

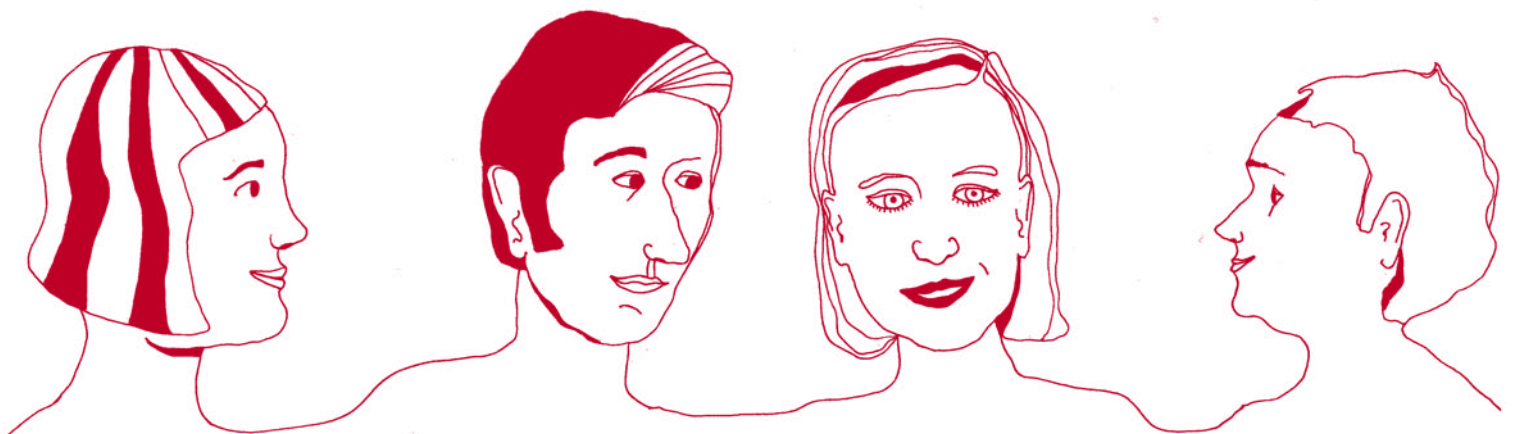
Norske kvinners ammeproblemer

Elisabeth Tufte

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:32





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Norske kvinners ammeproblemer				
Författare				
Elisabeth Tufte				
Författarens befattning och adress				
Rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for amming, Rikshospitalet, 0027 Oslo				
Datum då uppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
2 november 2005			Kjell Reichenberg / Gro Nylander	
Antal sidor	Språk – uppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
58	Norsk	Norsk/ Engelsk	1104-5701	91-7997-121-0

Sammanfattning

Det er stor enighet innenfor fagmiljøene at ”bryst er best” og morsmelkens fordeler er grundig dokumentert. Norske myndigheter anbefaler i tråd med WHO's retningslinjer amming som fullgod ernæring de første seks måneder, og deretter ved siden av annen føde til barnet er minst ett år gammelt. Helsepersonell har en rolle i å legge til rette for at kvinnen skal kunne amme slik det anbefales.

Samtidig som amming er noe naturlig i den betydningen av at kvinnen er skapt med evnen til å føde og å amme, kreves det øvelse og kunnskap for å unngå eller å løse ammeproblemer. I Norge har vi hittil ikke hatt systematisk kunnskap om i hvilken grad norske kvinner opplever ammeproblemer, og når de oppstår. Hensikten med studien var derfor å beskrive selvrapporterte ammeproblemer hos et utvalg norske kvinner. Dette ble gjort gjennom å fokusere på hvilke ammeproblemer som var de hyppigste og når de oppsto. Det ble også sett på hvem kvinnene kontaktet for å få hjelp og hvordan hjelpen ble vurdert. Kunnskapen skal gi grunnlag for å sette helsearbeidere i bedre stand til å gi en mer målrettet og optimal ammeveiledning. Datamateriellet kommer fra en deskriptiv tverrsnittsstudie. Instrumentet var et strukturert spørreskjema med 32 spørsmål, hvor enkelte spørsmål har plass til egne kommentarer.

De vanligste problemene var såre brystknopper, melkespreng, tilstoppede melkeganger/brystbetennelse og usikker melkemengde. De fleste problemer oppsto de første dagene etter fødsel. Bare 12 % av mødrene rapporterte at de ikke hadde hatt noen ammeproblemer i løpet av ammeperioden. Undersøkelsen bekrefter at i Norge ammer de fleste kvinner på tross av problemer, og ikke nødvendigvis fordi problemene etter hvert går over. Selv om det var mange som hadde hatt problemer, var det de færreste som rapporterte om ammepress. De fleste var fornøyd med ammeveiledningen på barselavdelingen, men mange oppsøkte ikke helsestasjonen for hjelp ved problemer etter utskrivning fra sykehuset.

Klinisk praksis så vel som forskning bør fokusere ytterligere på hvordan ammeveiledningen blir formidlet, og på bruk av metoder som fører til at mødrene opparbeider seg konkret kompetanse og ferdigheter. Dermed vil de være mest mulig selvhjulpne før de utskrives fra sykehuset. Det bør også utarbeides rutiner som gjør at helsestasjonen varsles automatisk ved utskrivning fra barsel om kvinnen har ammeproblemer, slik at systemet ikke baserer seg på at kvinnen selv må ta initiativ, men fanger opp alle.

Nyckelord

Amming, morsmelk, ammeproblemer, ammepress, veiledning



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Breastfeeding problems among Norwegian women.				
Author Elisabeth Tufte				
Author's position and address Advisor, Norwegian Resource Centre for Breastfeeding, Rikshospitalet, 0027 Oslo				
Date of approval November 2, 2005			Supervisor NHV/External Kjell Reichenberg / Gro Nylander	
No of pages 58	Language – essay Norwegian	Language – abstract Norwegian/ English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-121-0

There is a consensus that "Breast is best" within the health care professions. Norwegian health care authorities subscribe to the recommendations of WHO, and promote breastfeeding as the sole source of nutrition for the first six months followed by solid food for the remainder of the first year. Health care workers share a responsibility for providing information, help and support to mothers in order to implement these recommendations.

While breastfeeding is a natural ability for women, experience and other forms of knowledge are required to avoid or solve problems associated with breastfeeding. Systematic knowledge of the incidence and nature of Norwegian mothers' experience of breastfeeding problems has until now not been available. Thus, the purpose of this study was to describe self-reported problems with breastfeeding in a nation-wide sample of Norwegian mothers, focusing on the most frequent problems reported and the time of their debut. Additionally, sources of help and the efficacy of help as perceived by the mothers was evaluated. Data stem from a cross sectional and descriptive study. A questionnaire included 32 structured items, where space also was provided for the respondents' free commentary. The findings will contribute towards a knowledge base from which health care professionals may develop more efficient counseling.

Sore nipples, engorgement, mastitis and perceived inadequacy of milk supply were the four most frequently reported problems. Debut of breastfeeding problems was concentrated to the first days after giving birth. Only 12% of the mothers experienced no breastfeeding problems during the period of lactation. Thus, this study confirms that Norwegian women breastfeed despite problems, and not because the problems experienced eventually disappear. Even though a majority reported problems, few mothers indicated being under external pressure to continue breastfeeding. Most respondents were satisfied with the advice and counseling provided. However, many mothers did not seek additional help at the well-baby clinic after discharge from the hospital, if breastfeeding problems occurred.

Clinical practice and future research should focus on the communication process, and on the mother as the central resource. In this perspective, the health care professional is a mentor communicating skills and competencies that every mother can adapt for her own unique needs before discharge from hospital. Also, it appears crucial to develop systems for alerting the well-baby clinic to breastfeeding problems prior to discharge. This will serve to avoid the uncertainty associated with current practice, where it is dependent on the mother to request assistance for problems already documented.

Nyckelord

Breastfeeding, human, milk, problems, counseling.

Norske kvinners ammeproblemer

Elisabeth Tufte

Forord	6
Innledning	7
Bakgrunn	7
Amming og morsmelk – en kort innføring	7
Morsmelkens fordeler og ammingens betydning for folkehelse.....	8
Ammeforekomst	11
Ammingens fysiologi.....	11
Barnets reflekser	13
The Baby Friendly Hospital Initiativ	13
Ammeproblemer	14
Ammeveiledning	15
Ammepress	16
Hensikt med studien	17
Metode	17
Design	17
Instrument	17
Utvalg	18
Analyse.....	19
Etiske overveielser	19
Resultater	20
Bakgrunnsvariabler	20
Bortfall	21
Ammeproblemer	21
Såre brystknopper	22
Melkespreng.....	22
Tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse	22
Usikkerhet om melkemengde	23
Deltagere som rapporterte ammingen som negativt	23
Ammeproblemer ved utreise fra barselavdelingen og ved fire uker etter fødsel....	24
Ammeveiledning	25
Veiledning på barselavdelingen.....	25
Veiledning etter utskriving fra sykehuset	26
Ammepress	26
Diskusjon	27
Ammeproblemer	27
Såre brystknopper	27
Melkespreng.....	28
Tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse	29
Usikkerhet om melkemengde	30
Deltagere som rapporterte ammingen som negativt	31
Ammeproblemer ved utreise fra barselavdelingen og ved fire uker etter fødsel....	32

Ammeveiledning	32
Veiledning på barselavdelingen	32
Veiledning etter utskriving fra sykehuset	33
Ammepress	34
Studiens funn i relasjon til Ottawa- charterets prinsipper	35
Styrker og begrensninger	36
Validitet- gyldighet	36
Reliabilitet- pålitelighet av data	37
Konklusjon	38
Anbefaling for praksis	38
Anbefaling for videre forskning	39
Referanser	40
Vedlegg I	45

“Immunisation is preventive medicine par excellence. If a new vaccine became available that could prevent 1 million or more child deaths a year, and that was moreover cheap, safe, and administered orally, and required no cold chain, it would become an immediate public health imperative. Breastfeeding could do all this and more, but it requires its own “warm chain” of support- that is, skilled care for mothers to build their confidence and show them what to do, and protect them from harmful practices. If this warm chain has been lost from culture, or it is faulty, then it must be made good by health services”.

