

Forventninger og holdninger til ammning blant gravide

En kvalitativ studie

Matilde Risopatron Berg



Prosjektoppgave ved Medisinsk Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

26.09.2012

*Forventninger og holdninger til amning
blant gravide*

©Matilde Risopatron Berg

2012

Forventninger og holdninger til amming blant gravide

Matilde Risopatron Berg

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag/Abstract

Background: Norway is known to have high rates of breastfeeding, and the majority of mothers breastfeed their infants. However, many mothers experience problems breastfeeding, and far from every mother breastfeed exclusively for the recommended first six months. The purpose of this study was to explore the variation of expectatives and attitudes towards breastfeeding among pregnant women.

Methods: The study was qualitative. 9 pregnant women were included in the study, all recruited through a health care station in the north-east of Oslo. Semi-structured interviews were used. The interviews lasted between 25 and 45 minutes each, and were subsequently transcribed and analyzed.

Results: The participants expressed a strong wish to breastfeed their infants, primarily because they considered it the healthiest option for the baby. Use of formula feeding to achieve better night-sleep from 3 months of age was seen as beneficial. Even though all participants were aware of the immunologic and nutritional advantages of breastmilk compared to formula milk, they still assumed formula would be a better option if the mother smoked or if she had an unhealthy diet. First-time mothers were surprised by questions about possible lactational problems, they mostly thought it would go naturally and by itself.

Conclusions: There are a lot of important gaps and misinterpretations concerning breastfeeding, some of which endanger a prolonged and happy period of breastfeeding in new mothers. Information ante-partum emphasizing that lactational problems are common, and where to seek help, is crucial to ensure mothers receive guidance early enough to avoid disruption of lactation.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	6
Metode.....	6
Analyseskjema.....	9
Resultater.....	13
Diskusjon.....	27
Konklusjoner.....	37
Litteraturliste.....	39
Vedlegg: Intervjuguide.....	45

Forventninger og holdninger til amming blant gravide

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 ¹. WHO's anbefalinger er fullamming fra fødselen til fylte 6 måneder, og delamming fram til toårsalder ². Norge har vært et foregangsland når det gjelder å opprettholde høy andel av ammende mødre. Tall fra den landsomfattende kostholdsundersøkelsen Spedkost II fra 2006 viser at 82 % av barn i Norge fullammes ved 4 ukers alder, 46 % fullammes ved 4 måneders alder og 9 % fullammes ved 6 måneders alder. Ved 4 ukers alder delammes 95 %, ved 4 måneders alder delammes 85 % og ved 6 måneders alder delammes 80 % ³. Dette viser at selv om de aller fleste barn i Norge får morsmelk, får over halvparten allerede ved 4 måneders alder enten morsmelkerstatning eller annen mat som grøt i tillegg til å bli ammet.

Arbeidet med å opprettholde disse tallene, samt å veilede alle mødrene slik at de både lykkes med ammingen og får en god opplevelse og følelse av mestring underveis i ammeforløpet, krever en stor innsats fra jordmødre, helsesøstre og leger på kontinuerlig basis. Selv om Norge ansees som et land som har lykkes når det gjelder å få mødre til å amme barna sine, 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 og ønsker å amme. Samtidig vil økt kunnskap om holdninger og kunnskap hos gravide og spedbarnsmødre gjøre helsepersonell bedre istand til å hjelpe de som ikke får til å amme, slik at de kan ta sine egne valg basert på riktig informasjon. 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.

Metode

Studien er kvalitativ, da det er det mest velegnete studiedesignet for å kartlegge holdninger og helhetlige oppfatninger i en befolkning. Hensikten med studien er å få et innblikk i variasjonen av forventninger, tanker og holdninger gravide har til amming og spedbarnsernæring. Ved å kartlegge hvor kunnskapsnivået ligger hos gravide, samt oppfatninger som kan føre til engstelse, økt stress og ammeproblemer, kan denne studien forhåpentligvis bidra til en bedre helsetjeneste for spedbarn og deres mødre. For å innhente informasjon er det benyttet semistrukturerte intervjuer av et utvalg gravide.

Intervjuguiden som dannet utgangspunkt for studien ble opprinnelig utarbeidet av førsteamanuensis Per Lagerløv ved institutt for helse og samfunn, avdeling for allmennmedisin, og stud.med Sara Nausthaug i samarbeid med Nasjonalt Kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet i Oslo. Spørsmålene ble da utarbeidet til bruk i en tilsvarende studie blant spedbarnsmødre i Buenos Aires, Argentina. Da denne studien er utført blant gravide ble intervjuguiden omarbeidet noe for å være bedre tilpasset denne gruppen. Hovedstrukturen i intervjuguiden er bevart, med spørsmål rundt amming, morsmelk, morsmelkerstatning, motivasjon for å amme, helseeffekter for mor og barn på

kort og lang sikt, praktisk gjennomførelse og mulige vanskeligheter. Veileder for studien har vært dr.med Per Lagerløv. Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK).

Intervjuguiden ble prøvd ut i pilotintervjuer og justert noe utfra erfaringene gjort der. Intervjuguiden slik den ble benyttet i studien ligger som vedlegg nr. 1.

Intervjupersoner til studien ble rekruttert blant gravide som gikk til svangerskapskontroller hos jordmor på en helsestasjon nordøst i Oslo, og som hadde termin i perioden november 2010 – april 2011. I tillegg var det et inklusjonskriterie at de behersket godt nok norsk til å forstå innholdet i intervjuet. Rekrutteringen skjedde via jordmor på helsestasjonen, de gravide fikk da spørsmål om de kunne tenke seg å delta i studien, og i så tilfelle fikk de med seg et informasjonsskriv om studien, og jordmor formidlet mobiltelefonnumrene deres til meg. Deretter tok jeg kontakt via telefon og fortalte litt mer om hva studien gikk ut på og hvordan det ville foregå praktisk.

Samtlige 11 gravide som ble kontaktet med forespørsel om deltakelse takket ja, og ble inkludert i studien. Alle hadde på forhånd mottatt både muntlig og skriftlig informasjon om studiens formål, anonymisering av dataene, mulighet til å trekke seg når som helst underveis i studien og om at deres valg om å delta eller ikke var helt uavhengig av helsestasjonens arbeid med dem. Underveis i studien var det to gravide som trakk seg, begge ble sykmeldt og var i behov av hvile på grunn av svangerskapet. Dermed ble det gjennomført til sammen ni intervjuer.

Alle de som deltok i studien var i en stabil livssituasjon, de hadde arbeid, fullført videregående utdanning og minst 1 års høyere utdanning og bodde sammen med barnets far. To var andregangsfødende og syv var førstegangsfødende.

Intervju	Alder	Bor med	Utdannelse	Jobb	Barn nr	Nettverk	Ble ammet selv?
1	30	barnefaren		Lønningskontor	1	Godt	Ja
2	31	barnefaren		Saksbehandler NAV	1	Godt	Ja
3	35	barnefaren	Innen IT	IT konsulent, privat sektor	1	Godt	Ja
4	25	Barnefaren og datteren sin	Fagbrev resepsjon	skoleassistent	2 (ammet barn nr 1 første 7 uker)	Godt	Nei
5	20	barnefaren	Idrettshøgskolen 1 årig	Personlig trener	1	Godt	Ja
6	31	barnefaren	Mastergrad fra Universitetet	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	1	Godt	Ja
7	33	Barnefaren og datteren sin og delvis en stedatter	3 årig høgskole	Sykepleier	2 (fullammet første barn til over 6 mnd, delammet litt over 12 mnd)	Godt	Ja
8	35	Barnefaren	5 årig høgskole	Sosionom og familierapeut. Jobber i NAV.	1	Godt	Ja
9	31	Barnefaren	1 årig utover vgs	Tannlegesekretær	1	Begrenset	Ja

De ble intervjuet mens de var i 3. trimester og intervjuene ble utført på helsestasjonen hvor vi fikk låne et av møterommene. Helsestasjonen var et kjent sted for de gravide, med kort avstand hjem og med tilgang til å snakke med jordmor i etterkant av intervjuet hvis de skulle ønske det. De gravide fikk selv velge om de ville sitte i sofa eller stol, og det var tilgang på frukt og vann under intervjuet. Intervjuguiden dannet grunnlaget for alle intervjuene, men hvert intervju ble også tilpasset individuelt utfra hvilke tanker og meninger som kom fram underveis. De gravide fikk i størst mulig grad snakke fritt om temaene som ble berørt i intervjuguiden, og hvis intervjuer ikke helt forstod innholdet i meningsytringene ble det stilt oppklarende spørsmål. Underveis i intervjuet ble det aldri gitt noen fasitsvar eller bekreftelser på om det de gravide ga uttrykk for var riktig eller ikke. Det ble heller ikke gitt uttrykk for hva intervjuer selv tenkte eller mente om temaene. Alle som ble intervjuet ble forsøkt ivaretatt på best mulig måte ved at intervjuer var åpen for alle svar og tanker, og intervjuet ble i samtlige tilfeller avsluttet med at intervjuer takket oppriktig for all informasjon og tanker de gravide hadde delt under intervjuet. Intervjuene varte alle mellom 25 og 45 minutter, og samtlige ble utført av samme person (stud.med. Matilde Risopatron Berg). Etter hvert intervju ble det også notert noen ord om stemningen under intervjuet.

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og deretter overført til PC. Båndopptakeren ble først vist til den gravide og det ble forklart hvordan den skulle brukes. Den ble ikke satt på før vi hadde hilst på hverandre og begge var klare for å starte intervjuet. De ble transkribert i anonymisert form. Under transkripsjon ble det tydelig differensiert mellom intervjuer, med bokstaven I og : , og intervjuobjekt, med bokstaven M for mamma og : foran hvert utsagn. Opptakene ble skrevet av ordrett, og det ble brukt ... for pause i ordflyten og i etterkant av utsagn preget av sterk overbevisning eller bestemthet ble det brukt utropstegn. Interjeksjoner ble også tatt med i transkriberingen. Etter analysering av transkripsjonene ble alle lydopptak slettet.

Da alle intervjuene var ferdig transkribert ble hvert enkelt av dem analysert etter et analyseskjema med kategorisering av de ulike temaene og meningene. Kategoriene i analyseskjemaet var utarbeidet for å danne grunnlaget for presentasjon av resultatene i studien på en mest mulig oversiktlig måte. (Se eksempel på analyseskjema neste side). Det ble fylt ut et skjema for hvert intervju. Først ble relevante utdrag fra transkripsjonen kopiert til analyseskjemaet innenfor hver kategori. Deretter ble utdragene innenfor hver kategori kondensert til fortettet form og skrevet i kolonnen ved siden av. I siste kolonne ble det skrevet ned ordrette sitater fra intervjuet, som på en spesielt god måte illustrerte eller tydeliggjorde den gravides tanker og holdninger innenfor hver kategori. Da samtlige intervjuer var analysert og overført til analyseskjemaet ble samme kategori i hvert av de ni skjemaene brukt som grunnlag for å presentere resultatene for hvert tema som var inkludert i intervjuguiden eller som kom fram spontant på de generelle spørsmålene som ble stilt.

Det ble lagt mer vekt på de svarene som kom på generelle og åpne spørsmål, og mindre vekt på de spørsmålene hvor intervjueren måtte spørre mer direkte og konkret, og dermed også mer ledende.

Underveis i planlegging, utførelse og analysering har jeg samarbeidet med stud.med Hanna Øien og stud.med Mari Askestad. De har parallelt med min studie utført en annen studie om amming med samme veileder og ved samme helsestasjon. De tok utgangspunkt i samme opprinnelige intervjuguide fra studien i Argentina, men omarbeidet den til å kartlegge erfaringer med amming blant mødre til 3-5 måneder gamle spedbarn i Norge. Da begge studiene omhandler amming og

tanker og holdninger til dette, bare på ulike tidspunkter i forløpet fra svangerskap til spedbarnsmor, har vi samarbeidet om å finne relevant litteratur både om amming, morsrollen og kvalitativ metode i forskningsstudier.

Analyseskjema

På neste side vises et av analyseskjemaene, slik det fremstod i ferdig utfylt form. Dette var arbeidsverktøyet for å systematisere resultatene av studien. I feltet for «Kategori» står det overordnede temaet som svarene handlet om. I «utdrag» står ordrette gjengivelser fra intervjuet, disse er valgt ut fordi de fanger hovedbudskapet i det som ble sagt. Under «kondensat» står tolkningen av gjengivelsen, formulert mer presist og kortfattet. «Sitat» feltet er brukt for å skrive ned den delen av utdragene som var aktuelle å bruke slik de var i resultatdelen av oppgaven.

Bruk av denne type analyseskjema for å få objektive resultater fra kvalitativ forskning er i tråd med det som anbefales i Kirsti Malteruds bok *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*⁴.

Intervju nr. 8

Kategori	Utdrag	Kondensat	Sitat
Motivasjon (Best for barnet, naturlig, tilknytning, best for mor, praktisk, økonomisk)	<p>Jeg tenker at for barnet så er det veldig viktig, både den kroppskontakten og selvfølgelig næringsstoffene det får i seg og sånn.</p> <p>Men den nære, jeg tror det er viktig ihvertfall de første månedene, at de får i seg det og høre hjerteslag og ligge hud mot hud, jeg tror det er viktig.</p>	<p>Amming er veldig viktig, på grunn av kroppskontakten og næringsstoffene.</p>	
Forventning (Hyppighet, varighet: fullamming og delamming, vansker, avlastning: egentid, flaskemating)	<p>Jeg har jo sett hva de anbefaler da. Minimum et halvt år, også har jeg liksom tenkt at jeg må se hvordan det går. Om man ikke fullammer så at man gjør det litt enten på kvelden eller morgenen. Jeg har tenkt at jeg bare må se det an jeg. Men så lenge jeg får det til og ungen er interessert så er det jo bare positivt å gjøre det.</p> <p>Kanskje sånn rundt et halvt år.(introdusere fast føde.)</p> <p>Sånn i utgangspunktet har jeg vel tenkt litt rosa om det. Litt sånn at det er koselig og søtt. Jeg har egentlig ikke tenkt på det at det kan gjøre litt vondt og gi nesten influensaaktige symptomer.</p> <p>Til å begynne med? Det er vel veldig ofte, åtte til tolv ganger eller noe sånt.(om hyppighet)</p> <p>etter tolv da, etter kveldsstellet, så kanskje du må regne med ihvertfall en to-tre ganger til før det blir sju-åtte om morgenen?</p> <p>Så kanskje når dem slutter med fullamminga, sånn mellom fire og seks måneder kanskje. Kanskje de ikke trenger det så mye da. Hvis dem får grøt om kvelden, at de kanskje blir mettere og klarer seg kanskje fra sånn ti om kvelden til sju-åtte om morgenen?</p> <p>M: Tja, det blir jo når det blir naturlig med flaske da. Det kommer jo litt an på når vi introduserer det. Det blir ihvertfall ikke før amminga har kommet godt i gang, så kanskje ikke før etter to-tre måneder. Sånn ca. Men da er det naturlig at han hjelper til. Ikke bare for avlastninga, men for at dem skal få den tida sammen. (forventning om at far skal hjelpe til med mating.)</p> <p>Jeg vet ikke jeg, jeg tror kanskje ikke det er så lurt å lage så store planer, jeg. Da tror jeg du kan gå på en smell. (om planer for permisjonstiden)</p> <p>Det er jo det hvis du får vondt, eller ikke har nok melk eller ikke får det til helt. Også er det jo... mange av venninnene mine som har sagt det at dem begynner å bli lei. Ikke sant, først så går du ni måneder gravid, og de siste tre er kanskje sånn at du gjerne vil bli litt deg sjøl igjen, også med engang du føler at du liksom bare er deg, så har du en som henger på puppen din tolv ganger i døgnet da. Det kan kanskje bli slitsomt, jeg ser den. (mulige vansker/ammeproblemer)</p>	<p>Klar over anbefalingene.</p> <p>Fullamme til seks mnd hvis det går. Delamme lenger, så lenge ungen er interessert og det går.</p> <p>Ikke tenkt over at det kan være vanskelig å amme.</p> <p>Tenker 8-12 ganger i døgnet er vanlig til å begynne med.</p> <p>Nattamming fram til de begynner å spise grøt.</p> <p>Grøt gjør at de sover bedre og lenger om natta.</p> <p>Far bør få mate med flaske etter 2-3 mnd både for egen tilknytning til barnet og avlastning til mor.</p> <p>Ikke lurt med for mye planer og gjøremål i permisjonstiden.</p> <p>Mulige ammeproblemer er fysisk smerte, for lite melk, at man blir bundet og ikke får tid for seg selv.</p>	<p>Ikke sant, først så går du ni måneder gravid, og de siste tre er kanskje sånn at du gjerne vil bli litt deg sjøl igjen, også med engang du føler at du liksom bare er deg, så har du en som henger på puppen din tolv ganger i døgnet da. Det kan kanskje bli slitsomt,</p> <p>Sånn i utgangspunktet har jeg vel tenkt litt rosa om det. Litt sånn at det er koselig og søtt.</p>

