immune responses and health effects]. Tidsskr Nor Laegeforen 2007 Sep 20;127(18):2395-8.
- (11) Helsedirektoratet. Mat for spedbarn. Helsedirektoratet 12 A.D. January 1 [cited 12 A.D. Aug 27];Available from: URL: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/Documents/Mat%20for%20spedbarn%202011.pdf>
- (12) Nwaru BI, Erkkola M, Ahonen S, Kaila M, Haapala AM, Kronberg-Kippila C, et al. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. Pediatrics 2010 Jan;125(1):50-9.
- (13) Michaelsen KF, Larnkjaer A, Lauritzen L, Molgaard C. Science base of complementary feeding practice in infancy. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2010 May;13(3):277-83.

- (14) Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63-77.
- (15) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012 Mar;129(3):e827-e841.
- (16) Tuftte. Norske kvinners ammeproblemer. Oslo universitetssykehus 2005 November 2 [cited 2012 May 12]; Available from: URL: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklirikken/Ammesenteret/Norske%20kvinners%20ammeproblemer.pdf>
- (17) Helsing E, Heiberg E. Hvordan du ammer ditt barn - noen råd den første tiden. Helsedirektoratet 2012 [cited 2012 May 12]; Available from: URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-du-ammer-ditt-barn-hefte-is-2092/Publikasjoner/hvordan-du-ammer-ditt-barn.pdf>
- (18) WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO 1998 [cited 2012 May 12]; Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf
- (19) Oslo universitetssykehus. Mor-Barn vennlig initiativ. Oslo universitetssykehus 2011 December 5 [cited 2012 May 12]; Available from: URL: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-amming/Sider/mor-barn-vennlig-initiativ.aspx>
- (20) Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002 Jun;18(2):87-101.
- (21) Fletcher D, Harris H. The implementation of the HOT program at the Royal Women's Hospital. *Breastfeed Rev* 2000 Mar;8(1):19-23.
- (22) Statens Helsetilsyn. Styre for å styrke - rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Statens Helsetilsyn 2012 February 1 [cited 2012 May 12]; Available from: URL: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrappor1_2012.pdf
- (23) Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth* 1998 Sep;25(3):175-81.

Vedlegg A: Invitasjon



Vil du være med på et spennende prosjekt for å beskrive *din erfaring som ammende eller ikke ammende mor?*

Vi ønsker å studere forventninger, holdninger og opplevelser ved å amme eller ved å gi morsmelkserstatning til barnet.

Hensikten er å få tak i dine tanker om amming / om det ikke å amme, om fordeler og ulemper ved amming, om hvordan du møtes av familie og helsevesen på den måten du ernærer barnet ditt. Med slik kunnskap kan helsepersonell bedre støtte kvinner på de valg som er best for dem og barnet.

Det legges opp til en samtale med deg på Grorud Helsestasjon, varighet en halv til maksimalt én time. De fleste spørsmålene er tenkt ut på forhånd, men selvfølgelig er det din virkelighet vi vil ha tak, vi er derfor veldig åpne for å snakke om det du vil fortelle utover våre spørsmål. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd for at vi skal kunne analysere innholdet på en trygg og korrekt måte i etterkant.

Du vil bli invitert til å delta av helsesøster eller jordmor på helsestasjonen. Tidspunkt avtaler du med dem, og vi møtes på helsestasjonen til samtale.

Lyddopptaket vil slettes etter avskrift, og vi skal ikke ha noen personidentifiserbare opplysninger om deg. Du kan uten begrunnelse trekke deg fra studien, og manglende deltakelse vil ikke få noen betydning for den hjelp du får på helsestasjonen. Studien er godkjent av Regional Komitee for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk 2010.

Denne studien utgår fra Universitetet i Oslo. Førsteamanuensis i allmennmedisin dr. med. Per Lagerløv er veileder for to medisinerstudenter, Mari Askestad og Hanna Øien. Per har vært helsestasjonslege på Ammerud tidligere og er spesialist i barnesykdommer. Studien skal sammenliknes med tilsvarende undersøkelse på helsestasjoner i Buenos Aires, Argentina. Grorud Helsestasjon vil få tilbakemelding på foreløpige resultater, men full offentlighet er først mulig når resultatene er publisert. Dette kan ta tid.