Editorial, the Lancet 1994 (1).

Forord

Mitt møte med ammeveiledning fikk jeg som sykepleierstudent på barselavdelingen, mange år før jeg selv fikk barn. Senere som sykepleier på neonatalavdeling og deretter som helsesøster. Amming og ammeveiledning har alltid vært en viktig del av mitt kliniske arbeid, men i utdanning og videreutdanning har emnet vært mer eller mindre fraværende inntil jeg for noen år flyttet til USA. Der var amming definert som et eget fagfelt med uttallige kurs og videreutdanningstilbud. Jeg tok noen universitetskurs og senere eksamen som International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC).

I 1998 fikk jeg tilbud om å være med i WHO's Growth Reference Study. Norge skulle være ett av seks land hvor innsamling av nye vekstdata, basert på barn som ble ernært etter anbefalingen når det gjelder amming, skulle danne grunnlag for nye vekstkurver. Jeg ledet da screening- og ammeveiledningsteamet i en meget nøye planlagt studie med komplisert logistikk. Jeg fikk et godt innblikk i hvor viktig det er med planlegging av utvelgelsesmetode, standardisering av utstyr, metoder og kvalitetssjekker. Jeg ønsket derfor å lære mer, og søkte meg til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, høsten 2000. Etter et inspirerende grunnkurs bestemte jeg meg for å arbeide videre med en mastergrad, med god støtte fra min nærmeste arbeidskollega Anne Bærug. Over flere år la hun til rette slik at jeg kunne tilbringe uker borte fra mitt daglige arbeid.

Jeg vil få takke Nasjonalt kompetansesenter for amming, for muligheten til å ta denne videreutdanningen og for tilgang til data fra en større ammeundersøkelse som jeg var med på å forberede. Jeg vil også takke Gro Nylander som jeg jobber tett sammen med når det gjelder undervisning, og som stadig er en faglig inspirasjon. Min metodeveileder ved NHV, Kjell Reichenberg, har vært til uvurderlig støtte både når det gjelder det faglige og det personlige. Til slutt vil jeg takke min mann Lars Mathisen som også har en sykepleiefaglig bakgrunn, for all hjelp og innspill under prosessen.

NORSKE KVINNERS AMMEPROBLEMER

Innledning

Fenomenet amming kan belyses fra mange perspektiv,- som kontakt og kommunikasjon, som en biologisk styrt prosess, som et sosiologisk fenomen eller fra et kjønnsperspektiv, eller fra helsefaglige vinkler. Fundamentet for denne artikkelen er ammingens betydning som ernæring, og problemer og veiledning som påvirker ammeopplevelsen blir tematisert, belyst ved empiri, og diskutert.

Samtidig som amming er noe naturlig i den betydningen av at kvinnen er skapt med evnen til å føde og å amme, er det også noe som krever øvelse og kunnskap. En mengde studier dokumenterer at det kreves aktiv støtte for å etablere og opprettholde amming, og for å forebygge problemer. Dette er systematisk gjennomgått i Evidence for the ten steps to successful breastfeeding (2).

Ammingen påvirkes av ytre faktorer som for eksempel hvordan helsevesenet er organisert. Ammefrekvensen har vært høy i land hvor fødselen har foregått i hjemmet (3). Tradisjonelt var det kvinner som støttet kvinner, men etter at fødselen ble medikalisert har kvinnene vært prisgitt sykehusets rutiner og veiledning fra helsepersonell (4).

Eide og medarbeidere konkluderte i sin ammeundersøkelse med at: *”siden antall ammende mødre ved hjemreise er såpass stort, og vi vet at nesten 90 % av mødrene ammer tre måneder senere må vi anta at de, formodentlig med god hjelp av personalet, stort sett overvinnet begynnerproblemene”* (5). I deres undersøkelse var det helsepersonell som ble bedt om å besvare spørsmålene vedrørende mødrenes amming. Man har derfor ikke noe data på om det stemmer at problemene gradvis forsvant eller om mødrene ammet på tross av problemer, fordi det ikke ble gjort noen oppfølgende undersøkelse. En større norsk kostundersøkelse av spedbarn, Spedkost, viser at hovedårsaken til ammeslutt før seks måneders alder er ammeproblemer (6), men at veldig mange også ammer på tross av problemer. For mange kvinner forsvinner ikke problemene av seg selv, noe som bekreftes i en større undersøkelse fra Australia (7). Det er derfor viktig å få kartlagt når problemene oppstår og hvilke problemer det er, slik at helsevesenets ansatte øker sin kunnskap rundt amming for å kunne veilede mødrene på en best mulig måte.

Bakgrunn

Amming og morsmelk – en kort innføring

Det er stor enighet innenfor fagmiljøene at ”bryst er best”. Morsmelkens fordeler er grundig dokumentert, og amming er fullgod ernæring de første seks måneder (8). Derfor gikk WHO i 2001 ut med nye anbefalinger om å øke varigheten av fullamming fra fire

til seks måneder, og deretter å amme i tillegg til annen føde til barnet er to år (8). Fullamning innebærer å kun gi morsmelk, heller ikke vann (9). I Norge ble de samme anbefalingene også innført ved Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for ernæring, men med ordlyden: *”Spedbarnet bør få morsmelk som eneste ernæring de første seks levemåneder. Ammingen bør opprettholdes gjennom hele det første leveåret”* (10).

Morsmelkens fordeler og ammingens betydning for folkehelse

Amming og morsmelk er en helsefaktor både på det individuelle plan og i et folkehelseperspektiv. Dette avsnittet beskriver hovedtrekk av morsmelkens betydning for barnets vekst og forebygging av sykdom, og kobler denne kunnskapen opp mot helse i et nasjonalt og globalt perspektiv.

Morsmelk er viktig både som ernæring og som sykdomsforebyggende faktor på kort og lang sikt (11-14). Innhold av sukker, fett og proteiner er spesielt tilpasset barnets alder (10). Morsmelken inneholder lite jern, men til gjengjeld absorberes den meget godt i motsetning til jernet som finnes i morsmelkserstatningen. Selv de beste morsmelkserstatninger mangler mange av de verdifulle stoffene som morsmelken inneholder. Dette gjelder blant annet en rekke hormoner, vekstfaktorer og langkjedete fettsyrer.

En rekke viktige antistoffer i morsmelk gir en beskyttende effekt mot blant annet nyfødtssepsis, urinveisinfeksjoner, lungebetennelse, visse typer hjernehinnebetennelser og ørebetennelse (14). Det kan tyde på at morsmelken har egenskaper som spesielt aktiverer barnets immunsystem. Studier viser at morsmelksernærte barn responderer bedre på vaksiner enn ikke morsmelksernærte. Det er også en sammenheng mellom dose og respons. Jo lenger barnet har fått morsmelk, desto lengre er det beskyttet, og den beskyttelsen kan vare i flere år etter avsluttet amming (14).

Morsmelkernæring synes også å redusere risikoen for utvikling av visse sykdommer, selv om disse resultatene fortsatt er kontroversielle og krever videre forskning. Dette gjelder visse krefttyper hos barn, diabetes mellitus type1, multippel sklerose og reumatoid artritt, ulcerøs colitt og Crohns sykdom (15-17). Hvorvidt amming beskytter mot allergi har lenge vært omdiskutert, men det er nå dokumentert at morsmelk har en beskyttende effekt mot infeksjonsutløst astma (14, 18). Nyere studier har også vist at amming kan beskytte mot utvikning av overvekt hos barn, som er et større helseproblem enn underernæring på verdensbasis (19). Overvektige barn har økt risiko for å bli overvektige som voksne og morsmelksernæring er derfor en meget viktig faktor når det gjelder å forebygge fedme.

Amming er en viktig faktor når det gjelder å beskytte mot og behandle småbarnsdiare. I land med moderat til høy spedbarnsdødelighet har barn som ikke får morsmelk 14 ganger høyere risiko for å dø av diaré enn et barn som blir ammet, og fire ganger større risiko for å dø av lungebetennelse (1). Hos premature som ikke får morsmelk er risikoen for å få tarmproblemer (necrotiserende enterocolitt) tidoblet i forhold til de som blir morsmelkernærte (20). Dette er en problemstilling som er aktuell også i industrialiserte land.

Både norske og utenlandske studier viser at morsmelksernærte barn skårer noe høyere på nevropsykologiske tester (21, 22). En hovedårsak til dette kan være at morsmelken inneholder spesielle langkjedete fettsyrer som er gunstig for hjernens utvikling. Denne marginale effekten kan være viktig for eksempel for barn som har en psykisk utviklingshemming, men vil for de fleste antagelig ikke ha noen betydning.