Kategori	Utdrag	Kondensat	Sitat
Kunnskap (Morsmelk, morsmelkerstatning; Fordeler, ulemper, innhold, produksjon, forskjeller for barnet)	<p>Men samtidig har jeg egentlig ikke tenkt på amming som et hinder, slik at du må være mye hjemme. Det er mer hvis du må gi morsmelkerstatning, at du hele tiden må være i nærheten av for eksempel mulighet til å varme det opp og sånn. Så på en måte så er du kanskje friere, du har jo maten med deg. Du trenger ikke å pakke alt det styret og passe på alt det.</p> <p>Det er mest barnet og at det er praktisk. Også er det jo ikke negativt at de fleste mødre går ned en kilo eller to.</p> <p>Det er vel om du er i form da. Det er klart at hvis du har mista mye blod, hatt en hard fødsel og er syk eller får fødselsdepresjon, så kan vel kanskje det virke inn på amminga, (melkemengde)</p> <p>Man kan amme oftere. Og drikke ammete.(øke produksjonen)</p> <p>jeg tenker at stress og generell uro, depressivitet kan vel sikkert gjøre det. eller hvis du har en vanskelig situasjon rundt deg, hvis du er alene med barnet for eksempel. Er veldig sliten, ikke får sove, ikke har noen å støtte deg til, så ville det ikke vært så rart om det påvirket melkemengden.</p> <p>du skal jo helst ikke røyke, ikke drikke alkohol. Det står jo også at du helst skal fortsette med de vitaminene du tok under graviditet, sånn som tran og sånn for at det skal gå inn i. Ja. Og når barnet er litt større, hvis du for eksempel spiser hvitløk så går det over, slik at barnet blir kjent med nye smaker.</p> <p>Det er vel det med for eksempel, de som har blitt amma kan forhindre å få noen allergier, tror jeg. Og litt sånn astma. Det er vel stort sett det, astma og allergi. ((forskjell på barn som har fått erstatning og ikke)</p>	<p>Du er friere med amming,- du har jo maten med deg- enn med erstatning(oppvarming, utstyr, pakke alt med seg)</p> <p>Det er praktisk å amme.</p> <p>Man går ned i vekt av å amme.</p> <p>Amme oftere og drikke ammete øker melkemengden.</p> <p>Stress, uro, sykdom, depresjon, søvnmangel minsker melkemengden.</p> <p>Du skal ikke drikke alkohol, helst ikke røyke.</p> <p>Kostholdet til mor bestemmer kvaliteten og innholdet i melken.</p> <p>Astma og allergi kan forebygges/dempes ved å amme. Det gjør ikke erstatning.</p>	<p><i>Men det er klart du får ikke den direkte fra moren med de antistoffene hun har som barnet da tar opp. Men det kan jo være positivt da, hvis mor røyker for eksempel. Det får du jo ikke det heller i morsmelkerstatninga.</i></p> <p><i>Jeg vet ikke om det kanskje har veldig høyt innhold av jern og vitaminer, sånn at de skal få absolutt alt. Så det er jo positivt med det da. Også er det kanskje, har det mer kalorier?</i></p> <p><i>Det er noen av venninnene mine som har sagt at hvis du liksom begynner å bli lei av å våkne tre ganger om natta for å amme, så gi dem heller flaske på kvelden med morsmelkerstatning. Fra dem er sånn to måneder eller noe sånt. Dem blir mettere, lenger.</i></p>
(Familie, Venner, Helsevesen,	<p>Overfor barnet ville jeg jo følt det litt. Men samtidig, hvis det er en god grunn til at du ikke gjør det så er det jo ingen som kan forvente det av deg. (forpliktelse)</p> <p>Kanskje moren min, moren hans, kanskje han. Jeg vet ikke helt om han mener så mye om det. (hvem vil ha påvirkningskraft)</p>	<p>Føles litt som forpliktelse overfor barnet.</p> <p><i>Ingen kan forvente mer av deg enn at du gjør ditt beste.</i></p>	

Kategori	Utdrag	Kondensat	Sitat
Livssituasjon, Forpliktelse?)	<p>Det er vel kvinner som snakker mest om det også. Jeg vet ikke om pappa og sånt, han har sikkert en mening om det, men jeg er ikke så sikker på at han stikker det opp i nesa mi.</p> <p>Moren min og har jo sikkert mer erfaring med det enn meg. Hun som har amma to, og jeg som ikke har amma noen. Så hvis det skulle være noen problemer, det ville vært like naturlig for meg å spørre henne som nesten å ha gått på helsestasjonen. Ihvertfall i første omgang.</p>	<p><i>Kvinnene i familien snakker og mener mest om amming, og de har derfor større påvirkningskraft enn mennene.</i></p> <p><i>Egen mor har erfaring med amming, derfor er det naturlig å spørre henne.</i></p>	
Kropp (Vekt, Pupper, Selvbilde)	<p>Men det er jo naturlig, du får et litt sånn wowforhold til hva du egentlig klarer. På hvordan kroppen er skapt. (om hvordan forholdet til egen kropp endres)</p> <p>jeg tror at hvis du er fornøyd med kroppen din og godtar at den forandrer seg, så tror jeg du vil kunne produsere melka og liksom være glad for det. Men hvis du synes det er negativt, det er jo noen som ikke liker at dem legger på seg for eksempel. Eller hvis partneren ser på deg litt sånn, nei nå har du blitt skikkelig feit, det er klart at det er ikke positivt. (kroppsbildets mulige innvirkning på amming)</p>	<p>Godt fysisk selvbilde og aksept av fysiske endringer er positivt i forhold til å lykkes med amming. Og omvendt.</p>	<p>Du får et litt sånn wowforhold til hva du egentlig klarer. På hvordan kroppen er skapt.</p>
Helsevesenet (Informasjon, passe/mye/lite, Inntrykk nå , Hva burde det være)	<p>M: Ja, for da har jeg ihvertfall tenkt på det, og vet at det er ikke bare meg hvis det skulle.... hvis du sitter der en uke inni deg og griner og styrer. Så er det flere som har opplevd det. (om å bli forberedt på at ammeproblemer er vanlige, og at helsestasjonen kan oppsøkes med engang for hjelp)</p> <p>I: Det vil være mest behov for informasjon når babyen har kommet?</p> <p>M: Ja, når jeg ser hvilke problemer og behov jeg vil ha og hun vil ha. Om vi ikke får det til eller jeg ikke får nok melk, da vil jeg jo trenge hjelp. Men helsestasjonen, dem har jo sagt at det er bare å komme hit.</p> <p>Jeg ville nok ha kontaktet helsestasjonen. Men jeg skal føde på Ahus, og der har dem visst en sånn ammepoliklinikk som du kan henvende deg på inntil 14 dager etter fødsel sånn ca. Enten der eller på helsestasjonen.</p>	<p>Viktig å vite på forhånd at ammeproblemer er vanlig, så man ikke føler seg helt alene om det, og at man vet på forhånd hvor man kan få hjelp.</p> <p>Viktig å oppfordre til å søke hjelp tidlig i forløpet.</p> <p>Mest informasjonsbehov når babyen har kommet.</p> <p>Helsevesenets ideelle rolle er å opplyse om hvorfor amming er viktig, og hvordan man gjør det. De må ha tid til å hjelpe deg. De burde være støttende i ettertid, følge opp på kontrollene etter fødselen.</p>	

Kategori	Utdrag	Kondensat	Sitat
	M: Det er jo å bidra til opplysning om hvorfor det er viktig, og opplyse om hvordan man gjør det. Og at dem har tid til å hjelpe deg hvis du har behov for det. Kanskje at dem kan være mer støttende i ettertid. Nå synes jeg dem er veldig på i forkant, men da veit du ikke helt hva som er. Man er jo på kontroller og man har jo ansvar for å ta opp sånt sjøl. Nei, jeg synes det er bra sånn som det er.	Det er bra slik det er idag.	
Annet offentlighet, hva kvinner forteller	Men samtidig så har jeg jo hørt en del skrekkehistorier om såre brystvorter og brystbetennelser. M: Nei, jeg vil kanskje være veldig bevisst på det sjøl de første gangene. Og sitte på senteret og dra fram. Men jeg tror ikke jeg ville tenkt på det hvis noen andre gjorde det. Men å sitte der sjøl, da ville jeg tenke litt sånn uffda. Men så går det nok over etterhvert.	Såre brystvorter og brystbetennelser har de fleste hørt om og er redde for. Amming i offentlighet er helt greit, tenker aldri over det når andre gjør det, men vil nok gjøre det i begynnelsen når man selv gjør det.	

35 år, samboer, fast jobb, høyere utdanning, første barn. Godt nettverk. Ble ammet selv.

Resultater

I perioden oktober 2010 til februar 2011 intervjuet jeg ni gravide som var i siste trimester av svangerskapet. Hvert intervju varte mellom 35 og 45 minutter. Mange visste ikke så mye om amming før intervjuene, og de færreste hadde tenkt noe særlig over at det kom til å være en stor del av hverdagen etter fødselen. En del av spørsmålene i intervjuet dreide seg om temaer de aldri hadde reflektert over, og kanskje heller ikke ville reflektert over hvis ingen hadde spurt dem. Dette gjaldt spesielt spørsmål om det var noen forskjell på morsmelk og morsmelkerstatning, hva forskjellen eventuelt bestod i, spørsmål om hva som kunne påvirke morsmelkens sammensetning, innhold og mengde, og spørsmål om det er noen forskjell på barn som har fått morsmelk og barn som har fått morsmelkerstatning. Svarene på mange av disse spørsmålene kom hos de fleste etter en liten tenkepause, og etter å ha resonnert der og da over hva de hadde hørt og trodde, og alle sa at de ikke var sikre på om de trodde riktig. På grunn av dette ble intervjuet en slags intervensjon i seg selv, de gravide ble bevisste aspekter og problemstillinger ved amming og spedbarnsernæring som de tidligere aldri hadde tenkt over, og langt mindre gjort seg opp en mening om. Parallelt med at de ble intervjuet foregikk det en mentalisering av hvordan det ville bli etter fødselen. Alle de førstegangsgravide ga uttrykk for dette under intervjuet, og de virket overrasket over virkningen det hadde i forhold til å tenke over aspekter ved amming de aldri før hadde tenkt på. For å få et mest mulig klart bilde av hva de tenkte og mente om amming i utgangspunktet, startet intervjuet med noen generelle spørsmål slik at de kunne snakke mest mulig fritt og upåvirket av de mer konkrete spørsmålene senere i intervjuet.

Hvorfor vil de fleste i utgangspunktet amme?

I begynnelsen av intervjuet ble alle spurt om hva de tenkte om amming generelt, om de hadde tenkt å amme barnet sitt og hvorfor. Alle som ble intervjuet ønsket å amme, og ville forsøke så godt de kunne å få det til. Motivasjonen deres for å amme var først og fremst at morsmelk er den beste næringen for barnet og kroppskontakten med barnet. Flere nevnte også at det er praktisk og økonomisk sammenliknet med alternativet, som er morsmelkerstatning.

Amming er en enkel, effektiv, naturlig og billig måte å gi barnet mat på. Gravid, 20 år

Det er mest praktisk å amme. Man slipper å kjøpe barnemat og ha med det overalt. Puppen er jo der, hele tiden. Gravid, 30 år

Alle mente at det var en naturlig del av det å bli mor at man ammet barnet sitt. Mange sa at det føltes som noe gammelt, som var blitt gjort bestandig, og at kvinner er skapt til å amme barna sine. De var sikre på at morsmelk var aller best for barnet, selv om de ikke var helt sikre på hvorfor. De fleste hadde hørt at amming beskytter mot astma, allergi og sykdommer generelt, men noen følte seg forvirret over alt de hadde lest i aviser og om forskning. Flere var skeptiske til forskning på grunn av at det var så mye motstridende informasjon, spesielt om morsmelk og dens forebyggende virkning. Alle som ble intervjuet sa at de valgte å tro at morsmelk er best for barnet uansett hva ulike forskere skrev om astma og allergi, fordi kvinner har ammet bestandig og det er naturlig.

Jeg tror det viktigste er at jeg tror det er best for barnet. Gravid, 31 år

Alle ville gjøre det de kunne for å gi barnet de beste forutsetningene helt fra fødselen, og de så amming som en del av det. Grunnholdningen var at de ønsket å amme, ihvertfall forsøke så godt de kunne, og at det var aller viktigst de første månedene. Noen nevnte at det var en forventning i samfunnet vårt om at alle burde amme, men at de selv ønsket det for å gi barna sine den beste næringen og beskyttelsen mot sykdommer. De så det som sitt eget, personlige og selvstendige valg, men noen sa at det i tillegg var lettest å velge å amme, fordi det stemte overens med samfunnsnormene i Norge.

Altså, morsmelk er jo det beste. Uansett hva alle sier, så tror jeg ikke det går an å erstatte det. Gravid, 20 år

Det første de nevnte var næringen i morsmelken, at den var best for barnet. Det andre var nærkontakten med barnet, at amming gir et unikt bånd mellom mor og barn fordi det krever kroppskontakt over lengre tid, flere ganger daglig.

Men det nære, jeg tror det er viktig, ihvertfall de første månedene, at de får i seg det og høre hjerteslag og ligge hud mot hud. Gravid, 35 år.

Kroppskontakten og ammingens betydning for barnets tilknytning til moren var viktig for alle de gravide, men det kom også fram at akkurat dette aspektet var en motivasjon for å begynne med flaskemating etter et par måneder. Mange av de gravide var nemlig opptatt av at barnet burde få mulighet til å utvikle god tilknytning og tette bånd til faren sin også. De ønsket derfor at faren skulle få delta i å mate barnet ved å gi flaske. Flere presiserte at det ikke nødvendigvis betydde at de ville bruke morsmelkerstatning, men at de forestilte seg at de kunne pumpe seg og at far kunne gi morsmelken på flaske. De ønsket at faren skulle bli knyttet til barnet og oppleve en del av det de selv fikk oppleve gjennom å amme. Samtidig ønsket de å få avlastning fra ammingen, og kanskje til og med kunne komme seg ut av huset alene en gang i blant mens far tok seg av stell og mating.

Han syntes det var veldig fint sist, å få ordne og styre og mate henne uten at jeg trengte å være tilstede. Han følte seg litt mer som pappa, superpappa. Gravid for andre gang, 25 år.

Flere hadde en forventning om at far hadde et ansvar for å ta del i mest mulig, da barnet var like mye hans som deres. De mente likevel at amming naturlig nok var noe moren måtte gjøre, men mange tenkte seg at far kunne være den som løftet opp barnet til dem, eller hentet puter og vann til dem, og slik kunne kompensere for sin manglende mulighet til å amme. Parallelt med denne forventningen ville de aller fleste ha mest mulig av fødselspermisjonen selv.

Hvor ofte og hvor lenge?

På spørsmål om hvordan de tror det er å amme, sier de fleste først at det sikkert er koselig. Noen ser på det som et praktisk gjøremål, andre som litt slitsomt. Alle hadde en realistisk forventning om at barnet skal ha mat ca hver tredje time døgnet rundt til å begynne med. De fleste ønsket å fullamme til barnet var 5-6 måneder gammelt, de hadde enten lest eller hørt at det er anbefalingene fra helsevesenet. Alle tenkte å fortsette å amme ved siden av innføringen av fast føde utover de første 6 månedene, men det var mer usikkerhet og større variasjon i hvor lenge de forestilte seg å delamme. Mange visste ikke hvor lenge det var vanlig eller naturlig å amme, og sa de måtte ta det som det kom. Andre tenkte at de ville fortsette til barnet var ca ett år, hvis barnet fortsatt viste interesse for brystet. Nesten alle følte seg sikre på at de ville slutte å amme før permisjonstiden var over og de skulle tilbake på jobb. Noen av dem som enten hadde barn fra før eller hadde nære venninner med

litt større barn, tenkte seg at de kanskje kunne fortsette å amme en gang på kvelden/ettermiddagen noen få måneder etter at barnet var blitt ett år, de hadde sett at det fint lot seg kombinere med å jobbe.