Med vennlig hilsen fra Per Lagerløv, 1te amanuensis dr.med.

Ta kontakt hvis du lurer på noe: per.lagerlov@medisin.uio.no , tlf: 93421141.

Vedlegg B: Intervjuguide

Spørsmål om mors opplevelse av å gi morsmelk eller tillegg.

Intervju nummer: _____ Tape: _____

Takk for at du stiller opp til denne samtalen. Hensikten er få del i hvilke erfaringer du har om kring det å gi melk til barnet ditt.

Først noe om deg og barnet ditt:

- Hvor gammel er du?
- Hvor gammelt er barnet ditt?
- Hva heter barnet ditt (fornavn)?
- Hvem bor du sammen med (barnefar, mor eller alene)?
- Har du flere barn?
- Har du noen erfaring med amming fra før? Ammet du de andre barna dine?
- Vet du om du selv ble ammet som barn?
- Når fikk du første gang barnet til brystet etter fødsel?
- Hvis sent eller aldri, hva var det første barnet ditt fikk å spise?
- Fikk han/hun noe i tillegg den første tiden/ mens dere var på sykehuset/barselavd?
- Ammer du barnet ditt nå?
- Hvis nei, hva gir du barnet ditt?
- Får han/hun noe i tillegg til morsmelk nå? Evt. noe i tillegg til morsmelkerstatning(morsmelkerstatning, vann, te, kumelk, sukkervann)?
- Hvor ofte gir du barnet ditt melk iløpet av døgnet?
- Når har du tenkt å begynne med fast føde?

Kvinner har forskjellige erfaringer med det å amme. Noen velger å ikke amme av ulike årsaker, noen slutter på grunn av ammeproblemer. Noen ammer fordi de føler at miljøet rundt dem forventer det, mens andre trives godt med det å amme.

- Hva vil du si er den viktigste grunnen til at du ammer/sluttet å amme/ikke ammer i det hele tatt?
 - Amme:
 - Praktisk?
 - Beste ernæring for barnet?
 - Best for barnets helse (beskytter mot sykdom)
 - Godt for egen helse? (kroppssform, beskytter mot sykdom)
 - For å få kroppskontakt med barnet?
 - Beste tilknytning til barnet?
 - Anbefalt av helsemyndigheter
 - Sluttet å amme
 - Ikke melkeproduksjon/følelse av å ikke ha nok melk
 - Problemer med barnets sugetak
 - Barnet vokste ikke nok
 - Fysiske plager (smerter, såre brystknopper, brystbetennelse)
 - Barnet avviste brystet/ville ikke die
 - Kunne ikke se hvor mye melk barnet fikk i seg
 - Vanskelig å gjennomføre amming (ut i jobb, for tidkrevende)
 - Usikker på om melken ga nok næring
 - Mor syk
 - Ønsket ikke
 - Ikke ammer
 - Ble ikke ammet selv
 - Tidligere negativ ammeerfaring
 - Barnet sykt/for tidlig født
 - Ønsket ikke
- Hva er den nest viktigste grunnen?
- Noe annet?

Til dem som har sluttet å amme:

- Var du forberedt på vanskelighetene som oppstod?
- Søkte du hjelp da du fikk problemer?
 - o Fra helsepersonell, familie, venner
- Hva slags hjelp/råd fikk du?
- Ser du noen fordeler for deg og barnet ditt med å gi morsmelkerstatning?
- Er det noe som kunne ha gjort at du hadde ammet lenger?

Til dem som ammer:

- Hva er det vanskeligste med å amme? (tidkrevende, amme i offentlighet, bundet til hjemmet)
- Er det noe som kan få deg til å slutte å amme før du har tenkt?