Amming gir også helsefordeler for kvinnen. Amming kan beskytte mot reumatoid artritt, visse former for brystkreft og eggstokkreft, og bidrar også til å begrense fruktbarhet, noe som er spesielt viktig sett i en verdensmålestokk. Når visse kriterier oppfylles er amming like sikkert prevensjonsmetode som det å bruke spiral (1, 23, 24).

Amming og morsmelk angår hvert enkelt mor-barn par, uansett hvor man bor i verden, om man er fattig eller rik. Generelt kan man si at i industrialiserte land vil det å legge til rette for amming som en viktig sykdomsforebyggende strategi, gi en helsemessig signifikant beskyttelse, men i utviklingsland vil effekten av beskyttelsen bli dramatisk. I Pakistan ble det funnet at selv ved delvis amming sammenlignet med ingen amming, ble risikoen for neonatal sepsis redusert med en odds ratio på 18 (14). Også i de industrialiserte land med en lav spedbarnsdødelighet, blir amming assosiert med færre sykdomstilfeller og reduserte kontakter med helsevesenet eller innleggelse på sykehus (25). På grunn av morsmelkens sykdomsbeskyttende effekt kan amming spare helsevesenet for store økonomiske kostnader og er derfor et viktig bidrag til bruttonasjonalproduktet. En beregning gjort i USA av Ball og medarbeider, viste at når det gjelder det første leveåret vil økte helseutgifter for et barn som ikke bli ammet være fra \$331 til \$475. I tillegg til å ha færre sykdomstilfeller, vil barn som blir ammet også kunne redusere utgiftsposten for helsevesenet. Helsevesenet kan derfor spare betydelige beløp på å beskytte og fremme eksklusiv amming slik det anbefales (25).

Folkehelse blir i the Acheson Report i 1987 definert som: *"the art and science of preventing disease, promoting health, and prolonging life through organised efforts of society"* (26).

Den norske definisjonen av folkehelsearbeid er: *"Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre, og fremme folkehelse. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir de enkelte individer og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over egen situasjon"* (27). Folkehelsearbeid omfatter både helsefremmende og forebyggende arbeid som må legges til rette og arbeides for, via samfunnet. Økt forskning vil kunne føre til en økt total innsats på området.

Den første internasjonale konferansen om "Health promotion" ble arrangert i Ottawa i 1986, som et svar på økte forventninger til en ny folkehelsebevegelse rundt omkring i verden. Resultatet fra konferansen ble erklæringen "Ottawa charteret" som munner ut i fem strategier for helsefremmende arbeid (28).

1. Bygge opp en sunn helsepolitikk. Dette innebærer at helsefremmende arbeid skal settes på agendaen til alle besluttende organer på alle nivåer. Målet skal være at det sunneste valget skal være det letteste valget også for de som utformer strategier og tar beslutninger.

2. Skape et støttende miljø. Samfunnet er komplekst og alt henger sammen. Det overordnede målet er å oppmuntre til gjensidig støtte og til å ta vare på hverandre, vårt samfunn og vårt miljø. Fremming av helsefremmende arbeid fører til leve- og arbeidsvilkår som er sikre, stimulerende og givende.
3. Utvikle personlige ferdigheter. Helsefremmende arbeid støtter personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker. Ved å utvikle personlige ferdigheter, øker individenes mulighet for å ta helsefremmende valg og ivareta egen helse.
4. Tilpasse helsetjenesten. Helsevesenet må bevege seg i en mer helsefremmende retning som går utover de kliniske og kurative tjenestene. Det må føre til en holdningsendring og organisering av helsevesenet som refokuserer på individets totale behov som et helt menneske.
5. Styrke lokalmiljøets muligheter for handling. Helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet ved å arbeide konkret med prioriteringer, avgjørelser, planlegge tiltak og implementere disse for å oppnå bedre helse. Dette krever tilgang både på informasjon, som økonomisk støtte.

Flere av momentene i Ottawa charteret er viktig når det gjelder å fremme og beskytte amming som en del av folkehelsearbeidet.

Bygge opp en sunn helsepolitikk. Dersom det sunneste valget skal være det letteste valget, må helsepolitikken kunne begrunnes med at fysiologiske og helsefremmende mekanismer danner et utgangspunkt for andre tjenester. Det kan innebære å sikre at informasjonsflyt til helsepolitikere sikres gjennom kanaler og institusjoner som er uavhengige av andre økonomiske interesser, for eksempel barnematindustrien.

Skape et støttende miljø. Dette kan gjøres gjennom systematisk nettverksarbeid. Et tett samarbeid mellom frivillige organisasjoner som Ammehjelpen og helsevesenet, kan øke bevissthet om amming og tilrettelegging for amming, i mødrenes nærmiljø.

Utvikle personlige ferdigheter. Idealene i folkehelsearbeidet må også kunne spores igjen i helsetjenestens praksis, ved at mødre opplever at de får informasjon og veiledning som tar i bruk og hjelper til å videreutvikle deres egne ressurser. Den underliggende hensikten er da at det primært er mødre selv som forebygger og mestrer utfordringer de møter i ammeperioden, og at helsetjenestene opptrer som en "ressursbank".

Tilpasse helsetjenesten. En tilpasset helsetjeneste innebærer at man på et overordnet nivå legger til rette for sykehusrutiner som beskytter og fremmer amming. Mor-barn-vennlig initiativ er et eksempel på hvordan en internasjonal strategi er implementert på et nasjonalt nivå og deretter innenfor det enkelte sykehuset. Det er også viktig med en tiltakskjede som arbeider mot en felles målsetting fra sykehus og til primærhelsetjenesten, noe som kan bidra til å hindre at helsetjenesten fragmenteres gjennom spesialisering.

Ammeforekomst

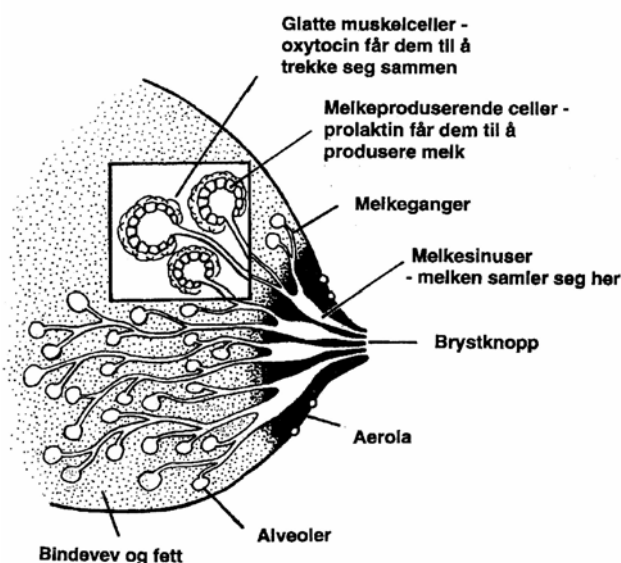
Det er en global tendens til at ammefrekvensen synker når sosioøkonomiske velferd øker, selv om det er unntak fra regelen. I utviklingsland synker ammeforekomsten med økende urbanisering, i motsetning til i I-land. Amming blir ofte sett på som en hemmende faktor for den moderne kvinne (29). I mange utviklingsland er det ofte en sammenheng mellom det å være fra en høyere sosioøkonomisk klasse og det å ikke amme, eller å amme kortere enn anbefalt. I Norge, som er et industrialisert land med god økonomi, ville man kanskje forvente at kvinnene ikke ville prioritere å amme sine barn. Det motsatte er tilfellet. I Norge har kvinner gjennom alle år ønsket å amme barna sine og 99 % har initiert amming, men ammelengde har variert (3, 29). På 1960 tallet fikk kun 15 % morsmelk ved seks måneders alder i Norge. Deretter begynte ammefrekvensen igjen å stige, etter på 60 tallet å ha vært på sitt laveste, og i 1999 ble 80 % ammet ved seks måneders alder (30). Hovedårsakene til at ammefrekvensen sank må nok tilskrives strikte ammerutiner og at barna på barselavdelingen ble gitt mye tillegg (31).

Det er store variasjoner på ammeforekomsten i den industrialiserte verden, men spesielt Norge og Sverige har ligget ganske likt når det gjelder andel kvinner som initierer amming, og ammelengde (32). I Storbritania er det 68 % som initierer amming, og ved seks måneders alder er det 22 % som ammer barnet (33, 34). En av de viktigste faktorene for om en engelsk kvinne bestemmer seg for å amme, er det å ha sett en annen kvinne amme. Rollemodeller er viktigere enn å ha teoretisk kunnskap om ammingens fordeler (35).

I Norge har helsestasjoner og frivillige organisasjoner som Ammehjelpen vært en viktig faktor når det gjelder å øke amming (29). Selv om ammeforekomsten nå er høy, og 85 % ammer ved fire måneder, viser tall fra 1999 at det kun er 44 % av disse som fullammer ved fire måneder (30). Årsaken til at 56 % gir tillegg kan være ammeproblemer, eller at mødre opplever at de har for lite melk, det vil si årsaker som i de fleste tilfeller er påvirkelig med en optimal ammeveiledning.

Ammingens fysiologi

Brystet består delvis av kjertelvev og delvis av bindevev og fett. Melkeproduksjonen foregår i kjertelvevet. De melkeproduserende cellene ligger i klaser som har en utførselsgang som går mot brystknoppen (figur I). Like før melkegangen når brystknoppen, utvider de seg og danner melkesinus hvor melken samler seg (36).