Jeg har tenkt at jeg skal fullamme til seks måneder, eller prøve ihvertfall, og fortsette å amme så lenge jeg er i permisjon. Jeg vet at jeg ikke skal amme så lenge at hun (barnet) begynner å snakke om det, da er det nok. Gravid, 31 år

Det var noen egne spørsmål om nattamming i intervjuet. Alle var forberedt på at barnet skulle ha mat også om natta, ihvertfall de første ukene. Noen få mente at så lenge barnet trengte det så var det greit med nattamming gjennom det første leveåret. Andre forestilte seg at det var naturlig med ihvertfall ett og kanskje to måltider om natta fram til barnet var 6-7 måneder og var kommet godt i gang med fast føde. Men det var også mange som hadde hørt fra venninner at barna sov bedre om natta hvis de enten fikk en flaske med morsmelkerstatning rett før leggetid, eller at man begynte med grøt om kvelden fra fire måneders alder. Flere av dem som først sa at de ville fullamme til barnet ble seks måneder, sa etterpå at de ville se an hvor godt barnet sov om natta, og hvis det var mye uro og oppvåkning ville de begynne med grøt fra fire-fem måneders alder.

Hvis barnet er urolig på natta så kan man gi noe mer. Fordi det betyr at de ikke får nok mat, tror jeg. Gravid, 35 år.

De som hadde barn fra før hadde tenkt mer over søvnmønster og døgnrytmen til det kommende barnet. De snakket mer om hvor viktig det var å etablere gode søvnvaner, og ønsket ikke å skape en vane med å tilby brystet med en gang barnet våknet når det var blitt tre-fire måneder gamle. De mente nattamming var nødvendig fram til barnet begynte med fast føde og litt lenger, men kanskje prøve å roe barnet på annen måte først, og begrense måltidene litt mer om natta enn på dagen.

Egentlig så ville jeg kutta ut nattamming så tidlig som mulig, for ikke å lage noen uvaner, og prøve å få en jevn søvn gjennom natta for både babyen og meg. Gravid, 25 år.

Hva kan være vanskelig med å amme?

På spørsmål om hva de tenkte kunne være vanskelig med amming ble mange overrasket over spørsmålet. De fleste hadde tenkt at amming var noe som i grunnen gikk av seg selv, og hadde ikke tenkt at det kunne være vanskelig i det hele tatt. De som hadde snakket litt om amming med jordmor på helsestasjonen, eller hadde nære venninner som ammet, var mer bekymret for å få vansker. De fleste forventet å få litt såre brystvorter. Mange nevnte brystbetennelse og for lite melk

som de to viktigste grunnene til å slutte å amme før de hadde tenkt. «Å miste melka» var et uttrykk mange brukte om venninner som hadde sluttet fordi de ikke hadde nok melk.

Gjør det vondt, får man det til, har man nok melk, vil ungen klare å suge som den skal, blir det sårt, får man brystbetennelse? Gravid, 31 år.

Noen av de gravide var opptatt av å få kroppen sin tilbake etter svangerskapet, uten å måtte dele den så konstant med en annen. De ga uttrykk for at amming fort kunne bli en fortsettelse av den intime delingen av kroppen sin med barnet, etter å ha båret på det i hele svangerskapet og kanskje også hatt en del plager med det. De ønsket å amme, men var litt usikre på hvor lenge og at noe av det som kunne bli vanskelig var rett og slett at det kunne være slitsomt og at man blir bundet til å være med barnet hele tiden. Andre var mer bekymret for hvordan de skulle vite at barnet fikk i seg nok melk, de kunne jo ikke se hvor mye det drakk. Det var både førstegangsgravide og andregangsgravide som syntes det var et stressmoment å ikke vite nøyaktig hvor mye morsmelk barnet får i seg fra brystet. De fleste så det som avgjørende for å lykkes med amming at barnet fikk til å suge riktig og at både mor og barn holdt seg friske. De håpet alle sammen at de skulle få det til, og at de ville få tilstrekkelig og tidsnok hjelp hvis de fikk vansker. Alle var opptatt av at de første fire til seks ukene trengte de ro rundt seg for å bli kjent med barnet og komme inn i nye rutiner. Alle var bevisste på å ikke ha for mange planer i permisjonstiden, men alle hadde ambisjoner om å komme seg ut i frisk luft og trille turer med barnet så fort som mulig. De fleste håpet å få tid til å trene for å komme i form selv også, mens noen tenkte at det fikk vente til de var ferdige med å amme.

Ikke sant, først så går du ni måneder gravid, og de siste tre er kanskje sånn at du gjerne vil bli litt deg sjøl igjen, også med engang du føler at du liksom bare er deg, så har du en som henger på puppen din tolv ganger i døgnet da. Det kan kanskje bli slitsomt..... Gravid, 35 år

Hva vet gravide om morsmelk og morsmelkerstatning?

Først ble de spurt om hva man kan gjøre hvis man har for lite melk. Den umiddelbare løsningen flere foreslo da var å supplere med morsmelkerstatning etter at barnet hadde tømt begge brystene for melk. En del foreslo at man kunne legge barnet oftere til og slik stimulere til økt melkeproduksjon. Alle svarte at de hadde fått vite på helsestasjonen at produksjonen av melk i brystene justerte seg etter hvor mye barnet spiste og hvor ofte man la barnet til, men mange sa på slutten av samme setning at noen kvinner aldri får opp melkeproduksjonen samme hva de gjør. Alle virket villige til å prøve å øke produksjonen ved å amme oftere som det første de ville gjort hvis det ikke var nok melk. Samtidig ga de sterkt uttrykk for at det viktigste var at barnet ble mett og fikk nok mat, så de ville ganske fort gi morsmelkerstatning ved siden av å amme. Noen allerede etter et døgn, andre etter to-tre døgn med hyppigere amming. Det var påfallende under intervjuene hvordan bruk av morsmelkerstatning var det første de nevnte, og hyppigere amming først ble nevnt som et alternativ på mer direkte spørsmål om hva de kunne gjøre for å øke melkeproduksjonen.

Jeg har hørt at om man ikke slutter så vil brystene produsere nok etterhvert. Men gjør de ikke det, så gjør de ikke det. Gravid, 31 år

Mange nevnte at man kunne drikke ammete, og alle var sikre på at det var avgjørende å få i seg nok væske for å produsere nok melk. Alle unntatt en av de som ble intervjuet var også overbevist om at kostholdet til moren hadde stor innvirkning på både kvalitet og mengde av morsmelk. De var ganske sikre på at et sunt kosthold med mye frukt og grønnsaker og lite sukker og hvitt mel ville både øke melkemengden og bedre kvaliteten på morsmelken. Flere så for seg en direkte sammenheng mellom hva mor spiste til forrige måltid og hva som barnet fikk fra morsmelken ved neste måltid. Noen trakk derfor konklusjonen at hvis mor hadde et usunt kosthold var kanskje morsmelkerstatning et bedre alternativ, da ville barnet være sikret riktig mengde med vitaminer og næringsstoffer. Det samme gjaldt røyk og alkohol, det var det første de nevnte av ting som påvirker morsmelkens sammensetning og kvalitet. Over halvparten mente at morsmelkerstatning var bedre hvis moren ikke klarte å slutte å røyke. Noen få sa også at de fikk dårlig samvittighet hvis de spiste en hamburger eller en sjokolade, for det kom jo rett ut i melken til ungen deres! Kaffe, sukker og medisiner ble også nevnt blant tingene som gikk over i morsmelken og kunne påvirke barnet. Enkelte mente også kolikk i en del tilfeller skyldtes mors matvaner, og kunne bedres hvis mor kuttet ut enkelte matvarer.

Røyk, alkohol og alt annet usunt og junk food går rett over til barnet, på samme måte som under graviditet. Gravid 25 år.

Hva som kunne minske melkeproduksjonen eller gjøre at man «mistet melka» sa nesten alle at først og fremst var sykdom hos mor eller barn, slik at man ikke fikk gjennomført ammingen, og at melka da ville forsvinne på grunn av manglende stimulering. Mange nevnte spesifikt brystbetennelse som eksempel på en slik sykdom og som en forståelig grunn til å slutte å amme. Ingen nevnte stress og mangel på nok hvile hos mor som årsak til redusert melkemengde, ikke før de fikk direkte spørsmål om de trodde stress hadde noe å si for melkeproduksjonen. Da sa de seg straks enige, for stress mente de påvirket alt og var aldri godt for noe, og derfor sikkert ikke for melkeproduksjon heller. Noen nevnte i den sammenheng at det dermed ble en ond sirkel, for det måtte være vanskelig å ikke bli stresset hvis man følte at man ikke hadde nok melk, og jo mer stresset man blir jo mindre melk får man. Ingen nevnte utdrivningsrefleks iløpet av intervjuene. Ingen av de som ble intervjuet virket som de var klar over at morsmelken ikke kommer ut hvis ikke utdrivningsrefleksjonen kommer igang. De konkluderte med at hvis man ikke fikk ut noe når barnet lå ved brystet eller ved å pumpe, så var det fordi det ikke var melk i brystet.

Hvis man stresser for at man ikke har nok melk, så gjør det kanskje vondt verre. Gravid, 31 år

På spørsmål om forskjellene på morsmelk og morsmelkerstatning, visste de fleste om at morsmelk har antistoffer og at den derfor har en beskyttende effekt mot sykdommer. Det trodde de ikke fantes i morsmelkerstatningen. Enkelte var usikre på hvor lenge det var antistoffer i morsmelken, de var sikre på at det var der i begynnelsen, derfor var det aller viktigst å amme de første månedene. Flere tvilte på at morsmelken hadde like god kvalitet og like god effekt på barnets immunforsvar når barnet ble større. De så for seg at effekten på immunforsvaret dabbet gradvis av etter 6 måneder og fram til ettårsalderen. Andre igjen mente at barnet kunne ha god nytte av morsmelk utover det første året, men da i mindre mengder og nærmest som et vitamintilskudd med antistoffer.

Morsmelk har noe bittelite. Som gjør at det er anbefalt med morsmelk framfor morsmelkerstatning. Jeg håper og tror det. Gravid, 31 år

Noen få sa også at fettsammensetningen i morsmelk er unik og bedre for barnet enn fettsammensetningen i morsmelkerstatning. De fleste mente at morsmelkerstatning hadde høyere innhold av alle vitaminer og jern, og derfor sikret god vekst og hindret vitamin og jernmangel bedre enn morsmelk. Under dette punktet var det mange som koblet sunt kosthold som en nødvendighet hvis man skulle amme, og røyking som et argument for å heller bruke morsmelkerstatning. Noen få sa at det er mer kalorier i morsmelkerstatning, og at barnet derfor både sover bedre og vokser fortere. En av dem som visste det sa også at det kunne bli mer fordøyelsesproblemer hos barnet ved bruk av morsmelkerstatning. Flere så det som en fordel at med morsmelkerstatning kunne de hele tiden vite hvor mye barnet fikk i seg. Da ville det være lettere å vite om barnet faktisk var mett, og slik kunne skille mellom gråt på grunn av sult og andre ting. Å være sikker på at barnet fikk nok mat var det de fleste var mest bekymret for, og de følte at vissheten en kunne få ved å bruke morsmelkerstatning var den mest betydningsfulle fordelene med det. Selv om alle i utgangspunktet ønsket å amme, virket det som usikkerheten på om barnet fikk nok lett kunne få mange til å supplere med morsmelkerstatning hvis de i en periode skulle få litt redusert melkemengde eller barnet var mer urolig over mer enn et par døgn. Samtidig var de fleste overbevist om at det var enklere å amme, da slapp man å sterilisere tåteflasker og måleskjeer, og man behøvde ikke ha tilgang på varmt vann hele tiden. De så det som en stor fordel med amming at melken var der hele tiden og at de ikke behøvde gjøre noe mer enn å legge barnet til brystet for å gi det mat.

Du er friere med amming- du har jo maten med deg. Gravid 35 år

Alle var helt sikre på at morsmelk er den aller beste maten for spedbarn, og at uansett hvor bra morsmelkerstatningene blir vil de aldri bli bedre enn det kroppen lager selv til hver kvinnes eget barn. Alle mente hovedgrunnen til at morsmelk er best er effekten det har på immunforsvaret til barnet, både i form av beskyttelse mot sykdom mens det blir ammet, men også i forhold til å legge et best mulig grunnlag for et sterkt immunforsvar senere i livet. Men da de senere i intervjuet ble spurt om de trodde det var noen forskjell på barn som har fått morsmelk og barn som har fått

morsmelkerstatning, svarte de aller fleste at det trodde de ikke. De sa at de hadde hørt at forskningen viste at det kanskje var en forskjell, men de stolte mye mer på sine egne observasjoner og inntrykk av barn de kjente som hadde fått morsmelkerstatning og barn som hadde fått morsmelk. Selv om de bare kjente et eller noen få barn som ikke hadde blitt ammet, var det nok til at de ikke mente å ha sett noen forskjell i hvor ofte de var syke eller hvor friske de virket generelt. Samtidig virket det som mange syntes det ble feil å utpeke bruk av morsmelkerstatning som direkte avgjørende for barnas fremtidige helse, de presiserte at man kan være en like god mor uten å amme, og at de mødrene som ikke ammer ofte passer ekstra godt på å gi vitaminer og riktig kosthold ellers.

Blant de få som mente det var en forskjell på barna som hadde fått morsmelk og de som hadde fått morsmelkerstatning, var det bare en som direkte sa at de sistnevnte er mer syke.

Barn som får erstatning vokser veldig fort, og er mer syke. Gravid 31 år.

Alle var svært tilfredse med at det finnes morsmelkerstatning, de følte det som en god trygghet å vite at hvis de ikke skulle få til å amme så finnes det gode alternativer. Alle var opptatt av at det viktigste var at man prøvde så godt man kunne, men de fleste følte at forskjellene på morsmelk og morsmelkerstatning ikke var store nok til at de ville presse seg til å amme for enhver pris hvis det skulle bli vanskelig, vondt eller svært slitsomt av en eller annen grunn. De håpet de i så tilfelle ikke ville føle det som et nederlag å måtte gå over til å bruke morsmelkerstatning, men trodde nok de ville blitt litt lei seg, fordi de hadde bestemt seg for at de ønsket å amme. Det viktigste for alle var at barnet skulle få nok å spise og vokse nok i riktig tempo.

I tabellen nedenfor er en oppsummering av det de gravide sa om morsmelk og morsmelkerstatning.

Morsmelk/Amming	Morsmelkerstatning
Inneholder antistoffer, og forebygger sykdom	Inneholder mer vitaminer og jern.
Er spesialtilpasset hver enkelt kvinnes eget barn	Inneholder flere kalorier, og gir bedre metthetsfølelse.
Har en bedre fettsammensetning	Inneholder ikke antistoffer og forebygger derfor ikke sykdom.
Har mer variert smak, avhengig av morens kosthold.	Fremmer sammenhengende søvn om natten.
Er enkelt og praktisk.	Er ikke forurenset av røyk, alkohol og junk food moren kan spise.
Forebygger astma og allergi.	Det er tidkrevende.
Mengde og kvalitet er avhengig av morens kosthold.	Gir bedre kontroll over matinntaket til barnet, lettere å være trygg på at det spiser nok.
Røyk, alkohol, koffein og medisiner går over i melken og påvirker barnet negativt.	Barnet vokser fortere.
Gir bedre kroppskontakt og fremmer en trygg tilknytning mellom mor og barn.	Barnet får lettere hard mage.
Reduserer stresshormoner hos moren	Moren får mer frihet til å være borte noen timer, og bedre mulighet til avlastning.
Reduserer risikoen for brystkreft hos moren.	Bedre mulighet for at far kan knytte seg fort til barnet.
Gjør det lettere å komme tilbake til trivselsvekt for moren, hvis det kombineres med sunt kosthold.	Barnet blir tryggere på omgivelsene når flere forskjellige kan mate det.
Det er gratis.	Mor får ha kroppen sin for seg selv, og slipper
For lite melk gir veksthemming hos barnet.	

Det er naturlig. Det kan gi hengepupper. Det kan gi større og finere pupper. Kroppen renses.	såre brystvorter og brystbetennelser. Det er dyrt.
---	---

Hvordan påvirkes morens egen psykiske og fysiske helse av amming?