Amming som forpliktelse:

Noen tenker på det å amme som å oppfylle en forpliktelse – det kan f.eks være i henhold til religion, familie, barnefar eller barnet.

- Hva tenker du om det?

Miljøet rundt kvinnen:

Familie og venner er viktige støttepersoner når en får barn. De har kanskje selv erfaring med å gi melk og kan gi råd og veiledning hvis det er noe en lurer på. Noen har kanskje andre meninger enn det en selv har?

- Hva synes mannen din/barnefaren om at du ammer/ikke ammer?
 - Støttende overfor valget?
- Hva synes din mor om at du ammer/ikke ammer?
 - At du gjør din plikt/ikke gjør din plikt?
 - At du binder deg for sterkt til barnet?
 - At du ammer for ofte
 - At du bør gi tillegg
- Hva synes din svigermor om at du ammer/ikke ammer?
- Hva forteller kvinner hverandre om amming?
 - Amming er sunt for barnet
 - Amming er sunt for kvinnen
 - Amming ødelegger kroppen

- Hva med amming i offentlighet- er det problematisk eller uproblematisk?
- Er arbeidsplassen din støttende ift amming?
- Hvis du har spørsmål rundt amming, hvem vil du velge å kontakte?
 - Mor
 - Annen familie
 - Venn
 - Fastlege
 - Helsestasjon
 - Internett – feks ammehjelpen.no
 - Internett – forum hvor man kontakte andre mødre, feks dinbaby.com

Tanker om morsmelk og morsmelkerstatning:

Mange opplever at de ikke har nok melk til barnet sitt og er bekymret for om det får i seg næringen det har behov for.

- Er det noe man kan gjøre hvis brystene ikke produserer nok melk? (mat/drikke, aktiviteter, legge barnet til brystet)
- Er det noe som kan minske melkeproduksjonen? Evt. gjøre at man får mindre melk?(mat, aktiviteter, medisiner, at barnet ikke dier nok)
- Er det noe som kan påvirke selve melken? (mat/drikke, medisiner, sterke følelser, sykdom)
- Inneholder morsmelk noe som morsmelkerstatningen ikke har?
- Inneholder morsmelkerstatningen noe som morsmelken ikke har?

Tanker om barnet:

- Er det noen forskjell på barn som har fått morsmelk og barn som har fått morsmelkerstatning?
- Er det noen forskjell på kvinner som har ammet og kvinner som ikke har ammet?

Kropp

- Hvordan påvirker amming kroppen?
 - o Gir hengebryst
 - o Amming kan skade kroppen
 - o Amming er bra for kropp og helse
 - o Gjør at en får kroppsform tilbake fortere

Hvordan opplever du helsevesenets holdning til amming?

- Hva har helsepersonell fortalt deg om amming før du fødte?
- Morsmelk er best for barnets helse
 - o Det forventes at alle mødre skal amme
 - o Melkeerstatning er likeverdig morsmelk
 - o Etablering av amming foregår spontant/ går av seg selv
 - o Nær alle kvinnebryst kan gi morsmelk
 - o Amming krever opplæring
 - o Stabil melkproduksjon etableres først etter en måned
- Hvilken holdning tror du/har du selv opplevd at helsepersonell vil vise/viser overfor en mor som ikke ammer?
 - o Respekt og forståelse for mors avgjørelse
 - o Helsepersonell føler at de har sviktet i å hjelpe mor
 - o Fikk lite informasjon om morsmelkerstatning og bruk av flaske
 - o Fikk meg til å føle meg som en dårlig mor?
 - o Oppfatte det som svekket omsorgsevne
 - o Oppfatte mor som syk
 - o Se fordelene med mors valg
- Synes du du har fått nok informasjon om amming? Er det noe du har savnet?

Har du fått følelsen av at du er en dårlig mor når du ikke ammer?

- Hva tror du kan være grunner til at andre kvinner slutter å amme?

Er det noe du vil fortelle som vi ikke har spurt om?

Hvordan opplevde du denne samtalen?