Figur 1. Brystets anatomi

Illustrasjon fra WHO/UNICEFs Breastfeeding counselling.
Brukt med tillatelse fra WHO.

De to viktigste hormonene som er involvert i melke produksjonen er prolaktin og oxytocin. Hormonforandringene i svangerskapet fører til at brystene forbereder seg til melkeproduksjonen. Flere brystkjertler utviklers, og brystene blir større. Når barnet er født og placentas hemmende virkning opphører, frigjøres prolaktin som fører til melkesekresjon. Dette vil skje hver gang barnet dier. Det kommer da signaler fra brystene via ryggmargen og hypotalamus til hypofysen som frigjør prolaktin. Hyppig tømning av brystet fører til økende produksjon. Om brystet ikke tømmes, fører dette til gradvis mindre melkesekresjon. Melkeproduksjonen er basert på prinsippet om tilbud og etterspørsel. Ved stimulering av brystknoppen frigjøres også melkeutdrivnings hormonet oxytocin. Dette gjør at muskelcellene rundt melkecellene trekker seg sammen og melken spruter ut. Denne refleksjonen kan hemmes av stress og smerte (36, 37).

Det er kun en liten andel kvinner som mangler anatomiske-fysiologiske forutsetninger for å kunne produsere nok melk. Hovedårsakene her er antagelig for lite kjertelvev og hormonelle problemstillinger som kan hemme melkeproduksjon (38). En annen og antagelig økende gruppe, er de som har fått foretatt en brystreduksjon hvor flere brystkjertler er fjernet. Slike operasjoner kan føre til problemer med å få melken ut pga avskårne melkeganger. De fleste av disse kvinnene kan amme noe, men vil ofte ha problemer med å fullamme (36).

Barnets reflekser

Barnet er født med reflekser som er viktig for dieprosessen, men selve teknikken med å die så effektivt som mulig er noe som for mange krever støtte og tilrettelegging for å fungere optimalt. Barnet må trene og det må i enkelte tilfeller hjelpes med å få et best mulig gap over brystknoppen og areola (36). Søkerefleksen utløses ved berøring av barnets lepper eller ved at det begynner å smatte og tar hendene opp til munnen. Da beveger det hodet fra side til side, gaper, og beveger ofte munnvikene fra side til side. Gaperefleksen utløses ved at brystknoppen berører barnets lepper direkte. Barnet begynner å suge når det kjenner for eksempel brystknopen i ganen. Deretter utløses svelgerefleksen når barnet kjenner melk i munnen.

For at diingen skal få en optimal start er det derfor gunstig at mor og barn er sammen 24 timer i døgnet slik at mor kan lære seg å tolke barnets signaler og at barnet har lett tilgang til morens bryst (2).

The Baby Friendly Hospital Initiativ

I 1993 lanserte WHO/UNICEF et globalt prosjekt, The Baby Friendly Hospital Initiativ, på bakgrunn av forskningsbasert kunnskap om at visse sykehusrutiner og råd som ble gitt på sykehusene var ugunstig for ammingen. Prosjektet baserer seg på Ti trinn for vellykket amming (2). Det publiseres stadig nye artikler om hvilken effekt disse ti trinnene har hatt på ammeforekomsten over hele verden (39). Norge har også deltatt i Mor-barn-vennlig initiativ (MBVI), som prosjektet heter i Norge. Prosjektets mål er å tilrettelegge for en vellykket amming gjennom fysiologisk tilpassede rutiner og veiledning ved føde/barsel avdelingene. Sykehus som er godkjente som Mor-barn-vennlige, og oppfyller kravene til Ti trinn for vellykket amming, dekker nå 75 % av norske barnefødsler. Mor-barn-vennlig initiativ har hatt dokumentert effekt også i Norge, et land som allerede hadde en relativt høy ammefrekvens (40). Flere kvinner ammer og de ammer nå lengre. MBVI retter seg i hovedsak mot sykehusene, men mindre mot helsestasjonene som skal følge opp mor og barn etter utskriving.

Ti trinn for vellykket amming v/ WHO/UNICEF

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge denne prosedyren.
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om fordelene ved brysternæring og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
4. Sørg for at mor og barn etter en normal fødsel får ha uforstyrret hudkontakt i minst 1 time eller til det har skjedd en naturlig start på ammingen.
5. Vise mødrene hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra sine spedbarn.

6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.
9. Unngå bruk av narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert.
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde/barselavdelingene og helsestasjonen. Helsetjenesten bør informere om Ammehjelpen og støtte opprettelsen av ammehjelpsgrupper (2).

Ammeproblemer

Det er viktig å få mer og systematisk kunnskap om hvilke amme problemer norske kvinner har og når de oppstår. Det finnes en landsomfattende studie som sier noe om norske kvinners amme problemer (6). Utgangspunktet er ofte forskjellig sammenlignet med land utenfor Skandinavia når det gjelder ammekultur og amme forekomst. Det er også viktig å få mer kunnskap om hvorvidt kvinner gir opp ammingen når det oppstår problemer, eller om de ammer på tross av problemene.

Med om lag ti års mellomrom fra 1973 – 2002 har Eide og medarbeidere utført spørreundersøkelser ved alle landets 60 føde/barsel enheter om amming (5). Spørsmålet vedrørende amme problemer var: ”Angitte grunner til at mor ikke lykkes i å amme eller at hun ikke ønsker”. Dette er ikke selvrappotering, men opplysninger rapportert fra personalet om hvilke problemer de oppfatter som årsak til at mor ikke lykkes i å amme eller ikke ønsker å amme. I følge ammeundersøkelsen som ble utført i 1991 mente personalet at selv med litt startvansker både kunne og ville norske kvinner amme. I 2000 er bildet endret noe. Den lille andelen som ikke ammer ved hjemreise var uforandret, men oppgitte årsaker til dette er mer nyanserte (5). Det kan tyde på at det nå er større åpenhet om amme problemer. Det er spesielt to grupper som går igjen når det gjelder både det å *ikke lykkes* og *ikke ønsker*. Det er kvinner som er brystreduerte og kvinner med tidligere negative ammeerfaringer, som er i flertall i disse to gruppene (5). Disse problemer som kan og bør identifiseres før fødsel, for å få til en tettere oppfølging både på barselavdelingen og ved helsestasjonen.

I den norske Spedkost undersøkelsen var det bare 3 % av 463 kvinner som sluttet å amme før barnet var seks måneder, som oppga årsaken til å være at de ikke hadde lyst til å amme lenger (6). De andre oppga amme problemer, og av disse var den største kategorien ”for lite melk” oppgitt av 42 %. Denne undersøkelsen viser at det er svært uvanlig at norske kvinner ikke ammer kun fordi de ikke har lyst. Avsluttet amming er ikke selvsagt, men antagelig et resultat av at de ikke finner en løsning på amme problemene. I England er også ”lite melk” oppgitt som hovedgrunn til å slutte å amme før seks måneder (41).

Det er ikke publisert noen norske undersøkelser som beskriver selvrapporterte ammeproblemer og opplevelsen av problemene i hele ammeperioden. I Spedkostundersøkelsen (6), ble det spurt om årsak til ammeslutt før seks måneders alder, men ammeproblemer generelt ble ikke kartlagt.

Til tross for fyldig forskningslitteratur om ammeproblemer, vet man lite om hvordan det å amme med problemer oppleves av kvinnen og hvilke konsekvenser det får for ammingen (42). Mazingo beskriver hvordan kvinner som må slutte etter kort tid opplever det som et stort nederlag. De lurer ofte på om de ga opp for tidlig (43). Med opplevelse menes tanker og følelsesinnhold. Ammeopplevelse er kvinnens helhetlig sammenfatning av tanker og følelser knyttet til ammeperioden. En undersøkelse gjort i Sverige viser at en av de viktigste faktorene for å kunne forutsi om en kvinne fortsatt ammet ved seks måneder var at den første ammingen opplevdes positivt (44). Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at helsepersonellet kan bidra til økende forekomst og varighet av amming, dersom de klarer å veilede og legge til rette slik at den første ammingen oppleves positivt.

Ammeveiledning

Målrettet og konsistent veiledning til rett tid, forutsetter kunnskap om hva som fremmer amming, og i hvilken fase av ammeforløpet de fleste problemer oppstår (2, 45). Det er ikke nok å bare gi emosjonell støtte. En grunn til at det kan bli stor variasjon i rådgivningen er at det har vært manglende praktisk og teoretisk undervisning i helseutdanningen. Kvinner med økende kompliserte problemstillinger ønsker å amme, og vil prøve alle gode råd før de eventuelt må gi opp. Dette gir store faglig utfordring for helsepersonell.

I en finsk studie besvarte kvinnene et spørreskjema ved utreise fra barsel (46). Studien hadde til hensikt å kartlegge informasjon om faktorer som kunne bidra til at førstegangsfødende etablerte en vellykket amming mens de fortsatt var på sykehuset. Resultatene fra undersøkelsen viste at med større grad av støtte og konkret veiledning, økte sannsynligheten for en veletablert amming ved utreise fra barsel. Det var også viktig å innlemme kvinnens nærmeste i veiledningen. I disse tilfellene var dette barnets far.