Det første nesten alle de gravide sa når de skulle nevne eventuelle fordeler for moren ved å amme, var at amming øker forbrenningen og er en god drahjelp for å komme tilbake til trivselsvekten sin. Flere så dette som den eneste virkningen på morens kropp, men mange påpekte også at amming kun ville virke slankende hvis de samtidig spiste sunt og var fysisk aktive. Det var bare en av dem som sa helt tydelig at man måtte vente til man sluttet å amme med å gå aktivt ned i vekt. Flere mente det var viktig å spise sunt og mye nok, fordi melkeproduksjonen ellers kunne bli redusert eller morsmelken kunne bli av dårligere kvalitet. Ingen så sammenhengen mellom melkeproduksjon og tæring på morens egne nivåer av mineraler og vitaminer. De ønsket å spise riktig først og fremst for å gi barnet best mulig og mest mulig morsmelk, og for selv å komme fortere tilbake til sin opprinnelige vekt. De så ikke på det som viktig for å bevare sin egen beinmasse og helse. Noen få visste at amming reduserer risikoen for å få brystkreft. Alle følte seg sikre på at amming var sunt for moren, uten å vite hvorfor, men de så amming som så naturlig at det uten tvil måtte være sunt også. Gjennom hele intervjuet kom det fram en grunnleggende overbevisning hos nesten alle om at det som er naturlig alltid er det sunneste og beste, derfor var også morsmelk og amming det sunneste og beste for både barnet og moren, hvis de fikk det til.

I forhold til hvordan amming påvirket kroppen delte de gravide seg i to omtrent like store grupper. Den ene var mest opptatt av at brystene kom til å bli slappere og henge mer. De så på det som en naturlig konsekvens av å ha ammet, litt negativt, men helt akseptabelt. Den andre gruppen ga uttrykk for at de ikke hadde vært så fornøyd med brystene sine i utgangspunktet, men nå som de hadde blitt større var det litt bedre. Siden de ikke likte utseende på dem før graviditeten syntes de ikke det gjorde noe om de forandret seg etter å ha ammet. På dette punktet var det ingen som stolte på informasjonsbrosjyrene fra helsedirektoratet hvor det står at amming ikke gir hengende bryster. Alle stolte på det de selv hadde sett hos sine egne mødre eller venninner, eller det de hadde hørt av historier fra andre kvinner. Det store flertallet av de gravide som ble intervjuet syntes ikke forandring av brystene var av avgjørende betydning for å velge å amme.

Altså, man ser jo naturlig, man har jo fått en unge. Det er en del av det. Man har ikke like faste pupper som man hadde før, men det, jaja, da får man bruke en BH da. Gravid, 33 år.

Mange så det som en forutsetning for å trives med å amme at moren aksepterte og slo seg til ro med de fysiske forandringene svangerskapet og ammingen medfører på både vekt generelt og brystene. Flere mente også at amming senket nivået av stresshormoner i kroppen, slik at det ble lettere for moren å føle seg opplagt til tross for avbrutt søvn og hele den nye situasjonen etter fødselen.

På spørsmål om de syntes selvbildet deres hadde endret seg iløpet av svangerskapet, og om dette eventuelt kunne påvirke hvor lenge de ammet, var det også todelte svar. En gruppe av de gravide følte at selvbildet hadde blitt bedre, de var imponerte over hva kroppen deres kunne klare, og syntes det var irrelevant at de hadde lagt på seg.

Gleden ved å få et barn, da har det lite å si om du har fått et strekkmerke på rumpa liksom. Gravid, 20 år.

Du får et litt sånn wow-forhold til hva du egentlig klarer. På hvordan kroppen er skapt. Gravid, 35 år.

Denne gruppen var overbevist om at ammingen ville gå lettere og føles mer naturlig som følge av økt selvtillit. Den andre gruppen var mindre komfortable med å ha lagt på seg, og mente det hadde mest å si at partneren deres støttet dem og oppmuntret dem. Hvis partner var fornøyd med utseendet deres kunne det kompensere for at de selv syntes selvbildet hadde forverret seg iløpet av svangerskapet. Så lenge partner fortsatte å støtte mente de ammingen ville være upåvirket av hvordan de selv følte om kroppen sin. Flere var opptatt av at amming er noe intimt, og at det kom til å kreve en mental omstilling for å kunne være avslappet og tilpass med å amme utenfor hjemmet eller med andre på besøk. Brystenes funksjon kom til å endres fra privat og seksuell til offentlig eksponerte og matfat. De fleste trodde dette kom til å gå av seg selv, i hvert fall for deres eget vedkommende. Noen forestilte seg imidlertid at dette ikke var like lett for alle kvinner, da det kan være vanskelig med intimitet hvis det for eksempel er en forhistorie med seksuelle overgrep. De som nevnte dette var opptatt av at helsepersonell alltid burde huske på muligheten for dette når de er i kontakt med kvinner som ikke ønsker å amme eller synes det er vanskelig. Amming i offentlighet var alle for, men alle ville og mente man burde være litt diskret, enten ved å dra genseren litt ned over øvre del av brystet og skjule seg litt bak barnet, eller ved å finne et mer skjermet sted.

Jeg tror ikke jeg ville tenkt på det hvis noen andre gjorde det (ammet i offentlighet). Men å sitte der sjøl, da ville jeg tenke litt sånn uffda. Men så går det nok over etterhvert. Gravid, 35 år.

Hvem snakker de med om amming, hvem får de råd og støtte fra?

De færreste har snakket om amming med sine nærmeste, men de sier det er en naturlig forventning om at de kommer til å amme og alle vet at det er bra. De gravide som nærmet seg termin hadde fått høre litt mer fra venninner og familiemedlemmer som har barn om hvordan det er å amme. De som hadde litt lenger igjen til fødselen følte at de verken hadde hatt behov for å snakke om det eller at det var naturlig før det nærmet seg eller babyen var født. Alle hadde mødre som hadde ammet dem eller noen av søsknene deres, og det var vanlig å amme i både egen og partners familie. De færreste visste hvor lenge de hadde blitt ammet som små, men det viktigste for dem var at deres egen mor hadde noe erfaring med amming. Nesten alle så på sin egen mor som den viktigste personen å

snakke med om amming. De mener partneren deres støtter dem uansett, og lar valget om å amme eller ikke være opptil dem. De tror både partner og egen far er positive til amming, men de ser på amming som en kvinneting, og er ikke så interessert i hva menn mener om det.

Man tror jo at man er ganske lik sin egen mor, man tror at kroppen er lik og svangerskapet er likt og ungene er like. Så derfor ringer man først og fremst til moren sin. Gravid, 30 år.

Nesten alle ville spurt sin egen mor først om råd og hjelp, og deretter helsestasjonen hvis de trengte mer hjelp. Mange var skeptiske til å spørre venninner, de ville gi råd kun basert på sin subjektive opplevelse, mens helsestasjonen har generell kompetanse og mengdetrening i forhold til amming. De stoler mest på sin egen mor, fordi de intuitivt identifiserer seg med henne og tenker at kroppene deres likner på hverandre, ungene likner på hverandre og derfor tenker de at de kan få de samme problemene og at de samme løsningene som fungerte for deres egen mor mest sannsynlig vil fungere for dem selv. Og egen mor er lett tilgjengelig, enten på telefon eller ved å treffes i barselperioden.

De føler seg ikke presset til å amme, sier de velger det av egen fri vilje, og at hvis det er en forpliktelse er det i så fall overfor barnet. Nesten alle ga klart uttrykk for at om man ammet eller ikke var personlig, og at hver og en hadde sine egne grunner og at alle burde respektere det. Man skulle ikke behøve å forklare seg for andre om akkurat hvorfor man eventuelt ikke ammer.

Jeg føler ikke at amming er noe man snakker så mye om i familien i forbindelse med et svangerskap. Det ligger liksom så fram i tid, først når barnet er født. I det hele tatt, hvis det snakkes noe særlig om da heller? Det er litt privat på en måte, personlig. Og de som får det til, da er det jo greit. Og de som sliter med det, de roper kanskje heller ikke så høyt. Gravid, 31 år.

Fra sine nærmeste er de sikre på å få støtte og hjelp for å få til ammingen, men også støtte hvis de ikke får det til og må slutte tidlig. De føler seg forstått av familiene sine. De fleste har venner med små barn eller som får barn omtrent samtidig som dem. De har stort sett godt nettverk rundt seg, både familie som bor i nærheten og andre bekjente i samme livssituasjon som de kan gå turer med eller treffe i permisjonstiden. De få som ikke hadde familie i nærheten, og som heller ikke hadde så stort nettverk, sa at de leste alle informasjonsbrosjyrene fra helsestasjonen nøye og kom til å søke råd og hjelp fra helsestasjonen først. Ingen nevnte internett som et alternativ hvis de trengte råd og hjelp med amming, de mente det stod så mye forskjellig og at det var vanskelig å vite hva de skulle stole på. Når det gjaldt morsmelkerstatning derimot, mente mange at helsestasjonen ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om det, og derfor ble internett den eneste muligheten til å få den informasjonen de kunne komme til å trenge. Noen få nevnte nettsiden www.flaskeposten.no som en god informasjonskilde hvis man måtte bruke morsmelkerstatning. De som nevnte den var andregangsfødende. For øvrig så alle på helsestasjonen som en troverdig og solid informasjonskilde, og et trygt sted å søke hjelp og råd.

Langt ned på lista står andre venner som har amma, og ikke amma. Alle har jo forskjellig erfaring, så kanskje det de sier bare gjelder dem. Helsestasjoner og jordmødre, de vet det jo litt mer generelt, og kan kanskje svare bedre på akkurat mitt problem. Gravid, 30 år.

Hvordan oppfattes helsevesenet rolle i forhold til amming, og hva er den ideelle rollen?

Jeg tror folk tar det for gitt at mødre skal amme i Norge. Gravid, 30 år

Alle mente at den generelle holdningen både i helsevesenet og ellers i samfunnet i Norge, er at man ammer barna sine. Det blir oppfattet som helt naturlig og selvfølgelig av de aller fleste. Alle de gravide som ble intervjuet ønsket å amme, og de understreket at de ønsket det av egen fri vilje og som et selvstendig valg. Samtidig sa de at det også var et valg som var lett å ta, for alle støttet dem i valget om å amme, de møtte ingen motstand mot det valget. Mange hadde også tenkt på hvordan de ville følt det hvis de ikke hadde ønsket å amme. Det så de for seg som et ensomt og vanskelig valg, som innbefattet mye usikkerhet, mangel på støtte og forståelse, og tøft å få aksept for hos helsevesenet. Flere hadde venninner som ikke hadde ammet, og som hadde fortalt dem hvor dårlig behandlet de hadde følt seg av helsevesenet.

De som ikke fikk det til får dårlig samvittighet. De legger følelsene og tankene på andre, det vil si helsevesenet. Det oppstår negative historier om behandlingen de fikk. Gravid, 30 år

Negative opplevelser andre har hatt med helsevesenet blir ofte videreformidlet til mange, og kan bidra til en forutinntagelse rundt hvordan en helsesøster eller jordmor tenker om kvinner som ikke ammer. Samtidig er det vanskelig å vite hva som er den reelle holdningen, da det kan bli en blanding av at de som ikke ammer eller som har ammevansker projiserer sin egen skuffelse og samvittighetskvaler over på de som omgir dem. Flere av de gravide var opptatt av at helsevesenet må bli flinkere til å ivareta de kvinnene som ikke får til å amme, fordi det bryter med samfunnsnormene og kan innebære mange vonde følelser for dem det gjelder. Det kan være et enormt behov for støtte og forståelse når avgjørelsen om å gå over til erstatning først er tatt. Mange mente at en mer fullstendig og tilfredsstillende oppfølging av de som ikke får det til også vil føre til færre negative vandrehistorier og friksjon mellom helsevesenet og dem de skal hjelpe og informere.

Helsevesenets holdning er at bare man prøver lenge og nok, og vil nok, så går det. Gravid, 30 år

Mange oppfattet det som en vanskelig balanse mellom å fremme amming fordi det er det beste for barnet, og å beskytte den psykiske helsen til de som ikke får det til. Helsevesenet ble av de aller fleste oppfattet som svært pågående for å få alle til å amme, og da kan det fort framstå som at de som ikke ammer ikke har gjort nok for å få det til, og at det er deres egen feil. Alle som ble intervjuet mente det var viktigere å føle seg som en god mor og beholde en god mestringsfølelse av morsrollen. Hvis moren føler at hun ikke gjør en god nok innsats overfor barnet sitt vil det gå ut over hele familiedynamikken. De gravide var samstemte om at det er avgjørende for barnets fysiske og psykiske helse at mor har det bra psykisk, både med seg selv og overfor barnet. De mente at det var viktig å respektere hver enkelts grense for hvor lenge man skal forsøke å få til ammingen, hvis det å gå over til erstatning kan bidra til å roe hele livssituasjonen og begrense stress og negative følelser.

Jeg tror det er viktigere å føle seg som en bra mamma enn å få til å amme. Gravid, 31 år

Når det beste er at man ammer og det er det man anbefaler, så bør jo helsesøstre og jordmødre og de som jobber med det videreformidle det, den kunnskapen de har, men samtidig fortelle at ikke alle får det til, og at man er ikke noe dårligere menneske for det. Man må se an enhver person og situasjon, vurdere det individuelt. Gravid, 31 år

De fleste mente at det er et personlig valg hver enkelt må få lov å ta selv, om man vil amme og hvor lenge man skal fortsette å prøve hvis man får problemer med det. Noen få mente helsevesenet burde være mer bevisste på at det kan være mange grunner til at man ikke vil eller ikke får til å amme. Som eksempel ble det nevnt at en fortid med seksuelle overgrep kunne gjøre det vanskelig å amme, og også svært vanskelig å forklare hvorfor man ikke vil amme, da det er et følsomt og vondt tema og ta opp. Det ble påpekt at det blir en høy terskel for å snakke om hvorfor man ikke vil amme, når det i utgangspunktet utøves et visst press for å få alle til å amme. Mange hadde delte meninger om hvordan helsevesenet burde løse oppgaven sin, de syntes det stort sett ble gjort en god jobb med å ivareta svangerskapsomsorg, fødselsomsorg og videre oppfølging på helsestasjonene. De følte at det til en viss grad var riktig av helsevesenet å presse på for å få flest mulig til å amme, men at det var nødvendig med høyere grad av dialog og forståelse for hver enkelts situasjon og valg.

Helsevesenet skal informere utfra det de kan, slik at folk vet hva de gjør med de valgene de tar. Kanskje si litt om begge deler, og ikke favorisere amming for enhver pris. Gravid, 35 år

Dem ser seg nok veldig blinde på den amminga, for de vet veldig lite om morsmelkerstatning. Jeg synes kanskje det burde vært noen retningslinjer som dem burde gått etter, og ikke bare dems personlige meninger. Det kan være frustrerende å høre to fagpersoner si vidt forskjellige ting, hvem er det du skal høre på ? Annengangsgravid, 25 år.

Flere mente at informasjonen ble for ensidig fokusert på amming. De etterlyste mer kunnskap om morsmelkerstatning, og om forskjellene på morsmelk og morsmelkerstatning. De mente at det ville øke forståelsen hos kvinner for hvorfor morsmelk er best, og at amming er verdt en del strev og problemer. Samtidig mente de at det ville redusere usikkerheten hos de som etter hvert går over til morsmelkerstatning fordi de ikke får til ammingen. Noen påpekte at også de som slutter å amme har behov for hjelp og veiledning i forhold til mating av babyen, og at det trengs bedre kompetanse hos helsestasjonene om bruk av morsmelkerstatning. De som enten hadde erfaring selv med ammeproblemer, eller noen i omgangskretsen som hadde det, så det som viktig at helsevesenet er samkjørte i informasjon og rådgivning. De etterlyste tydeligere felles retningslinjer for hvilke råd man gir i de ulike situasjonene som oppstår i et ammeforløp, fordi det var forvirrende og svekket tilliten til den informasjonen som ble gitt hvis det var for stor variasjon i hva ulike personer i helsevesenet sier. Alle så på helsestasjonen som et kompetansesenter med profesjonelle hjelpere, og derfor ønsket de seg faglig baserte råd og veiledning, fremfor personlige meninger fra hver enkelt jordmor eller helsesøster. Stort sett var alle fornøyde med informasjonen de hadde fått hittil i svangerskapet, og følte seg trygge på å få den hjelpen de eventuelt ville trenge etter fødselen.

For mye informasjon på forhånd kan skremme mer enn det hjelper. Gravid, 30 år

Det er jo det viktigste at man vet hvor man kan få hjelp, og at det faktisk kan hende at man trenger det. At man vet at det er vanlig. Gravid, 31 år

Alle syntes det var vanskelig å vite hva de trengte av informasjon om amming, de oppfattet ammingen som noe man forholder seg til først etter fødselen. Alle sa at det kom til å være aller mest avgjørende å få god hjelp og informasjon på sykehuset og de første ukene etter fødselen. De trodde det kunne være for sent å rette opp i ammeproblemer når de vanlige helsestasjonskontrollene starter. Den eneste informasjonen de syntes de trengte før fødselen var at det er vanlig med ammevansker, hvor de kan henvende seg for å få hjelp, og at det blir formidlet at det er helt greit og lav terskel for å søke hjelp. De syntes også at det burde sies klart i fra at man kunne komme tidlig i forløpet av ammeproblemene.

Viktig å vite at det er greit å spørre, ellers spør man ikke.... Gravid, 31 år

Diskusjon

Motivasjon

Blant de gravide som ble intervjuet i denne kvalitative studien var det en gjennomgående positiv holdning til amming. Alle deltakerne i studien ønsket å amme barnet sitt, med begrunnelse i at amming er det beste for barnets psykiske og fysiske helse og utvikling. De beskrev morsmelk som den mest fullverdige næringen for spedbarn, og den eneste næringen som ville gi bedre immunforsvar. De var også sikre på at amming sikret god tilknytning mellom mor og barn gjennom den tette kroppskontakten under hvert måltid. Alle anså amming som naturlig, og det i seg selv var for dem en sterk indikator for at det også er sunt.

Disse funnene stemmer godt overens med det som er funnet i andre studier gjort på gravides holdninger og kunnskap om amming og morsmelk^{5,6}. Det er gjort mange studier som viser at amming gir betydelige og langvarige helsemessige fordeler både for barnet (som lavere forekomst og alvorlighetsgrad av infeksjoner, lavere risiko for fedme i barnealder, optimal utvikling av hjernen)^{7,8}, og for moren (reduert risiko for brystkreft og ovariekreft)⁸.

Blant deltakerne i studien var det imidlertid bare et fåtall som var klar over de spesifikke helsegevinstene for moren. Ut fra denne studien er det uten tvil fordelene for barnet som motiverer mødre til å amme, fordelene for moren var ikke avgjørende for noen av deltakerne.

Forventning

Kvinnens forventninger til amming, og i hvilken grad disse er realistiske, er viktige for hvordan de opplever ammeperioden, og om de slutter å amme tidligere enn anbefalt. Hvis forventningene til hva som er normalt i forhold til amming ikke stemmer med virkeligheten, vil de miste troen på egen evne til å amme^{9,10}.

Deltakerne i denne studien var forberedte på at det er normalt å amme omtrent 8-12 ganger i døgnet det første halvåret, og at nattamming opptil 2-3 ganger mellom midnatt og 7 om morgenen var nødvendig de første månedene. Dette er helt realistiske forventninger, i studier er det vist at fullammete barn i gjennomsnitt spiser 8 måltider i døgnet, men det kan variere fra barn til barn, alt fra 4 til 13 måltider er normalt^{11,12}.

Ved nærmere spørsmål om nattamming og hvor lenge deltakerne var innstilt på og villige til å drive med det, kom det fram stor variasjon. Noen mødre syntes det var naturlig å la barnets behov styre antall nattemåltider ihvertfall fram til 9-10 måneders alder, men de fleste syntes ikke det var greit å bli vekket mer enn en gang per natt etter 3-4 måneders alder, og helst ikke i det hele tatt fra 6-7 måneders alder. De fleste anså høyere frekvens av nattamming enn dette som et tydelig tegn på at barnet trengte mer næring iløpet av dagen. Alle var overbevist om at det ville føre til bedre søvnrytme og lengre intervaller mellom hver nattlig oppvåkning, hvis man begynte å gi enten grøt eller morsmelkerstatning rett før leggetid fra 3-4 måneders alder. Dette til tross for at de tidligere i intervjuene hadde sagt at de ønsket å følge anbefalingene om fullamming til barnet er 6 måneder.

Nattmåltidene i de første seks levemånedene er som regel de største iløpet av døgnet, og kan utgjøre så mye som 20 % av det totale morsmelkinntaket per døgnet^{11,12}. Sekresjonen av prolaktin, hormonet som i størst grad styrer melkeproduksjonen, er størst i løpet av natten og stimuleres av at brystene tømmes regelmessig for melk gjennom hele døgnet¹³.

Det er vist at bruk av morsmelkerstatning, enten alene eller i kombinasjon med amming, i håp om å få bedre søvnrytme og bli mer uthvilt, er virkningsløst. To studier har vist at det ikke er noen forskjell i total søvntid og søvnkvalitet mellom mødre som kun ammer, og de som både ammer og gir morsmelkerstatning^{14,15}. De samme studiene har også vist at mødre som ammer har 30-45 minutter mer søvn sammenlagt iløpet av døgnet enn de som kun gir morsmelkerstatning. Det vises til at hormonet prolaktin i tillegg til å styre melkeproduksjonen også har en positiv effekt på evnen til å sovne fortere og dypere etter oppvåkninger¹³.

Det at alle deltakerne i studien ønsket å supplere amming med morsmelkerstatning eller grøt på kveldstid fra 3-4 måneders alder, for å redusere antall nattlige oppvåkninger og for å sikre barnet nok næring er oppsiktsvekkende. Til tross for at forskning på området har vist ingen eller negativ effekt av dette tiltaket, hadde samtlige deltakere enten egen eller venners erfaringer som grunnlag for at barnet ville sove og vokse bedre. Det kan tenkes at dette skyldes at mødrene føler seg sikrere på at barnet har fått nok mat når de selv kan måle i ml hvor mye det har spist, og at de dermed er mindre bekymret over barnets vekst. Muligens vil de selv sove bedre og ikke tolke enhver lyd fra barnet som tegn på at det er sultent, når de vet at det har spist godt kort tid i forveien. Den subjektive opplevelsen av søvn og å være uthvilt kan godt tenkes å påvirkes sterkt av hvor trygge mødrene er på at barnet får nok mat.

Fysiologi

Melkeproduksjon

Iløpet av et svangerskap skjer det store endringer i brystene. De forandrer seg fra å bestå av mye fettvev og lite og inaktivt kjertelvev, til lite fettvev og mye melkeproduserende kjertelvev. Endringene reguleres av hormoner, og deles inn i tre faser. Den første skjer under graviditeten, og innebærer at de alveolære epitelcellene i brystet differensierer til å bli eksokrine celler som kan produsere melk. Den andre fasen aktiverer melkesekresjonen, og er avhengig av at progesteronnivået i morens serum synker¹⁶. Progesteron produseres i morkaken, og vil derfor falle drastisk når morkaken er løsnet og kommet ut i sin helhet. Hos kvinner som opplever at deler av morkaken sitter igjen, vil ikke melkeproduksjonen komme ordentlig igang før alle rester av morkaken er fjernet¹⁷. I aktiveringsfasen vil morsmelken inneholde høyere andel laktose og så mye som 10% av det totale melkevolumet vil bestå av lactoferrin og immunoglobulinet sIgA. Begge disse har antibakterielle egenskaper og bidrar til å beskytte det nyfødte barnet mot infeksjoner. Melken som produseres i aktiveringsfasen kalles colostrum. Den tredje fasen begynner rundt andre eller tredje dag etter fødselen, og innebærer en kraftig volumøkning i melkeproduksjonen og endring i sammensetningen fra colostrum til moden morsmelk¹⁶. Iløpet av den første måneden etter fødselen stabiliserer melkeproduksjonen seg utfra hvor ofte og i hvor stor grad brystet tømmes for melk¹⁸. Det er tre forhold som virker inn på hvor ofte og hvor mye morsmelk barnet tar, nemlig lagringskapasiteten til brystene, størrelsen på barnets magesekk, og hvor lang tid det tar for

magesekken å tømme seg¹². Det vil si at hvert mor-barn par er unikt og ammefrekvensen og måltidslengden er avhengig av de individuelle anatomiske og fysiologiske forholdene hos hvert mor-barn par. Gjennomsnittlig vil moren produsere 750-800ml morsmelk i døgnet mens barnet fullammes og er i alderen 1-6 måneder, men det kan variere mellom 440ml og 1220ml i døgnet med barn som følger vekstkurvene normalt^{19,20}. I denne perioden vil melkemengden være stabil så lenge antall måltider opprettholdes og det ikke introduseres annen føde enn morsmelk. Det er vist at melkeproduksjonen reduseres proporsjonalt med hvor mye annen føde, enten i form av morsmelkerstatning eller fast føde, barnet får i tillegg¹⁶. Melkeproduksjonen justerer seg etter hvor mye barnet drikker iløpet av døgnet, jo oftere brystene tømmes jo mer melk produseres^{21,22}. Flere studier tyder på at melkeproduksjonen hemmes når brystene er fulle av melk, og stimuleres når de er mindre fulle²³. Derfor er det hensiktsmessig å amme oftere eller pumpe ut melk i tillegg til å amme, hvis det er nødvendig å øke melkeproduksjonen²⁴. De fleste spedbarn tømmer ikke brystet helt iløpet av et måltid, derfor kan det øke melkeproduksjonen hvis moren bruker brystpumpe rett etter ha ammet, da tømmes brystet mer fullstendig og produksjonen vil gå opp²⁵.

I denne studien var de fleste mødrene klar over at melkeproduksjonen ville justere seg etter hvor mye barnet spiste. Likevel var den første løsningen de foreslo hvis man ikke hadde nok melk, og gi barnet morsmelkerstatning i tillegg. På direkte spørsmål om det var noe annet de kunne gjøre før de supplerte med morsmelkerstatning, husket nesten alle på at de kunne legge barnet til oftere. De så på det som et sikkert tegn på at barnet trengte mer mat hvis det var mye urolig og våknet ofte om natten. Risikoen for å minske egen melkeproduksjon ved å introdusere morsmelkerstatning eller fast føde tidlig, var det ingen som tenkte på. De oppfattet det slik at babyen ville bli urolig hvis de ikke hadde nok melk, og da ønsket de å sikre barnets vekst og utvikling ved å gi noe annet enn morsmelk i tillegg. Det er imidlertid vist i flere studier at tilfredshetsstegn hos barnet ikke er pålitelige indikatorer for melkeproduksjon, selv om man må forsøke å bekrefte eller avkrefte morens melkeproduksjon som tilstrekkelig eller ikke ved å veie barnet før og etter flere måltider^{26,27}.

Uttrykket «å miste melka» var utbredt blant deltakerne i studien, og de så på dette som et fenomen utenfor morens kontroll og den vanligste grunnen til tidlig ammeslutt. Kunnskapen om utdrivningsrefleks og effekten av fysisk og psykisk stress på melkemengden var mangelfull blant alle deltakerne, både første og andregangsfødende.

Utdrivningsrefleksjonen er en sammentrekning i muskelceller som ligger rundt melkegangene og alveolene i brystet, som vil presse melken ut til barnet. Den utløses ved at brystet stimuleres, enten av at barnet suger eller at man pumper, og sensoriske nervefibre leder signalet til hypofysen, som frigjør hormonet oxytocin. Oxytocin fraktes med blodet og muskelcellene i brystene har reseptorer som fanger det opp og utløser en sammentrekning i muskelcellen¹⁶. Uten utdrivningsrefleks kommer det svært lite melk ut fra brystet, og melkeproduksjonen vil reduseres til et minimum eller stoppe helt opp^{28,29}. Stress kan hemme utdrivningsrefleksjonen og føre til at mødre oppfatter at de ikke har nok melk³⁰. En av de vanligste årsakene til at mødre gir opp ammingen eller begynner å gi morsmelkerstatning i tillegg er nettopp at de føler at de ikke har nok melk^{24,31,32}.

Deltakerne i studien nevnte brystbetennelse som en velkjent grunn til tidlig ammeslutt, men de visste ikke at det kan oppstå som en følge av at brystet ikke tømmes ordentlig³³. Betydningen av stress i forhold til evne til å få melken ut til barnet var det også lite bevissthet rundt. Det å sikre moren nok søvn og hvile ved avlastning eller reduksjon i andre gjøremål ble ikke nevnt av noen som et alternativ for å øke melkeproduksjonen.

Sammensetning og innhold i morsmelk og morsmelkerstatning

Deltakerne i denne studien var sikre på at det var forskjell på sammensetning og innhold i morsmelk og morsmelkerstatning. På spørsmål om hva som var forskjellig, svarte alle at morsmelk inneholder stoffer som gir bedre immunforsvar og beskyttelse mot infeksjoner, noe morsmelkerstatning ikke har. De var litt usikre på om det kun gjaldt i de første månedene etter fødselen, de fleste tenkte seg at morsmelken var av best kvalitet de første månedene etter fødselen for deretter gradvis å ha mindre virkning på immunforsvaret.

Det er velkjent og velfundamentert i forskning at morsmelk inneholder blant annet proteinene lactoferrin og sekretorisk immunglobulin A³⁴. Sekretorisk immunglobulin A skiller seg fra immunglobulin A slik det finnes hos voksne, da den sekretoriske formen i morsmelk beskytter luftveiene og GI tractus hos barnet mot infeksjoner, uten å gi inflammatorisk respons i cellene. Lactoferrin og sIgA hindrer bakterier i å feste seg til slimhinnene i luftveiene, gastrointestinaltractus og urinveiene, og bidrar dermed til å forebygge infeksjoner (diaré, luftveisinfeksjoner, urinveisinfeksjoner, mellomørebetennelse)^{35,36,37}. Innholdet av lactoferrin og sIgA er høyere i colostrum enn i moden melk, men de har like fullt en beskyttende effekt også senere i ammeforløpet³⁴. Morsmelk inneholder også endel andre biologisk aktive stoffer, som hvite blodceller, insulin, vekstfaktorer, lysozym, og fibronektin (fungerer som et uspesifikt opsonin, og fester seg til invaderende bakterier slik at de lettere finnes og elimineres av immuncellene til barnet)^{34,42}. Morsmelk har på grunn av sine mange biologisk aktive komponenter en positiv og vesentlig effekt på modningen av immunsystemet til barnet, tarmmotilitet, fordøyelse, utvikling av gunstig tarmflora og metabolisme. Morsmelkerstatning har ikke disse komponentene, og dermed heller ikke noen tilsvarende effekt på barnets fysiologi og immunforsvar.³⁸⁻⁴²

Flere av deltakerne i denne studien mente at barn som fikk morsmelkerstatning i større grad kunne få problemer med fordøyelsen i form av obstipasjon (hard mage). Alle trodde morsmelkerstatning har høyere kaloriinnhold og derfor metter bedre enn morsmelk. Dette gjorde at mange av dem var tilbøyelige, allerede før fødselen, til å gi morsmelkerstatning om kvelden fra 3-4 måneders alder med den hensikt å bedre nattesøvnen til barnet. Alle mente at den beste måten å få mer sammenhengende søvn hos barnet var å sikre at barnet var helt mett ved leggetid. De fleste følte også at det var en stor fordel ved morsmelkerstatning at de kunne se hvor mye barnet drakk, og dermed føle seg beroliget og sikre på at barnet fikk nok mat iløpet av døgnet.

Morsmelkerstatning inneholder en større andel av proteinet casein enn morsmelk, og det gjør at den tyngre å fordøye og absorbere fra tarmen⁴³. Dette bidrar til at barn som får morsmelkerstatning har noe økt risiko for episoder med obstipasjon⁴³. Det har imidlertid skjedd store forbedringer i sammensetningen av vanlige morsmelkerstatninger bare de siste årene, og det finnes alternative morsmelkerstatningstyper som er mer lettfordøyelige. I disse morsmelkerstatningene er melkeproteinene, inkludert casein, helt eller delvis hydrolyserte og vil derfor være lettere for barnets tarm å ta opp. Althera er et slikt produkt, men det er reseptbelagt og skrives ut til barn som viser tegn til melkeproteinallergi eller som av andre grunner ikke bør bruke vanlig morsmelkerstatning⁴⁴.

Kaloriinnholdet i morsmelk og morsmelkerstatning er omtrent det samme, 67kcal per 100 ml i morsmelkerstatning (NAN) og i gjennomsnitt 69 kcal per 100ml i moden morsmelk (i colostrum 58kcal per 100ml)⁴⁵. I morsmelk vil kaloriinnholdet variere iløpet av døgnet og spesielt iløpet av

måltidet. Den første melken som kommer ut når barnet dier har høyere vanninnhold og lavere fettandel. Etterhvert som barnet tømmer brystet mer vil fettinnholdet i melken øke, slik at ettermelken som kommer til slutt i måltidet vil være fetere jo mer fullstendig brystet tømmes^{46,47,48}. Det er også vist at formelken og ettermelken har ulike nivåer av ghrelin, leptin og kolesterol. Ghrelin, et hormon som gir sultfølelse og øker appetitten^{49,50}, er tilstede i høyere konsentrasjoner i formelken, mens signalproteinet leptin, som øker metabolismen og minsker appetitten^{51,52}, er tilstede i høyere konsentrasjoner i ettermelken⁴⁶. Barn som får morsmelk utvikler bedre selvregulering av melkeinntaket sitt i samsvar med energibehovet⁵³ enn barn som får morsmelkerstatning. Det er også vist i studier at hormonene i morsmelk påvirker energi omsetningen, appetitten og matinntaket til barna, slik at de som er morsmelkernærte har en lavere baseline forbrenning enn de som får erstatning, og de har derfor litt lavere energibehov⁴⁹.