Viktigheten av å være konkret i veiledningen understrekes av Hoddinott & Pill (47). Kvinnene i denne studien beskrev hvordan ord ikke er nok til å motivere dem til å amme. Kvinnene ønsket at personalet heller skulle vise dem ferdigheter, enn å bare fortelle hvordan de skulle gjøre det. Det var av stor betydning at en jordmor som kvinnen hadde fått et fortrolig forhold til, satt ned sammen med kvinnen når hun ammet og observerte et brystmåltid.

Kvinnen er i en ny situasjon og må takle nye utfordringer gjennom å lære konkret problemløsning. Hun må selv involveres i prosessen og diskusjonen om hvordan hennes problemer skal kunne løses. En del kvinner kan oppleve hjelpen de får på sykehuset som et overgrep. Personalet kan i enkelte tilfeller være veldig offensive i måten de gir

ammeveiledningen på, ved å ta tak i brystet, holde barnets nakke fast, og deretter dytte brystet inn i barnets munn (43, 48).

I England utførte Ingram og medarbeidere en studie hvor de skulle undersøke om det å undervise helsepersonell i en spesifikk veiledningsmetode ville øke ammeforekomst og redusere problemer. Teknikken er kalt "Hands off" (49). Jordmødrene skulle da gi noen spesifikke konkrete råd om hvordan det ville være gunstig å legge barnet til brystet. Samtidig skulle de observere mødrene og veilede dem i prosessen, uten å overta ved for eksempel å legge barnet til brystet for dem. Metoden skulle myndiggjøre mødrene til å klare ammingen selv, og resultere i økt ammeforekomst. Intervensjonen ga økt amming ved to uker, seks uker, og amming i det hele tatt. Andelen mødre som opplevde å ha lite melk var også redusert. Mødre som brukte alle elementer av "Hands off" teknikken hadde en signifikant høyere sannsynlighet for å amme ved seks uker. De samme resultatene ble bekreftet i en lignende studie gjort i Australia (50).

Ammepress

I Norge har begrepet ammepress blitt brukt for å betegne mødre som har en opplevelse av å bli presset til å amme mot sitt eget ønske eller lengre enn de ønsker, på tross av vansker og problemer (51). Dette fenomenet blir beskrevet og diskutert av Tønjum på bakgrunn av fem fokusgruppeintervjuer med 24 kvinner som ikke hadde klart å amme så lenge som de selv ønsket (48). Ammepress er ikke systematisk undersøkt i Norge i et større utvalg. Begrepet ammepress er ikke sjeldent brukt i aviser og dagligtale når det kommer opp diskusjoner om amming. Dette kan gi et inntrykk av at ammepress er et problem av et visst omfang, men begrepet er ikke brukt i utenlandsk litteratur. Tønjum diskuterer derfor om ammepress kan være et norsk eller skandinavisk fenomen. Fordi amming er normen i Norge og de aller fleste kvinner starter å amme, kan det oppleves desto mer traumatisk når de ikke får det til eller må slutte før de hadde ønsket. I Tønjums studie opplevde mange av kvinnene ammepresset spesielt sterkt på barselavdelingen. I Norge ligger det store utfordringer i fremtiden i hvordan helsepersonell best skal kunne støtte kvinner som ikke ammer, fordi disse stadig blir i ett mindretall (34).

For at helsepersonell skal være i stand til å gi god nok ammeveiledning, er det behov for mer kunnskap om kvinners opplevelse av ammeproblemer, hva ammeopplevelsen er sammensatt av, og hvordan ammeproblemer kan forebygges (52). En svensk studie fant at en stor andel helsepersonell opplever å ikke ha nok kunnskap om ammeveiledning og problemløsning (53). I undersøkelsen rapporterte 87 % av personalet at kunnskapen om amming kom fra egen personlige erfaring. Det var få tilbud om videreutdanning innenfor denne delen av fagfeltet. På tross av at positive holdninger i forhold til ammeveiledning, oppga over 50 % at det var problematisk å gi nok støtte på grunn av for mange andre arbeidsoppgaver. Studien konkluderte med at personalets store arbeidsbelastning var ett hinder i forhold til amming. Arbeidet burde reorganiseres, det måtte legges bedre til rette for kurs og barnefaren burde trekkes mer inn i veiledningen.

Hensikt med studien

Hensikten med studien er å beskrive selvrapporterte ammeproblemer hos et utvalg norske kvinner. Kunnskapen skal gi grunnlag for å sette helsearbeidere i bedre stand til å gi en mer målrettet og optimal ammeveiledning.

Dette vil bli gjort gjennom å fokusere på:

- i) Hvilke ammeproblemer er de hyppigst rapporterte, og når oppstår de?
- ii) Hvem kontaktet kvinnene for å få hjelp ved problemer, og hvordan vurderer kvinnene hjelpen de har fått?

Metode

Design

Deskriptiv tverrsnittsstudie med spørreskjema per brev etter at barnet hadde fylt ett år.

Instrument

Instrumentet var et strukturert spørreskjema med totalt 32 spørsmål, inklusive spørsmål om bakgrunnsdata som sivilstatus, arbeids-/studiesituasjon og røykevaner. Spørreskjemaet ble utviklet spesielt for denne undersøkelsen av et tverrfaglig team ved Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet, bestående av ernæringsfysiolog, fødselslege, epidemiolog og helsesøster/ammespesialist. Spørreskjemaet var først ute på høring og ble deretter prøvd i en pilotundersøkelse. Denne MPH oppgaven tar for seg de delene av datasettet som gir informasjon om ammeproblemer og ammeveiledning, mens øvrige data vil bli presentert i andre artikler.

Spørsmål med lukkede svaralternativ som var ja og nei, fokuserte på hvilke ammeproblemer som hadde oppstått, når de oppsto, hvor kvinnene fikk hjelp, opplevelse av omsorg og ammeveiledning under barseloppholdet, ammelengde og innføring av annen ernæring enn morsmelk. Andre spørsmål hadde en Likert-type skala med en gradering på fire eller fem trinn. Flere lukkede spørsmål hadde i tillegg plass til egne kommentarer, og kvinnene ble bedt om å beskrive opplevelsen av ammeperioden og eventuelle ammeproblemer. Det var ett spørsmål som var åpent, hvor kvinnen ble bedt om å beskrive opplevelsen av tidlig ammeslutt med egne ord. Vedlegg I gjengir spørreskjemaet i sin helhet.

Det ble purret skriftlig to ganger til deltagere som ikke hadde besvart innen en måned etter utsendelse av skjemaet.

Utvalg

I denne undersøkelsen ble det brukt et to-trinns utvalg (Figur 2). Historisk henger utvalget sammen med gjennomføringen av prosjektet *Mor-barn-vennlig initiativ* i Norge. Den første evalueringen av prosjektet ble utført i 1993-1996 etter en mal og med et spørreskjema fra WHO/UNICEF (2). Den gangen var det 36 barselavdelinger/fødestuer som ble godkjente.

Trinn I

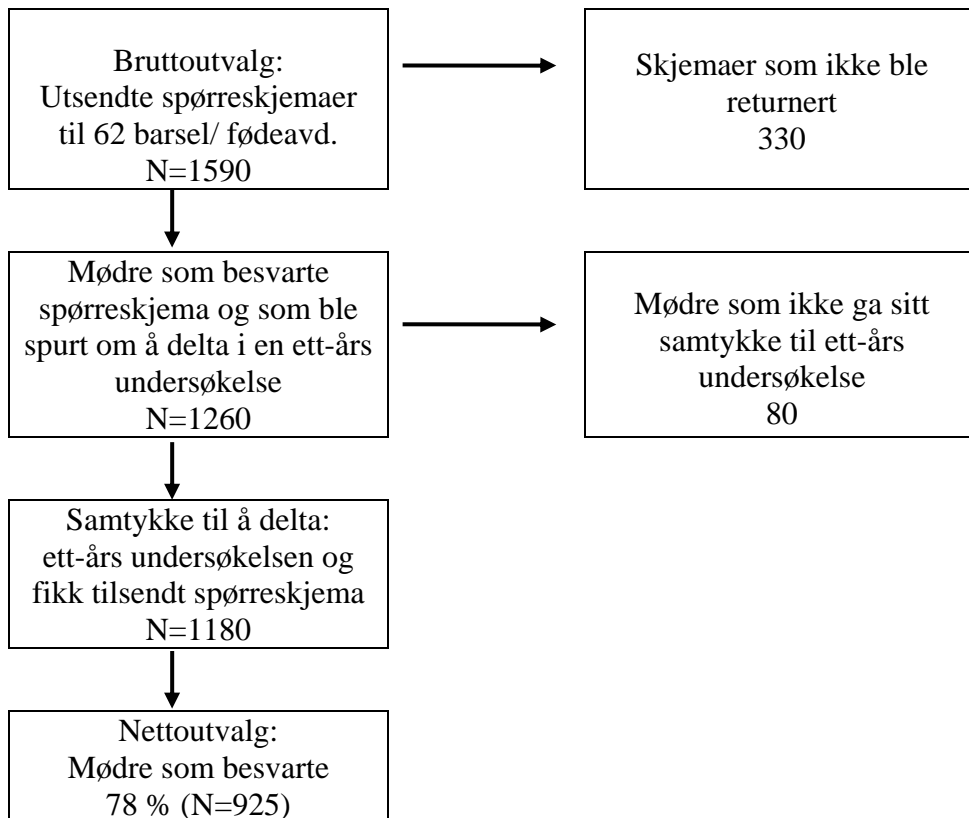
Vinteren 1997 re-evaluerte Nasjonalt ammesenter *Mor-barn-vennlig initiativ* for å se om det var noen forskjell på rutiner ved sykehus som tidligere var godkjente og de som ikke var godkjente. Nasjonalt ammesenter utarbeidet et spørreskjema spesielt for denne undersøkelsen (54), og det ble totalt sendt ut 1590 skjemaer. Det var 1260 kvinner, fordelt på alle landets sykehus, som besvarte spørreundersøkelsen i Trinn I.