Mange av deltakerne i denne studien påpekte at fettsammensetningen i morsmelk er annerledes og bedre tilpasset hvert enkelt barn enn det morsmelkerstatning er. Fettet i morsmelk er lettere å absorbere enn fett i morsmelkerstatning og morsmelk inneholder enzymer som bidrar til opptaket av fett i barnets tarm⁵⁴. Morsmelk inneholder mange essensielle fettsyrer som er viktige for utviklingen av hjernen og nervesystemet, og i slike mengdeforhold innbyrdes at opptaket av dem blir optimalt³⁴. Fettsammensetningen i morsmelk er det som påvirkes i størst grad av morens kosthold, både i total mengde fett og type fett. Inntak av vegetabilsk fett og fet fisk samt adekvat energiinntak (ikke aktiv slanking eller underernæring) både under og etter graviditeten, gir en bedre fettsammensetning i morsmelken^{47,55-58}.

I likhet med fettsammensetningen i morsmelk vil nivåene av de fleste vannløselige vitaminene (tiamin, niacin, B6, B12, biotin, pantothen, riboflavin og vitamin C) påvirkes av morens kosthold³⁴. Fisk, frukt og grønnsaker er derfor en viktig del av kostholdet spesielt mens man ammer. Folat derimot blir mobilisert fra morens vitaminlagre for å sikre adekvat mengde i melken, uavhengig av om hun får i seg nok fra det hun selv spiser⁵⁹. Blant de fettløselige vitaminene (A, D, E og K) påvirkes nivået av vitamin D spesielt av morens kosthold, mens det for A er usikkert i hvor stor grad det påvirkes, og for E og K har ikke kostholdet vist noen påvirkning i det hele tatt³⁴. Morsmelkernærte barn har høyere risiko for å utvikle vitamin D og vitamin K mangel enn de som får morsmelkerstatning^{60,61}. Norske helsemyndigheter anbefaler at alle spedbarn får vitamin D tilskudd enten i form av tran eller vitamin D dråper fra fødselen¹. Morsmelkernærte barn er også noe mer utsatt for mangel på sink, kobber og jern etter de første seks levemånedene eller hvis de er født premature eller med lav fødselsvekt^{62,34}. Derfor er anbefalingene fra både WHO og norske helsemyndigheter at man introduserer fast føde i tillegg til morsmelk fra 6 måneder etter fødselen^{1,2}.

Morsmelk inneholder lavere absolutte verdier av mineraler og vitaminer enn morsmelkerstatning, men biotilgjengeligheten og absorpsjonen av de stoffene den inneholder er mye bedre, og derfor er ikke morsmelkerstatning noen sikrere måte for å gi barnet god ernæringsstatus³⁴.

I denne studien kom det fram hos nesten alle deltakerne at de ser på morsmelkerstatning som renere og mest sannsynlig et bedre alternativ enn å amme hvis moren forurenses melken ved å røyke. Alle ga sterkt uttrykk for en negativ holdning til mødre som kombinerte amming og røyking. Dette gjaldt også de som selv hadde røyket tidligere, eller hadde mødre som røyket under ammeperioden i sin nærmeste omgangskrets.

Mødre som røyker har i utgangspunktet høyere risiko for å gi opp ammingen tidlig eller aldri begynne⁶³. Morsmelk fra mødre som røyker inneholder nesten tre ganger så høye nikotinnivåer som i morens blod⁶⁴, og morsmelkernærte barn med mødre som røyker har ti ganger så høye verdier av cotidin (et avfallsprodukt fra metabolismen av nikotin) i urinen enn barn med mødre som røyker som kun får morsmelkerstatning^{65,66}. Likevel er fordelene ved amming og helsegevinstene ved å få morsmelk av større betydning enn skadevirkningene av at stoffer fra røykingen også går over i morsmelken⁶⁷⁻⁶⁹. Nikotin er kjent for å ha en hemmende virkning på melkeproduksjonen ved å redusere morens nivåer av prolaktin, og ved å hemme utdrivningsrefleksen⁶⁹. Til tross for dette lykkes mange av mødre som røyker med å amme, i en norsk studie fra 1997 av Nafstad et al kom det fram at 41% av norske kvinner som røyket 10 eller flere sigaretter daglig, fortsatt ammet barna sine seks måneder etter fødselen⁷⁰. I studier som har undersøkt sammenhengen mellom røyking og redusert melkeproduksjon er det vist at kun 8% av variasjonen i melkeproduksjon kunne tillegges røyking⁷¹. Det virker derfor overveiende sannsynlig at den økte risikoen for å enten avslutte ammingen tidlig eller aldri begynne hos røykere ikke skyldes fysiologiske vansker med å få det til, men psykososiale faktorer⁶³.

Funnene i denne studien stemmer godt overens med dette, holdningene til deltakerne i forhold til amming kombinert med røyking var sterke og negative. Å lykkes med å amme er sterkt assosiert med å ha tro på at det er det beste og at man stoler på egen evne til å klare det^{32,72}.

Barnets vekst og utvikling

Deltakerne i studien var aller mest opptatt av å gi barna sine best mulig grunnlag for å utvikle seg sunt og riktig, både fysisk og psykisk. Vekst, utvikling og helsefremmende tiltak er hovedfokuset også for helsestasjonene, og hvordan barnet utvikler seg i forhold til vekstkurvene og utviklingstrinnene blir et gjennomgangstema spesielt i første leveår.

Vekstkurvene som brukes i Norge er basert på norske barn, uten å ta hensyn til om de fikk morsmelk eller morsmelkerstatning⁷³. Det er nå i ferd med å bli innført bruk av vekstkurver fra WHO, som er basert på morsmelkernærte barn fra et multietnisk utvalg⁷⁴. Morsmelkernærte barn har et vekstmønster som avviker betydelig fra disse vekstkurvene, de vokser og legger på seg mer de første to levemånedene og mindre fra 2-12 måneder sammenliknet med barn som får morsmelkerstatning⁷⁵. Barn som ble ammet gjennom hele første leveår (dvs først fullammet og deretter delammet ved siden av fast føde), veide i gjennomsnitt 600-650g mindre enn barn som hadde fått morsmelkerstatning^{76,77,78}. Tilsvarende sammenlikning mellom barn som ble ammet minst 9 måneder og barn som hadde fått morsmelkerstatning viste en vektforskjell på 400g⁷⁹. I forhold til lengdevekst er de studiene som er gjort ikke like entydige, mange finner ingen forskjell i lengdeveksten hos morsmelkernærte sammenliknet med de som får morsmelkerstatning. En studie av Michaelsen et al⁷⁹ som fulgte lengdeveksten over hele første leveår har vist at de som får morsmelkerstatning i gjennomsnitt er 1cm høyere enn de som blir ammet ved 12 måneders alder. En annen studie, av Dewey⁷⁸ viste samme resultat for gutter, men ingen signifikant forskjell for jenter. Studier som fulgte utviklingen i vekt og høyde utover ettårsalder har vist at forskjellen innhentes iløpet av andre leveår og at det deretter ikke kan påvises forskjell i vekstmønsteret mellom de som var morsmelkernærte som spedbarn og de som ikke var det⁷³. Når det gjelder hodeomkrets har ingen studier funnet noen signifikant forskjell mellom barn som får morsmelk og

de som ikke får det⁷³. Det er vist at det ikke er noen negative helseeffekter hos de morsmelkernærte barna som følge av langsommere vekst i første leveår, de viser like høyt aktivitetsnivå og like bra om ikke bedre psykisk utvikling som de barna som får morsmelkerstatning^{80,81}. Selv i land med høy levestandard har morsmelkernærte barn lavere forekomst av infeksjoner^{81,82}. WHO har startet arbeidet med å lage nye vekstkurver basert på morsmelkernærte barns vekt og lengde utvikling⁸³.

Mors kropp og helse

Det var hovedsaklig to temaer som kom opp da deltakerne i studien ble spurt om hvordan amming påvirker morens kropp. Det ene var at amming økte forbrenningen og ville være en god drahjelp for å komme tilbake til før-gravid vekt. De presiserte at de forstod at vekttap også ville være avhengig av kosthold og fysisk aktivitet. Det andre var at amming ville føre til at brystene ble mindre faste enn før, og at noen kvinner kunne få hengepupper av å amme. Begge disse aspektene ble av alle deltakerne karakterisert som mindre relevante sideeffekter av amming, den ene positiv og den andre negativ, men alle ga uttrykk for at ingen av delene ville være eller var avgjørende for deres valg og ønske om å amme, og heller ikke for hvor lenge de ville amme. Noen få av deltakerne var også klar over at amming reduserte risikoen for å få brystkreft, men det var også irrelevant for ønsket deres om å amme, i likhet med vektnedgang anså de det som en positiv sideeffekt.

I en stor studie basert på informasjon fra WHO's Multicentre Growth reference Study viste analysene fra den delen av studien som var fra Norge, at kvinner som fullammer eller nesten utelukkende ammer når barnet er fire måneder har en medianverdi på 5,5kg vekttap iløpet de første to årene etter fødselen. Vekttapet skjer i hovedsak iløpet av det første året post partum og stabiliserer seg iløpet av det andre. Studien viste at det var stor variasjon i vektutviklingen blant mødrene, enkelte la totalt sett på seg iløpet av de første to årene etter fødselen, men de fleste gikk ned i vekt. Maksimalt vekttap observert i studien var 19,6kg og maksimal vektoppgang 25,5 kg⁸⁴. Tidligere studier har vist at vektoppgang iløpet av svangerskapet er den sterkeste indikatoren på vekttap etter fødselen^{85,86,87}. I tillegg til amming vil antall fødsler kvinnen har hatt, fysisk aktivitetsnivå og kosthold ha innvirkning på vektendring post partum^{87,88,89}.

I studier gjort på fenomenet bryst ptose (fagterminologi som tilsvarer uttrykket «hengepupper» som ble brukt av deltakerne i denne studien), er høyere alder, høyere BMI, antall graviditeter, større førgravid BH størrelse og røyking identifisert som signifikante og selvstendige risikofaktorer for utvikling av bryst ptose. Amming økte ikke risikoen for bryst ptose⁹⁰. I en retrospektiv studie hvor 496 italienske mødre ble intervjuet om deres subjektive oppfatning av fysiske og utseendemessige endringer i brystene sine 12-24 måneder etter fødsel. Denne studien viste at 75% av de som hadde ammet mente brystene var forandret siden før graviditeten, og 69% av de som ikke hadde ammet mente det samme. Denne forskjellen er ikke statistisk stor nok til å vise en reell forskjell, og studien konkluderte med at de aller fleste mødre synes brystene deres endrer seg sammenliknet med før de ble gravide, uavhengig av om de ammet eller ikke⁹¹.

Validitet og overføringsverdi

I denne studien var hensikten å få fram hvilke meninger, holdninger og kunnskaper gravide kvinner i Norge har om amming. Det var viktigere å få et helhetlig bilde av hva hver enkelt kvinne tenkte om temaet enn å samle inn data som kan måles i tall, derfor passet et kvalitativt studiedesign best. Målet med studien er at resultatene fra den kan være til hjelp og nytte for helsepersonell i arbeidet

med å gi best mulig veiledning og støtte til alle spedbarnsmødre, slik at de får en god mestringsfølelse som omsorgsgivere og at flest mulig lykkes med å amme barna sine i størst mulig grad i henhold til anbefalingene fra helsemyndighetene.

Resultatene fra studien er begrenset av at overføringsverdien til andre grupper gravide forutsetter omtrent like demografiske trekk og sammenliknbarhet mellom studiens gruppe og de aktuelle andre gruppene av gravide.

En mulig svakhet ved denne studien er utvalget av deltakere. Samtlige ble rekruttert via en jordmor ved en helsestasjon nord-øst i Oslo. De fleste av deltakerne, men ikke alle, hadde gått til svangerskapskontroller hos samme jordmor. Omtrent halvparten av deltakerne hadde også deltatt på et frivillig ammekurs i regi av helsestasjonen, og det kan være at de representerer et utvalg som er mer opptatt av å lære om amming og kanskje også er mer positivt innstilt til å amme enn bakgrunnsbefolkningen. Funnene i studien var imidlertid varierte, og de gravide hadde ulike meninger om flere av temaene. Spesielt var de ikke utelukkende negative til bruk av morsmelkerstatning og alle sammen mente at det var et godt alternativ for de som ikke fikk til å amme. Resultatene fra studien vil ha best overføringsverdi til norske gravide, som har gode sosiale nettverk og har fullført videregående skole eller høyere utdanning, da alle de som deltok i studien var i en slik livssituasjon. En stor del av resultatene vil også ha en generell overføringsverdi til alle gravide, men antakelig i mindre grad desto færre demografiske variabler de har til felles med deltakerne i studien.

Utvalgskriteriene for deltakelse i studien var å være gravid i tredje trimester, og å ha gode norskkunnskaper. Utvalget bestod kun av ni deltakere, da to av de opprinnelige 11 trakk seg. De to som trakk seg gjorde det på grunn av forsterkede svangerskapsplager som gjorde det vanskelig for dem å komme til helsestasjonen for å bli intervjuet, og deres demografiske variabler skilte seg ikke vesentlig fra de ni som deltok i studien.

I litteraturen om kvalitativ metode er det slått fast at utvalget er stort nok med 6-8 deltakere^{92,101} eller når det ikke kommer fram ny informasjon og nye funn i intervjuene, det vil si når det oppstår en gjentakelse av funn fra de første intervjuene og hvert nye intervju ikke bringer fram annerledes informasjon enn de foregående⁹³.

Etter de første syv intervjuene i denne studien oppstod dette, i de siste to intervjuene var innholdet i det som ble sagt gjentakelser av det som var kommet fram i de syv første intervjuene. Den største styrken ved denne studien er at de personlige intervjuene var semistrukturerte, de hadde ferdig formulerte spørsmål om sentrale sider ved amming og barselperiode, men hver enkelt deltaker fikk snakke fritt om de temaene hun var opptatt av, og de svarene som ble gitt ble fulgt opp med utdypende spørsmål. Slik kom det fram helhetlige meninger og holdninger, som ofte var annerledes enn det de framsto ved korte svar på de innledende spørsmålene. For eksempel svarte alle at de ønsket å følge anbefalingene om fullamming de første seks månedene i starten av intervjuet, mens de aller fleste fortalte at de var åpne for eller hadde tenkt å begynne å supplere med morsmelkerstatning eller grøt fra 3-4 måneders alder for å oppnå bedre søvnrytme hos barnet, og for å sikre at det fikk nok næring. Ved å utelate oppfølgende spørsmål rundt nattamming og hvor lenge de var villige til å holde på med det, ville ikke denne informasjonen kommet fram, og man ville

sittet igjen med et feilaktig inntrykk av at alle var innstilt på og ønsket å fullamme i seks måneder slik de først hadde sagt.

Studier basert på spørreskjemaer vil ikke fange opp forekomsten av selvmotstridende oppfatninger hos en og samme deltaker. Definisjonsmessige forskjeller mellom deltakerne og de som gjennomfører studien vil heller ikke komme fram, slik kvalitativ studiemetode i form av personlige semistrukturerte intervjuer kan lykkes med å gjøre. En ulempe ved semistrukturerte intervjuer er at intervjuet i seg selv i større grad blir en intervensjon og det er svært viktig at personen som utfører intervjuene beholder en nøytral holdning til innholdet i intervjuet hele tiden, slik at svarene som kommer er genuine og i minst mulig grad farget av hva deltakerne tror intervjueren er enig i^{93,101}. Dette ble forsøkt overholdt på best mulig måte, gjennom å oppmuntre deltakerne til å komme med sine egne meninger og at hensikten ikke var å se hvor mye de hadde av riktig kunnskap, men å vite hva de faktisk trodde og tenkte selv. Det ble ikke på noe tidspunkt i intervjuet gitt noen tilbakemelding på om det deltakerne sa var riktig eller ikke, alle ble møtt med forståelse for sine utsagn og synspunkter og forsikret om at meningene deres hadde stor verdi for studien. Den som intervjuet samtlige deltakere er både medisinstudent og mor til et barn som var 18 måneder da intervjuene ble gjennomført. Det er klart at resultatene som kom ut av intervjuene nok hadde blitt annerledes om de hadde vært utført av en intervjuer som aldri selv hadde vært verken gravid, ammet eller hatt fagkunnskaper om temaet. Samtidig har intervjuerens egen bakgrunn gjort det enklere å stille adekvate spørsmål og vise forståelse for hver enkelt deltakers situasjon og synspunkter. Det har vært tilstrebet å holde personlige meninger og erfaringer utenfor intervjusituasjonen, og deltakerne har blitt møtt med åpne spørsmål og nøytrale holdninger fra intervjuers side så langt det har latt seg gjøre.

Alle deltakerne ga likevel uttrykk for, på eget initiativ, at det var positivt å ha blitt intervjuet, men at mange av spørsmålene hadde de måttet reflektere over der og da, siden de aldri hadde tenkt over problemstillingen tidligere. Dette viser at selve intervjuet fungerte som en mentaliseringsprosess og stimulerte fram resonnerende tankevirksomhet rundt årsak-virkning spørsmål som deltakerne ellers ikke hadde blitt bevisste på. Gravide som ikke har deltatt i et slikt intervju vil mest sannsynlig ikke ha gjort seg opp like tydelige meninger om temaene som ble berørt og mange av aspektene ved amming og vanskene som kan oppstå vil de derfor være mindre forberedte på, og vil kanskje reagere annerledes enn de gravide som deltok i studien.

Hovedfunnene i denne studien er oppsummert som følger:

- *Kunnskapsnivået rundt melkeproduksjon og hvordan den kan opprettholdes eller økes var mangelfull. Sammenhengen mellom å amme oftere, både dag og natt, og det å opprettholde eller øke melkeproduksjonen var de færreste bevisste på. De tenkte heller ikke spontant over at stress og mangel på hvile kunne hemme melkeproduksjonen.*
- *Det var mange feilaktige oppfatninger rundt nattamming, både hvor lenge det er behov for det, effekten på melkeproduksjonen og hvordan barnets søvnmønster*

påvirkes av tilleggsmat på kveldstid.

- *Morsmelkerstatning ble oppfattet som et bedre alternativ enn amming hvis mor røyker eller spiser usunt i ammeperioden.*
- *De stoler mer på egne observasjoner av venninner og andre barn, enn på forskning. Dette gjelder spesielt forskjeller på barn som får morsmelkerstatning og barn som får morsmelk, og i forhold til ammings effekt på mors kropp. De tror ikke det er noen forskjell på barna, fordi de ikke selv har observert det hos barn de kjenner.*
- *Bevisstheten rundt ammevansker var lav, de tror amming vil gå helt av seg selv.*
- *Det er begrenset hvor mye informasjon de klarer å ta inn før fødselen, det viktigste vil være å senke terskelen for tidlig kontakt med helsestasjonen ved ammeproblemer, samt å formidle at det er vanlig å synes det er vanskelig i starten.*

Disse funnene stemmer godt overens med det som er funnet i studier rundt samme tema. En kvalitativ studie av Bailey i 2010⁹⁴ viste at det er større behov for tett oppfølging fra helsevesenet de første seks ukene post-partum enn i de siste ukene før fødselen. Den samme studien fant at førstegangsmødre satte stor pris på den praktiske, emosjonelle og sosiale støtten de fikk fra helsestasjonsarbeiderne, og at denne støtten bidro til å styrke troen på deres egen evne til å være gode mødre. Studien konkluderte også med at alle mødre, også de som tilsynelatende klarte seg helt fint selv, følte behov for og kunne trenge tett oppfølging de første ukene, og at dette ville bidra til bedre mestringsfølelse i den nye morsrollen.

I en finsk studie fra 2011 fant Laanterä et al at gravide trenger informasjon om hvordan de kan håndtere potensielle ammevansker og om fysiologien bak amming og melkeproduksjon⁹⁵. Studien konkluderte med at hovedfokus burde være på førstegangsfødende og de som hadde lite kunnskap om amming, da disse oppnådde lavest score på egen tillit til evne til å amme. Det er vist sterk sammenheng mellom «breastfeeding confidence» og lengde på ammeperioden hos hver enkelt mor⁹⁶⁻⁹⁹.

I en skotsk studie fra 2002 av Shaker et al¹⁰⁰ ble det funnet at morsmelkerstatningsbruk var assosiert med mer mangelfulle kunnskaper om amming og mer negative holdninger til amming, og at arbeidet med å fremme amming burde fokusere spesielt på å heve kunnskapsnivået om fordelene ved amming hos kommende foreldre som hadde nøytrale holdninger til amming.

Konklusjoner

Deltakerne i denne studien hadde gode kunnskaper om amming og hvorfor amming er det beste alternativet. Alle hadde også et sterkt ønske om å amme barna sine. De visste at morsmelk beskytter mot sykdom hos barnet.

De fleste var likevel ikke enige i at barn som fikk morsmelkerstatning var noe betydningsfullt mer syke enn de som fikk morsmelk. De viste til barn de kjente, og at de selv hadde observert at de stort sett var akkurat like friske enten de hadde fått morsmelk eller morsmelkerstatning. Nesten alle var sikre på at det ikke var noen forskjell på barn som hadde fått morsmelk og de som hadde fått morsmelkerstatning når barna ble eldre. Om dette skyldes at de ikke stoler på forskning som viser at det er en forskjell, eller om det skyldes at de ikke ønsker å gjøre forskjell på barna, fant ikke denne studien noe svar på.

Deltakerne var også overbevist om at morsmelkerstatning inneholdt mer vitaminer og derfor kunne være et bedre alternativ enn morsmelk hvis moren ikke spiste og levde tilstrekkelig sunt. Denne holdningen er det viktig at helsepersonell er klar over, slik at de kan veilede mødre som føler de ikke spiser sunt nok eller ikke klarer å slutte å røyke. Disse mødrene vil både fra seg selv og fra andre kunne oppleve det som negativt å amme, fordi morsmelken ikke oppfattes som like god kvalitetsmessig som morsmelkerstatning.

Søvn og nattaming representerer en stor risikofaktor for å ikke opprettholde amming utover de første månedene, da det er utbredt blant mødre og supplere ammingen med morsmelkerstatning eller grøt om kvelden fra 3-4 måneders alder. Søvnrytme og fortsatt behov for nattemåltider hos barnet er et tema som helsepersonell bør ta opp på sitt initiativ for på best mulig måte å fremme fullamming fram til 5-6 måneders alder.

Et tema som var svært viktig for mødrene og som de presenterte som en gyldig og viktig grunn til å bruke morsmelkerstatning var å sikre at barnet fikk nok mat. Uro og lav vektøkning ble sett på som sikre tegn på at mor ikke hadde nok melk. I slike situasjoner vil det være viktig med tett oppfølging fra helsestasjonen, for å verifisere om det faktisk er lav vektøkning, og for å veilede i hvordan melkeproduksjonen kan økes, før man vurderer om man bør supplere med morsmelkerstatning.

Mange av mødrene etterspurte at helsepersonell sin rolle først og fremst måtte være å veilede og støtte, slik at hver enkelt mor kunne ta velinformerte valg om hva som var best for henne og barnet hennes. Flere mente at det var for liten kunnskap om morsmelkerstatning hos helsepersonell og at behovet for veiledning til mødre som brukte morsmelkerstatning var større enn det som ble ivarettatt av helsevesenet.

Det fremstår som vesentlig at helsepersonell gjør en ekstra innsats i å støtte, veilede og ivareta de mødrene som ikke ammer eller gir opp amming tidlig, slik at de får så høy grad av mestringsfølelse som mulig og føler seg som like gode mødre som de som ammer. Da vil antakelig de negative historiene og opplevelsene som mødre forteller hverandre bli færre, og tilliten til helsepersonell større.

Et av de viktigste funnene i studien var at samtlige gravide mente det aller viktigste å få informasjon om før fødselen, var at det er vanlig med ammevansker og å vite hvor de kunne henvende seg hvis de opplevde dette. Samtalene om amming i forkant av fødselen bør derfor

vinkles inn mot å senke terskelen for tidlig kontakt ved ammevansker, og vise vilje og kapasitet til å være tilgjengelige for mødrene i perioden mellom fødselen og seks-ukers kontrollen.

De fleste ammeproblemer vil oppstå før seks uker, og da kan det allerede være for sent med intervensjon for å opprettholde ammingen på første rutinemessige kontroll på helsestasjonen. I Norge har sykehuset ansvaret for mor og barn de første 14 dager etter fødselen, først og fremst med tanke på eventuelle komplikasjoner hos mor etter fødsel. Dette kan utgjøre et potensielt problem, da mange mødre vil ha høyere terskel for å ta kontakt med sykehuset enn med helsestasjonen, og samtidig vet de at helsestasjonen offisielt sett ikke har ansvar for dem før etter to uker postpartum. Ved å oppmuntre gravide til å ta kontakt tidlig i forløpet på ammevansker, også de som oppstår raskt etter hjemkomst fra sykehuset, vil helsestasjonene kunne bidra til høyere grad av fullamming og lengre varighet av amming generelt i befolkningen.

I veiledningsarbeidet er det generelt viktig å forebygge mistillit og distanse mellom helsevesenet og befolkningen, ved at man aktivt tar opp de temaene hvor det eksisterer åpenbare kontroverser i oppfatningene til befolkningen kontra fagmiljøene. Slik kan man forhåpentligvis unngå misforståelser og eventuelle valg tatt på grunnlag som kan være feil. Forholdet mellom årsak og virkning kan lett oppfattes ulikt av fagfolk i forhold til mødrene, og man må ikke glemme at prosessen med å lære å amme vil være ny og ukjent for hver eneste førstegangsfødende og forståelsen av kausalitet kan være feil også hos flergangsfødende.

Helsevesenets ideelle rolle ville være å sikre at alle får god nok informasjon og hjelp til riktig tid for å kunne ta selvstendige valg, slik at de vet implikasjonene av valget sitt og er sikre på at det er godt fundamentert.

Litteraturliste

Referanseliste

1. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring*.
http://www.matportalen.no/rad_til_spe_sielle_grupper/tema/Spedbarn/
2. World Health Organization.(2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation*. Geneva, Switzerland
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_nhd_01.09.pdf
3. Helsedirektoratet, Mattilsynet og Universitetet i Oslo (2008) Spedkost 2006-2007 Landsomfattende Kostholdsundersøkelse blant 6 måneder gamle barn.
4. Malterud K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utgave En innføring*. Universitetsforlaget, Oslo.
5. Laanterä S, Pölkki T , Ekström A & Pietilä AM (2010). *Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy*. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:79.
6. Fairbrother N. & Stanger-Ross I. (2009). *Reproductive-Aged Women's Knowledge and Attitudes Regarding Infant-Feeding Practices: An Experimental Evaluation*. J Hum Lact 2010 26:157
7. Stuebe AM & Schwarz EB: *The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children*. J Perinatol 2010, 30(3):155-162
8. Løland B., Bærug A. & Nylander G. (2007). *Morsmelk, immunrespons og helseeffekter*. Tidsskr Nor Lægeforen, 127:2395-2398
9. Larsen JS, Hall EO & Aagaard H. (2008). *Shattered expectations: When mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasyntesis*. Scandinavian Journal of Caring Science, 22(4). 653-661
10. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H & Jimba M. (2008). *The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers*. Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing. 37(5): 546-555
11. Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y & Gebre-Medhin M. (1999). *Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: A longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden*. Acta Paediatrica. 88(2): 203-211.
12. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT Doherty DA & Hartmann PE. (2006). *Volume and frequency of breastfeeds and fat content of breastmilk throughout the day*. Pediatrics 117 e387-e395
13. Lawrence RA & Lawrence RM. (2011). *Breastfeeding: A guide for the medical profession 7th edition*. Maryland Heights, MO: Mosby/Elsevier
14. Doan T, Gardiner A, Gay CL & Lee KA. (2007). *Breastfeeding increases sleep duration of new parents*. J Perinat Neonatal Nurs. 21(3): 200-206
15. Montgomery-Downs HE, Clawges HM & Santy EE. (2010). *Infant feeding methods and maternal sleep and daytime functioning*. Pediatrics 126 e1562
16. Mcmanaman JL & Neville MC. (2005). *Lactation-Physiology*. University of Colorado, Denver, CO, USA, Elsevier
17. Neifert MR, McDonough SL & Neville MC. (1981). *Failure of lactogenesis associated with placental retention*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 140: 477-478
18. Kent JC. (2007). *How breastfeeding works*. Journal of Midwifery and Womens' Health. 52(6): 564-570
19. Cox DB, Owens Ra & Hartmann PE. (1996). *Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women*.

- Experimental Physiology. 81(6): 1007-1020
20. Kent JC, Mitoulas L, Cox DB, Owens RA & Hartmann PE. (1999). *Breast volume and milk production during extended lactation in women*. Experimental Physiology, 84(2): 435-447
 21. Daly SE & Hartmann PE. (1995). *Infant demand and milk supply*. Journal of Human Lactation, 11(1): 21-26
 22. Daly SE, DiRosso A, Owens RA & Hartmann PE. (1993). *Degree of breast emptying explains changes in the fat content, but not fatty acid composition, of human milk*. Experimental Physiology, 78(6): 741-755
 23. Wilde CJ & Peaker M. (1990). *Autocrine control in milk secretion*. Journal of Agricultural Science, 114: 235-238
 24. Amir LH. (2006). *Breastfeeding-managing 'supply' difficulties*. Australian Family Physician, 35(9): 686-689
 25. Dewey KG & Lonnerdal B. (1986). *Infant self-regulation of breast milk intake*. Acta Paediatrica Scandinavica, 75(6): 893-898
 26. Meier PP, Engstrom JL, Crichton CL, Clark DR, Williams MM & Mangurten HH. (1994). *A new scale for in-home test-weighing for mothers of preterm and high risk infants*. Journal of Human Lactation, 10(3): 163-168
 27. Sacco LM, Caulfield LE, Gittelsohn J & Martinez H. (2006). *The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers*. Journal of Human Lactation, 22(3): 277-286
 28. Hartmann PE. (1991). *The breast and breastfeeding*. In E. Philipp, M. Setchell, & J.G. Ginsberg (Eds), Scientific Foundations of obstetrics and gynaecology (4th edition, pp. 378-390.) London, UK, Heinemann.
 29. Kent JC, Ramsay DT, Doherty D, Larsson M & Hartmann PE. (2003). *Response of breasts to different stimulation patterns of an electric breast pump*. Journal of Human Lactation, 19(2): 179-187
 30. Geddes DT. (2007). *Inside the lactating breast: The latest anatomy research*. Journal of Midwifery and Womens' Health, 52(6): 556-563
 31. Camurdan AD, Ilhan MN, Beyazova U, Sahin F, Vatandas N & Eminoglu S. (2008). *How to achieve long-term breast-feeding: Factors associated with early discontinuation*. Public Health and Nutrition, 11(11): 1173-1179
 32. Gatti L. (2008). *Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding*. Journal of Nursing Scholarship, 40(4): 355-363
 33. World Health Organization (2000). *Mastitis: Causes and Management*. Geneva, Switzerland
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_00_13/en/
 34. Emmet PM & Rogers IS. Unit of paediatric and perinatal epidemiology, Institute of child health, University of Bristol, UK. (1997). *Properties of human milk and their relationship with maternal nutrition*. Early Human development 49 Suppl: S7-S28. Elsevier Science Ireland.
 35. American Academy of Pediatrics. (2005). *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, 115: 496-506
 36. Golding J, Emmett PM & Rogers IS. (1997). *Does breast feeding protect against non-gastric infections?* Early human Dev 1997;49 Suppl:S105-S120
 37. Golding J, Emmett PM & Rogers IS. (1997). *Gastroenteritis, diarrhoea and breast feeding*. Early human Dev 1997;49 Suppl:S83-S103
 38. Lucas A, Sarson DL, Blackburn AM et al. (1980). *Breast vs bottle: Endocrine responses are different with formula feeding*. Lancet I: 1267-1269
 39. Ojofeitimi EO & Elegbe IA. (1982). *The effect of early initiation of colostrum feeding on proliferation of*