Antallet kvinner som fikk utdelt spørreskjema ble vurdert i forhold til antall fødsler ved den enkelte fødeenhet. De største sykehusene fikk 60 skjemaer. Til de små fødestuene med rundt 100 fødsler i året ble det sendt ut ti skjemaer. Adressaten for spørreundersøkelsen var overjordmor, som sørget for at skjemaene ble delt ut til mødrene fortløpende når de var klar for utskrivning. Kvinnene besvarte spørreskjemaet selv, forseglet konvolutt og ga den tilbake til personalet. Deretter ble alle spørreskjemaene returnert samlet til Nasjonal ammesenter. Inklusjonskriteriene var: friske kvinner som behersket norsk skriftlig tilstrekkelig til å besvare spørreskjema, med friske barn født til termin, forløst vaginalt eller med keisersnitt.

Ved utsending av spørreskjemaene til sykehuset ble sykehusene bedt om de kunne rapportere tilbake antall fødsler i perioden for undersøkelsen, antall kvinner som ikke oppfylte inklusjonskriteriene og antall kvinner som ikke ønsket å delta. Et mindretall registrerte disse opplysningene. Det er derfor ufullstendige data på årsaker til at 21 % av spørreskjemaene ikke ble returnert. Data som ble oppgitt tyder på at det var få kvinner som ikke ønsket å delta i undersøkelsen. En hovedårsak til at ikke alle skjemaene ble returnert fra de større sykehusene med mange risikofødsler var at det ikke var nok kvinner som oppfylte inklusjonskriteriene. Ved de små fødestuene var hovedårsaken til at ikke alle spørreskjemaene ble returnert, at det ikke var nok fødsler i perioden.

Trinn II

Av 1260 mødre som oppfylte inklusjonskriteriene og besvarte spørreskjema i trinn I, ga 1180 (93 %) sitt samtykke til å delta i en ny undersøkelse etter at barnet deres hadde fylt ett år. Samtykket ble gitt ved å oppgi navn og adresse på spørreskjemaet. I februar 1999 fikk disse mødrene (n=1180) tilsendt et nytt spørreskjema der det ble spurt om ammeforløp, problemer i ammeperioden og opplevelse av omsorg og ammeveiledning under barseloppholdet (vedlegg I). Spørreskjemaet skulle returneres i en prefrankert konvolutt til Nasjonalt ammesenter ved Rikshospitalet.



Figur 2 Rekruttering og deltagelse

Analyse

Talldata fra de lukkede svaralternativ er presentert med deskriptiv statistikk: frekvensfordelinger, gjennomsnittsberegninger og spredningsmål etter variablenes målenivå. Statistiske sammenhenger mellom forholdstall er angitt som odds ratio (OR) og 95 % konfidensintervall (CI). Beregningene er utført i SPSS for Windows versjon 11.5. Sitater fra de åpne spørsmålene er brukt til å illustrere og nyansere den kvantitative delen av undersøkelsen.

Etiske overveielser

Det ble innhentet tillatelse fra Datatilsynet og Regional komité for medisinsk forskningsetikk til å utføre studien. Kvinnene ble informert skriftlig om hva studien innebar og ga samtykke til å delta ved å oppgi navn og adresse. De som ikke samtykket ble ikke identifisert eller oppsøkt.

Resultater

Bakgrunnsvariabler

Totalandelen som besvarte spørreskjemaet var 925 kvinner. Dette ga en svarprosent på 78 %. Over halvparten av kvinnene (60 %) var førstegangsfødende, og 13,7 % rapporterte at de hadde født ved keisersnitt. Demografiske data presenteres i Tabell 1.

Tabell 1 Bakgrunnsdata for de som ble spurt om å delta i ett-års undersøkelsen

	Besvart n = 925	Ikke besvart n = 335
Mors alder		
Mors gjennomsnittsalder, år	29,3	27,0
Andel under 20år	2,2 %	8,4 %
Høyeste fullførte utdanning		
Grunnskole	18,4 %	20,8 %
Videregående skole	40,1 %	29,1 %
Høyskole/universitet	37,7 %	19,3 %
Ikke svart	3,8 %	30,9 %
Sivilstatus		
Gift/samboende	95,6 %	64,7 %
Enslig	3,8 %	6,8 %
Ikke svart	0,6 %	28,5 %
Røyking		
Daglig	10,7 %	13,1 %
Av og til	10,5 %	10,4 %
Ikke røyker	77,0 %	47,5 %
Ikke svart	1,8 %	29,1 %

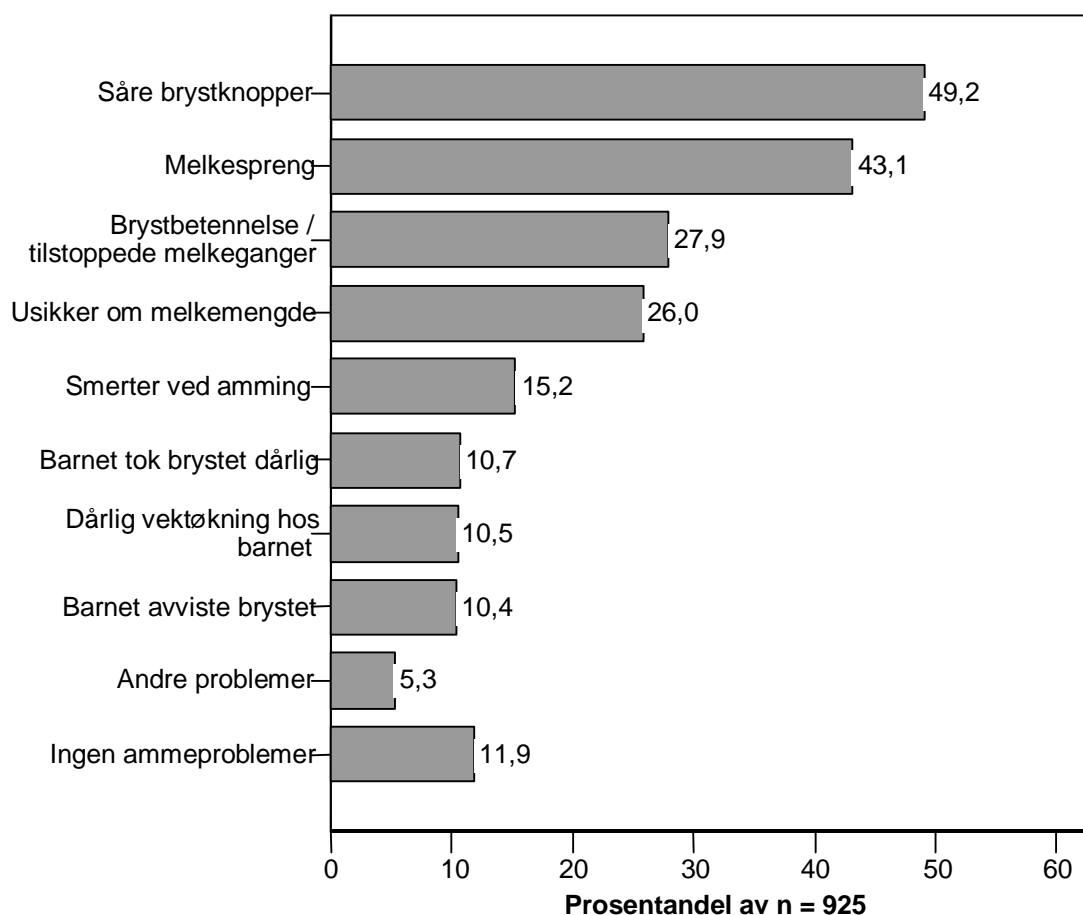
Bortfall

Bortfallet består av to grupper: i) de som deltok i den første undersøkelsen, men som ikke ga sitt samtykke til å delta i undersøkelse når barnet var ett år, ii) de som sa ja til å delta, men som ikke besvarte spørreskjemaet. Bakgrunnsdata i disse to gruppene skilte seg noe fra de som deltok i undersøkelsen og besvarte spørreskjemaet. Bortfallsgruppen var yngre, hadde kortere utdanning, og det var flere røykere.

Ammeproblemer

Det var 12 % som rapporterte at de ikke hadde hatt noen amme problemer under ammeperioden.

Tabell 2 Amme problemer prosentvis etter forekomst. Hver enkelt kvinne kan ha oppgitt flere problemer.



Det var fire problemer som utpekte seg spesielt. Det gjaldt såre brystknopper, melkespreng, tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse og usikkerhet om melkemengde. Det er disse problemene som vil bli omtalt.

Kvinnene ble ikke spurt om deres evaluering av alvorlighetsgraden, men hvilket problem de hadde og barnets alder da det oppsto. De ble ikke bedt om å gradere problemene eller si noe om hvordan hvert enkelt problem hadde påvirket ammingen.