- intestinal bacteria in neonates.* Clin Pediatr 1982;21:39-42
40. Jackson AA & Golden MHN. (1978). *The human rumen.* Lancet 1978;764-767
 41. Prentice A. (1987). *Breast feeding increases concentrations of IgA in infants' urine.* Arch dis Child 1987;62:792-795
 42. Friss HE, Rubin LG, Carsons S et al. (1988). *Plasma fibronectin concentrations in breast fed and formula fed neonates.* Arch dis Child 1988;63:528-532
 43. Schreiner RL, Brady MS, Franken EA et al. (1979). *Increased incidence of lactobezoars in low birth weight infants.* Am J Dis Child 1979;133:936-940
 44. http://www.nestlebaby.com/no/baby_nutrition/ikke_tale_mat/mer_om_melke_allergi/
 45. Lucas A, Ewing G, Roberts SB, Coward WA. (1987). *How much energy does the breastfed infant consume and expend?* BMJ (Clin Res Ed) 1987;295:75-77
 46. Karatas Z, Aydogdu SD, Dinleyici EC, Colak O & Dogruel N. (2011). *Breastmilk ghrelin, leptin, and fat levels changing foremilk to hindmilk: is that important for self-control of feeding?* Eur J Pediatr 170:1273-1280
 47. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL & Samuelsen G. (1994). *The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: breast milk intake, human milk macronutrient content, and influencing factors.* Am J Clin Nutr 1994;59:600-611
 48. Obstetrik og Gynekologi 2. utgave. Bergsjø et al. (2010) Utgitt av Gyldendal Akademisk, Oslo, Norge. Kap. 20, s. 267. *Barseltid og amming.* Nesheim B, Nylander G & Løland BF.
 49. Savino F, Fissore MF, Liguori SA et al. (2009). *Can hormones contained in mothers' milk account for the beneficial effect of breast-feeding on obesity in children?* Clin Endocrinol Oxf 71:757-765
 50. Van der Lely AJ, Tschöp M, Heiman ML et al. (2004). *Biological, physiological, patophysiological, and pharmacological aspects of ghrelin.* Endocr Rev 25:426-457
 51. Bluher S, Alloatti G, Marcantoni A et al. (2003). *Cardiac effects of ghrelin and its endogenous derivatives des-octanoyl ghrelin and desGln14-ghrelin.* Eur J Pharmacol 476:87-95
 52. Pellemounter MA, Cullen MJ, Baker MB et al. (1995). *Effects of the obese gene product on body weight regulation in ob/ob mice.* Science 269:500-543
 53. Li R, Fein SB & Grummer-Strawn LM. (2010). *Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants?* Pediatrics 125:1386-1393
 54. Hernell O & Blackberg L. (1982). *Digestion of human milk lipids: Physiologic significance of sn-2 Monoacylglycerol hydrolysis by the bile salt-stimulated lipase.* Pediatr Res 1982;16:882-885
 55. Brown K et al. (1986). *Lactational capacity of marginally nourished mothers; Relationships between maternal nutritional status and quantity and proximate composition of milk.* Pediatrics 1986;78:909-919
 56. Finley DA, Lonnerdal B, Dewey KG & Grivetti LE. (1985). *Breast milk composition: Fat content and fatty acid composition in vegetarians and non-vegetarians.* Am J Clin Nutr 1985;41:787-800
 57. Hachey DL, Silber GH & Wong WW. (1989). *Human Lactation II: Endogenous fatty acid synthesis by the mammary gland.* Pediatr Res 1989;25:63-68
 58. Hachey DL, Thomas MR & Emken EA. (1987). *Human Lactation: Maternal transfer of dietary triglycerides labelled with stable isotopes.* J Lipid Res 1987;28:1185-1192
 59. Metz J, Zalusky R & Herbert V. (1968). *Folic acid binding by serum and milk.* Am J Clin Nutr

- 1968;21:289-297
60. Greer FR, Searcy JE, Levin RS, Steichen JJ, Steichen-Asche PS, Tsang RC. (1982). *Bone mineral content and serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in breastfed infants with and without supplemental vitamin D: one-year follow-up.* J Pediatr 1982;100 (6):919-922
 61. Golding J, Greenwood R, Birmingham K, Mott M. (1992). *Childhood Cancer, intramuscular Vit K, and pethidine given during labour.* BMJ 1992;305:341-346
 62. Aggett PJ. (1994). *Aspects of neonatal metabolism of trace metals.* Acta Paediatr Scand 1994;402 Suppl:S75-S82
 63. Amir LH & Donath SM. (2002). *Does Maternal Smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence.* Birth 29(2): 112-123
 64. Hale T. (1996). *Medication and Mother's Milk.* 5th edition Amarillo, Texas: Pharmasoft Medical Publishing
 65. Schulte-Holbein B, Schwartz-Bickenbach D, Abt S, et al. (1992). *Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life: Influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breast milk and infant's urine.* Acta Paediatrica 1992;81:550-557
 66. Mascola MA, Van Vunakis H, Tager IB, et al. *Exposure of young infants to environmental tobacco smoke: Breastfeeding among smoking mothers.* Am J Public Health 1998;88:893-896
 67. Woodward A, Douglas RM, Graham NMH & Miles H. (1990). *Acute Respiratory illness in Adelaide Children: Breast feeding modifies the effect of passive smoking.* J Epidemiol Community Health 1990;44:224-230
 68. Lee J. (1997). *Smoking and breastfeeding.* Topics in Breastfeeding. Vol. Set IX. Melbourne: Lactation Resource Centre. 1997:1-7
 69. Howard C & Lawrence RA. (1998). *Breastfeeding and drug exposure.* Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25:195-216
 70. Nafstad P, Jaakkola JJK, Hagen JA, et al. (1997). *Weight gain during the first year of life in relation to maternal smoking and breastfeeding in Norway.* J Epidemiol Community Health 1997;51:261-265
 71. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK & Garza C. (1992). *Milk production by mothers of premature infants: Influence of cigarette smoking.* Pediatrics 1992;90:934-938
 72. Akre J. (1989). *Infant feeding: The physiological Basis.* Geneva: World Health Organization, 1989;21-23
 73. Juliusson PB, Roelants M, Eide GD, Moster D, Juul A, Hauspie R, Waaler PE, Bjerknes RB (2009). *Vekstkurver for norske barn.* Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:281-6
 74. World Health Organization: *Child Growth Standards based on length/height, weight and age.* Acta Paediatr Suppl 2006;450: 76-85
 75. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, Salmenpera L, Whitehead RG, Yeung DL: World Health Organization working group on infant growth: *Growth of breastfed infants deviates from current reference data: A pooled analysis of US, Canadian and European data sets.* Pediatrics 1995;96:495-503
 76. Hitchcock NE, Gracey M & Gilmour AI. (1985). *The growth of breastfed and artificially fed infants from birth to twelve months.* Acta Paediatr Scand 1985;74:240-245
 77. Hitchcock NE & Coy JF. (1989). *The growth of healthy Australian infants in relation to infant feeding and social group.* Med J Aust 1989;150:306-311
 78. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM & Lönnerdal B. (1992). *Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: The DARLING study.* Pediatrics 1992;89:1035-1041

79. Michaelsen KF, Petersen S, Greisen G & Thomsen BL. (1994). *Weight, length, head circumference, and growth velocity in a longitudinal study of Danish infants*. Dan Med Bull 1994;41:577-585
80. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA & Lönnerdal B. (1991). *Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: Relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels*. J Pediatr 1991;119:538-547
81. Heinig MJ & Dewey KG. (1996). *Health advantages of breast feeding for infants: A critical review*. Nutr Res Rev 1996;9:89-110
82. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. (1995). *Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants*. J Pediatr 1995;126:696-702
83. DeOnis M, Garza C & Habicht JP. (1997). *Time for a new growth reference*. Pediatrics 1997;100:e8
84. Onyango AW, Nommsen-Rivers L, Siyam A, Borghi E, DeOnis M, Garza C, Lartey A, Bærug A, Bhandari N, Dewey KG, Araújo CL, Mohamed AJ & Broeck JV, for the WHO Multicentre Growth Reference Study Group. (2011). *Post-partum weight change patterns in the WHO multicentre growth reference Study*. Blackwell Publishing Ltd. Maternal and Child Nutrition 7:228-240
85. Butte NF & Hopkinson J. (1998). *Body composition changes during lactation are highly variable among women*. Journal of Nutrition 128 (Suppl. 2) 381S-385S
86. Thorsdottir I & Birgisdottir BE. (1998). *Different weight gain in women of normal weight before pregnancy: Post-partum weight and birth weight*. Obstetrics Gynecology 92:377-383
87. Sørensen TIA & Rasmussen KM. (2008). *Breastfeeding reduces postpartum weight retention*. American Journal of Clinical Nutrition 88:1543-1551
88. Chou TW, Chan GM & Moyer-Mileur L. (1999). *Postpartum body composition changes in lactating and non-lactating primiparas*. Nutrition 15:481-484
89. Boardley DJ, Sargent RG, Coker AL, Hussey JR & Sharpe PA. (1995). *The relationship between diet, activity, and other factors, and postpartum weight change by race*. Obstetrics and Gynecology 86:834-838
90. Rinker B, Veneracion M & Walsh CP. (2008). *The Effect of Breastfeeding on Breast Aesthetics*. Aesthetic Surgery Journal 2008;28:534
91. Pisacane A & Continisio P, The Italian work group on breastfeeding. (2004). *Breastfeeding and perceived changes in the appearance of the breasts: a retrospective study*.
92. Holloway I & Wheeler S. (2002). *Qualitative nursing in research*. Second edition, Oxford, Blackwell Science
93. Kvale S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, C. A.: Sage; 1996
94. Bailey S. (2010). *Postnatal care: Exploring the views of first-time mothers*. Community Practitioner Dec 2010;83(12): 26-29
95. Laanterä S, Pietilä AM, Ekström A & Pölkki T. (2011). *Confidence in Breastfeeding among Pregnant Women*. Western Journal of Nursing Research XX(X): 1-19
96. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E & Antoniou G. (2007). *Breastfeeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia*. Midwifery, 23:382-391
97. Wutke K & Dennis CL. (2007). *The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form: Translation and psychometric assessment*. International Journal of Nursing studies 44:1439-1446
98. Dunn S, Davies B, McCleary L,

- Edwards N & Gaboury I. (2006). *The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome*. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 35:87-97
99. O'Brien M & Fallon A. (2005). *The effect of breastfeeding self-efficacy on breastfeeding duration*. Birth 14:135-142
100. Shaker I, Scott JA & Reid M. (2004). *Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding*. Journal of Advanced Nursing 45(3):260-268
101. Malterud K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utgave En innføring*. Universitetsforlaget, Oslo. Kap. 5 s. 59 og kap. 11.

Vedlegg

Vedlegg nr. 1

Intervjuguide

Spørsmål om mors forventninger til å gi morsmelk eller tillegg.

Intervju nummer: _____ Tape: _____

Takk for at du stiller opp til denne samtalen. Hensikten er få del i hvilke forventninger og tanker du har omkring det å gi melk til barnet ditt.

Først noe om deg og barnet ditt:

- Hvor gammel er du?
 - Hva jobber du med?
 - Hvilken utdanning har du?
 - Hvor mange uker er det til termin?
 - Vet du om barnet er jente eller gutt?
 - Hvem bor du sammen med (barnefar, mor eller alene)?
 - Hvem kommer du til å bo sammen med i perioden rett etter fødselen?
 - Har du nær kontakt med andre familiemedlemmer enn de du bor sammen med?
 - Har du nær kontakt med andre som har små barn eller babyer?
 - 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?
 - Har du tenkt å amme barnet ditt?
 - Hvor lenge har du tenkt å amme barnet ditt?
 - Når har du tenkt å begynne med fast føde?
-
- Hva tenker du om amming generelt? Hvordan tror du det er å amme?
 - Har du noen tanker om hvor ofte det er vanlig å amme iløpet av et døgn?
 - Hva med nattaming, hvor ofte og til hvilken alder tenker du det er naturlig?
 - Forventer du at partneren din hjelper til med mating?
 - Isåfall på hvilken måte og fra hvilken alder?
 - Har du gjort deg noen tanker eller planer for permisjonstiden generelt og barselperioden spesielt? (Mange aktiviteter, mye sosialt, masse tid? Eller behov for ro og hvile?)

Kvinner har forskjellige erfaringer med det å amme. Noen velger ikke å 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 vil amme/ kan komme til å slutte å

amme/ikke vil amme?

- Amme:
 - Praktisk?
 - Beste ernæring for barnet?
 - Best for barnets helse (beskytter mot sykdom)
 - Godt for egen helse? (kroppsførm, beskytter mot sykdom)
 - For å få kroppskontakt med barnet?
 - Beste tilknytning til barnet?
 - Anbefalt av helsemyndigheter
- Slutte å amme
 - Ikke melkeproduksjon/følelse av ikke å ha nok melk
 - Problemer med barnets sugetak
 - Barnet vokser ikke nok
 - Fysiske plager (smerter, såre brystknopper, brystbetennelse)
 - Barnet avviser brystet/vil ikke die
 - Kan ikke se hvor mye melk barnet får i seg
 - Vanskelig å gjennomføre amming (ut i jobb, for tidkrevende)
 - Usikker på om melken gir nok næring
 - Mor syk
 - Ønsker ikke
- Ikke ammer
 - Ble ikke ammet selv
 - Tidligere negativ ammeerfaring
 - Barnet sykt/for tidlig født
 - Ønsker ikke, hvorfor?
- Hva er den nest viktigste grunnen?
- Noe annet?

Til dem som ikke har tenkt å amme:

- Har du søkt råd hos noen?
 - Fra helsepersonell, familie, venner
- Hva slags hjelp/råd har du fått?
- Ser du noen fordeler for deg og barnet ditt ved å gi morsmelkerstatning?
- Er det noe som kan gjøre at du vil amme?

Hvilke aspekter tror du kan bli slitsomme og eventuelt gjøre amming vanskelig å gjennomføre eller vanskelig å opprettholde?

Til dem som har tenkt å amme:

- Hva tenker du vil være 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?

- Er det noe eller noen som vil ha spesielt stor påvirkningskraft på dine valg i forhold til amming og mating av barnet?

Hva synes mannen din/barnefaren om at du vil amme/ikke vil amme?

- Støttende overfor valget?
- Hva synes din mor om at du vil amme/ikke vil amme?
 - At du gjør din plikt/ikke gjør din plikt?
 - At du vil binde deg for sterkt til barnet?
 - At du bør gi tillegg
- Hva synes din svigermor om at du vil amme/ikke vil amme?
- 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?

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.

- Hva tenker du avgjør melkemengden hos en kvinne?

- 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 egne følelser, sykdom)
- Inneholder morsmelk noe som morsmelkerstatningen ikke har?
- Inneholder morsmelkerstatningen noe som morsmelken ikke har?

Tanker om barnet:

- Er det noen fordeler for barnet med amming sammenliknet med morsmelkerstatning?
- Er det noen ulemper?
- Er det noen forskjell på barn som har fått morsmelk og barn som har fått morsmelkerstatning?
- Er det noen fordeler for moren med amming sammenliknet med morsmelkerstatning?
- Er det noen ulemper?
- Er det noen forskjell på kvinner som har ammet og kvinner som ikke har ammet?

Kropp

- Tenker du at forholdet til egen kropp vil endres etter svangerskap og amming?
- Isåfall, til det bedre eller verre, eller bare annerledes?
- Føler du at partners forhold til din kropp er endret?
- Tror du at disse endringene vil ha innvirkning på ammingen og dens varighet?
- Hvordan påvirker amming kroppen?
 - Gir hengebryst
 - Amming kan skade kroppen
 - Amming er bra for kropp og helse
 - Gjør at en får kroppsformen fortere tilbake

Hvordan opplever du helsevesenets holdning til amming?

- Hva har helsepersonell fortalt deg om amming i løpet av svangerskapet?
- Morsmelk er best for barnets helse
 - Det forventes at alle mødre skal amme
 - Melkerstatning er likeverdig morsmelk
 - Etablering av amming foregår spontant/ går av seg selv
 - Nær alle kvinnebryst kan gi morsmelk
 - Amming krever opplæring
 - Stabil melkeproduksjon etableres først etter en måned
- Hvilken holdning tror du/har du selv opplevd at helsepersonell vil vise/viser overfor en mor som ikke ammer?
 - Respekt og forståelse for mors avgjørelse
 - Helsepersonell føler at de har sviktet i å hjelpe mor

- Fikk lite informasjon om morsmelkerstatning og bruk av flaske
 - Fikk moren til å føle seg som en dårlig mor?
 - Oppfatte det som svekket omsorgsevne
 - Oppfatte mor som syk
 - Se fordelene med mors valg
-
- Synes du at du har fått nok informasjon om amming? Er det noe du har savnet?
 - Hvor/hvem har du fått informasjon av?
-
- Hvem ville du henvendt deg til for å få svar på spørsmål om amming eller hvis du føler deg usikker på noe i tilknytning til amming?

Ville du fått følelsen av at du var en dårlig mor om du ikke ammer?

- Hva tror du kan være grunner til at andre kvinner slutter å amme?
- Hva mener du burde være helsevesenets rolle i forhold til amming?

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

Hvordan opplevde du denne samtalen?