Såre brystknopper

Såre brystknopper ble rapportert av 49 %. Av de som ble såre, rapporterte 47 % at det oppsto innen den første uken. Undersøkelsen sier ikke noe om hvilken grad av sårhet de har hatt, men det kan være fra en lett ømhet til de som har sprekker og sår som blør. Noen av kvinnene som opplevde ammingen negativt skrev mer utfyllende kommentarer slik som denne kvinnen:

”Jeg hadde problemer med svært såre brystvorter. Hver gang barnet skulle ha bryst, fikk jeg så vondt at jeg til slutt ikke klarte mer. Brystvortene var så såre at de blødde, det ble ingen bedring. Så tilslutt stoppet jeg å gi slik at det ikke skulle gå på helsa løs”.

Melkespreng

Det var 43 % som rapporterte at de hadde hatt melkespreng. Problemet oppsto hos 42 % i løpet av den første uken og i løpet av de fire første ukene hos 77 %.

Tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse

Kvinnene ble spurt om de hadde hatt ”tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse” fordi det er en spesiell diagnostisk utfordring å skulle skille disse tilstandene, og erfaring viser at begrepene brukes om hverandre i hverdagen (55). Tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse (mastitt) ble rapportert av 28 % og forekom hyppigst de tre første månedene av ammeperioden. Av de kvinnene som rapporterte om brystbetennelse, oppsto det hos 48 % allerede innen fire uker etter fødsel. Tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse forekom sjeldent i den første uken etter fødsel.

På spesifikt spørsmål om ”brystbetennelse” var det 16 % kvinner som oppga å ha oppsøkte lege pga symptomer, men kun 13 % av dem som oppsøkte legen (n=143) fikk utført en bakteriologisk melkeprøve. Av de som oppsøkte lege, oppga 72 % å ha fått foreskrevet antibiotika.

Av de kvinnene som fikk mastitt rapporterte 27 % at de hadde hatt såre brystknopper (95 % CI 24-30 %).

Usikkerhet om melkemengde

Usikkerhet om melkemengde er et problem som rapporteres av 26 % av kvinnene. Problemet rapporteres hyppigst de første ukene etter fødsel, deretter ved jevne mellomrom og spesielt de fire første månedene av ammeperioden

Deltagere som rapporterte ammingen som negativt

Negativ eller svært negativ ammeopplevelse ble rapportert av 3,2 % av mødrene.

På spørsmålet om hvordan de opplevde ammingen, var det mulighet til egne kommentarer. Det som utpekte seg ved negativ ammeopplevelse (n=29), var smerter, avvisning av brystet, barnet tok brystet dårlig og lite melk. Flere kommenterte at de også følte seg som en dårlig mor fordi de ikke kunne amme nok eller måtte gi opp før de hadde planlagt å slutte, slik som denne kvinnen:

"Forferdelig. Dugde ikke. Lite moderne mor. Valgte å slutte med pumping etter tre og en halv måned da dette tok mye tid. Følte det gikk utover de andre barna. Det forventes også av "alle" at mødre i dag ammer sine barn".

Halvparten av kvinnene med en negativ opplevelse av ammingen, hadde sluttet å amme etter to måneder. Ved fire måneder hadde 75 % av disse avsluttet ammingen. Det var to av kvinnene som til tross for at de opplevde ammingen som negativt, ammet barnet til det var ett år.

Kommentarene som kvinnene selv skrev var preget av at de hadde et sterkt ønske om å amme og holdt ut lengst mulig på tross av at de ikke fant noen løsning på problemet.

"Jeg hadde store forventninger og gledet meg til ammingen, men slik ble det ikke. Jeg føler vel at jeg gjorde alt jeg kunne, men etter seks måneder orket jeg ikke mer kranling. Men jeg sitter igjen med en følelse av at vi mistet den første og viktige kontakten pga akutt keisersnitt, og at alt dette kunne være noe av grunnen til at barnet hadde liten interesse for puppen. Jeg vet ikke og jeg har aldri fått noe svar der jeg har spurt!".

Av de som rapporterte om negativ ammeopplevelse var det 6,4 ganger større sjanse for at de også hadde rapportert at barnet hadde tatt brystet dårlig (95 % CI 3,04-13,35).

De fleste som hadde kommentert opplevelsen av å slutte før de ønsket, ga uttrykk for at de opplevde det som et stort nederlag og var preget av dårlig samvittighet.

"Som et lite nederlag. Man leser i tidsskrifter om hvor fantastisk viktig det er å gi barnet bryst det første året. Det fokuseres alt for lite på problemene. Jeg ønsket å amme lengre pga mye allergi i familien. På slutten pumpet jeg meg og ga henne på flaske for å ha litt bedre samvittighet".

”Jeg syns det var veldig leit at jeg ikke klarte å amme lengre enn ca to mnd. Jeg har enda dårlig samvittighet ovenfor min sønn. Men det ble rett og slett for slitsomt og smertefullt å fortsette”.

”Det var et skikkelig nederlag. Jeg var veldig innstilt på å amme selv om jeg tidligere var brystreduert. Følte selv at jeg hadde melk, men var nok litt bekymret for at det ikke var nok, begynte derfor med tillegg., og da ble det jo fort mindre melk i brystene. Opplevde dette som svært vanskelig, ønsket mer hjelp”.

”Jeg ga brystmelk til han var fire uker, skulle ønske at hadde hatt mye lenger. Til å begynne med følte jeg meg som en dårlig mor, følte at alle trodde jeg hadde sluttet av egen fri vilje. Etter hvert så jeg at han trivdes mye bedre, han la fint på seg, vi trivdes mye bedre”.

Det var kun en kvinne som kommenterte at det var en lettelse å slutte å amme:

”En stor lettelse. Ønsket ikke å amme – gjorde det på grunn av forventningspress. Jeg valgte å slutte etter åtte uker. Da hadde jeg blitt operert for brystbetennelse som var svært smertefull. Da jeg sluttet å amme gikk vi helt over til tåteflaske. Da kunne far delta mer i matingen og få mer kontakt med barna våre enn hvis jeg fortsatt hadde ammet. Etter min mening er det et svært dårlig prosjekt å amme tvillinger”.

Ammeproblemer ved utreise fra barselavdelingen og ved fire uker etter fødsel

Ved utreise fra barselavdelingen rapporterte 70 % at de ikke hadde amme problemer, men 24 % ammet med problemer og 4,5 % ammet delvis. Dersom man antar at det var pga problemer at de ammet delvis, utgjør gruppen som ammer med problemer ved utreise 28,5 %.

Når det gjelder amme problemer fire uker etter fødsel, viser tabell 3 at frekvensen av problemene ikke sank etter at kvinnen kom hjem. Andelen som ammet uten problemer er redusert med 5,6 %. Andelen kvinner som har sluttet å amme eller gir tillegg har økt.

Tabell 3 Prosentandel amming ved utreise fra barselavdelingen og ved fire uker etter fødsel N=925

	Ved utreise	Ved 4 uker	Endring (% poeng)
Ammet ikke	1,3	3,3	+ 2,0
Ammet delvis	4,5	7,5	+ 3,0
Ammet med problemer	23,7	24,3	+ 0,6
Ammet uten problemer	69,6	64,0	- 5,6
Ikke svart	0,9	0,9	-
Totalt	100 %	100 %	

Ammeveiledning

Veiledning på barselavdelingen

Av det totale utvalget var 61 % fornøyd med ammehjelpen på barselavdelingen. Det var 22 % som rapporterte at de ikke hadde trengt noe hjelp, mens 15 % var ikke fornøyd med hjelpen de fikk. I den gruppen som hadde rapportert om ammeproblemer (n=216) ved utreise, var 35 % misfornøyd med veiledningen de hadde fått. Dette gjaldt også de som reiste ut og bare delvis ammet (n=41) hvor 32 % var misfornøyd.

På spørsmålet om de var fornøyd med ammeveiledningen de fikk var det mulighet til å komme med egne kommentarer. En av kvinnene som opplevde ammingen som negativt, kommenterte med:

”Jeg hadde ikke behov for veiledning (trodde jeg). Ingen ba heller om å få sjekke barnets suging. Jeg trodde alt var ok”.

Flere kommenterte at personalet ga så forskjellig veiledning og at de viste liten interesse for å hjelpe: En kvinne som slet med for lav melkeproduksjon uttalte:

”Jeg fikk beskjed om å klare meg selv”.

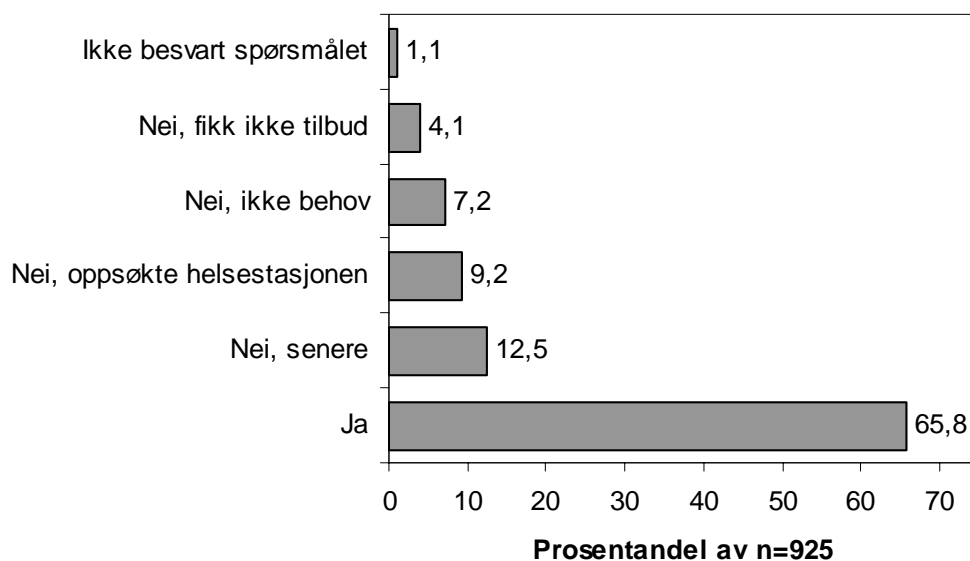
En annen kommenterte det slik:

”Fikk for lite hjelp. Følte at det ble litt stønning fra enkelt når jeg spurte om ting. Jeg var veldig nervøs da jeg reiste hjem, men jeg følte meg som en belastning av enkelte pleiere, så jeg turde ikke si noe. Derfor var det godt å komme hjem”.

De kvinnene som rapporterte om en negativ ammeopplevelse (n=28), rapporterer også i større grad at de var misfornøyd med veiledningen de fikk på barselavdelingen. Dette gjaldt 12 kvinner (43 %).

Veiledning etter utskriving fra sykehuset

Det er helsestasjonen som skal følge opp familien etter utskriving fra sykehuset. Familien skal få tilbud om et hjemmebesøk innen en til to uker etter hjemkomst, slik som flertallet i dette utvalget fikk. Fordelinger på de øvrige svaralternativer er vist i figur 3.



Figur 3 Fikk du besøk av helsesøster de to første ukene etter hjemkomst?

På spørsmål om hvem de kontaktet hvis de hadde ammeproblemer, svarte 25 % at de kontaktet helsestasjonen, men 32 % tok ikke kontakt med noen. 18 % hadde kontakt med flere instanser eller personer. 15 % av kvinnene tok kontakt med familiemedlemmer for å få hjelp.

Av de som kontaktet helsestasjonen på grunn av problemer (n= 283) var 74 % fornøyd med hjelpen de fikk.

Ammepress

Det var 12 % av det totale utvalget som rapporterte at de hadde opplevd å bli presset til å amme lengre enn de selv hadde ønsket. På spørsmålet om hvem de følte seg presset av

var det en stor variasjon og ikke noen som pekte seg spesielt ut. Over 40 % svarte at det da var fra flere hold. For eksempel: seg selv, helsestasjonen og fra omgivelsene generelt. I vår undersøkelse var risikoen 3,3 ganger større for å oppleve ammepress dersom de hadde rapportert om ammeproblemer.

Diskusjon

I dette avsnittet drøftes først resultater som belyser ammeproblemer slik de er rapportert av kvinnene. Deretter diskuteres resultater om hjelpen de har fått i lys av studiens hensikt: å få til en mer målrettet og optimal ammeveiledning.

Ammeproblemer

Dette er den første nasjonale undersøkelsen om norske kvinners ammeproblemer og opplevelse av problemene. Studien utvider vår kunnskap fra tidligere studier ved å representere et større utvalg kvinner fra hele Norge. Undersøkelser gjort i andre land samsvarer med funnene i den norske undersøkelsen når det gjelder problemer som oppstår, og hyppigheten av disse (7). Kommentarene som kommer frem om hvordan kvinner kan oppleve ammingen og ammehjelpen de har fått, ligner funn i tidligere kvalitative studier (43, 47, 48).

Resultatene viser at såre brystknopper og melkespreng er ganske ”normale” tilstander. Nærmere halvparten av kvinnene opplevde dette både i vår studie og i tidligere studier (7, 56). Undersøkelsen tyder på at mange kvinner ammer selv om de har problemer.

Problemstillingene med sårhet, melkespreng og mastitt henger ofte tett sammen (57, 58). Melkespreng kan føre til at barnet ikke klarer å ta et godt sugetak slik at moren blir sår på brystknoppene. Sårhet kan være inngangsport for bakterier og utvikling av mastitt.

Såre brystknopper

Såre brystknopper ble rapportert av nærmere halvparten av kvinnene. Hyppigheten av problemet samsvarer også med funn beskrevet av Cook, hvor over halvparten rapporterte om dette problemet (7). Det er normalt å få en lett ømhet eller sårhet de første dagene før sugetak og ammestilling er blitt optimalisert, men dette bør avta i løpet av den første uken (59). Det ble ikke spurt om grad av sårhet eller grad av smerteopplevelse. Det er ikke sikkert at alle som rapporterte om sårhet opplevde det som et problem, dersom det ganske fort gikk over av seg selv. For å få en bedre forståelse av problemet kunne det vært etterspurt en gradering på opplevelsen av alvorlighetsgraden, og flere detaljer for å identifisere sårhet versus tydelige sprekker eller blødninger. Det ble heller ikke spurt om kvinnens egen formening om årsaken til sårhet.

Sårhet vil kunne innvirke negativt på ammingen på flere måter. For det første er det smertefullt i større og mindre grad. Smerter kan føre til at kvinnen gruer seg til å amme, og derfor ammer kortere og sjeldnere enn det som er gunstig for melkeproduksjonen og barnets behov. Smertene kan skape et negativt forhold mellom mor og barn fordi barnet i nyfødtp perioden vil ha et hyppig behov for å die, og amming 12-15 ganger i døgnet vil kunne være en stor påkjenning for moren. Dette bekreftes av Cook som undersøkte sammenhengen mellom hvordan ammeproblemer påvirket ammeopplevelsen, og om problemer førte til tidligere ammeslutt (7). I deres undersøkelse var det ved seks uker en sammenheng mellom såre brystknopper og negativ ammeopplevelsen.

Hormonet oxytocin er ansvarlig for utdrivningsrefleksjonen og kan hemmes av stress og smerter. Smerter fra såre brystknopper vil også kunne hemme utdrivningsrefleksjonen. Gjentatt dårlig tømning av brystet kan føre til redusert melkeproduksjon, fordi tømning av brystet er det som stimulerer produksjonen (36, 37).

Sårhet innebærer en brutt hudbarriere. Brutt hudbarriere er en inngangsport for bakterier og kan føre til lokal infeksjon i brystknoppen, bakteriell mastitt eller i verste fall abscesser i brystet. En studie gjort av Livingstone og medarbeider viste at kvinner med sår og sprekker i brystknoppen som ble påvist innen en måned etter fødsel, hadde 64 % risiko for å få påvist at det var en bakteriell infeksjon (57).

Mastitt var blant de fire hyppigst rapporterte problemer. De aller fleste kvinner som har fått en mastitt vil også rapportere at de har hatt sår og sprekker i brystknoppen. Det å få sår på brystknoppene kan derfor være starten på en rekke problemer. De fleste som blir såre er blitt det allerede i løpet av de første dagene på barselavdelingen, og blir utskrevet med et problem som de må takle alene. De fleste kvinner vil ikke få hjemmebesøk av helsesøster før det er gått en til to uker etter utskrivelse fra sykehuset. Det har tidligere vært en feilaktig oppfatning om at brystknoppene må herdes ved barnets suging og at det derfor er normalt å ha smerter og sår ved amming. Flere nyere studier viser at sårhet kan forhindres ved god veiledning om en optimal ammestilling og sugetak (2, 58).

Melkespreng

I denne studien rapporterte 77 % om melkespreng innen de fire første ukene etter fødsel. Klinisk erfaring tyder på at problemet er forbigående for de fleste, etter hvert som melkeproduksjonen tilpasser seg barnets etterspørsel og kvinnen vet hvordan hun skal håndtere melkesprengen. Melkespreng kan også oppleves som noe positivt av kvinnen fordi det kan tolkes som et tegn på at de har nok melk, noe som igjen kan gi selvtillitt og føre til en større sjans for at ammingen lykkes (49).

For de fleste er melkespreng noe som skjer tidlig i ammeperioden, fordi melkeproduksjon og etterspørsel fra barnet ikke helt har regulert seg i forhold til hverandre. Melken lagres i alveoler som omgis av glatte muskelceller. Når barnet har et effektivt sugetak fører dette til frigjøring av oxytocin og igjen sammentrekning av cellene. Deretter presses melken ut i melkesjøene og tømmes av barnet. Hvis brystet ikke tømmes effektivt eller hyppig nok, kan dette medføre en underkapasitet i alveolene som da fører til melkespreng. I ytterste konsekvens kan de melkeproduserende cellene

sprekke (2, 58). Melkespreng i denne studien var vanlig, nærmere halvparten av kvinnene rapporterte å ha opplevd dette. Dette samsvarer også med funn i andre land (7).

Tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse

En tidligere gjennomgang av studier på dette emnet viste at forekomsten varierer fra 3-50 %, men hyppigst var 20 % (60). Våre resultater var i middel området med 28 %. Kvinnen ble spurt om hun ”*noen gang hadde hatt brystbetennelse i ammeperioden*”. Dette gjaldt kvinnens egen oppfatning om å ha hatt, eller å ha vært hos helsevesenet og fått diagnosen. I vår undersøkelsen ble det ikke differensiert mellom abakteriell inflammatorisk mastitt (brystbetennelse) eller bakteriell mastitt.

Det å skille mellom melkestase, tilstoppede melkeganger, en abakteriell inflammatorisk mastitt og bakteriell mastitt er klinisk viktig for å avgjøre om det er behov for antibiotika. Differensieringen kan til tider være vanskelig å gjøre (55). Dette bekreftes av litteraturen hvor det er variasjon i forekomsten fra 3-50 % (60). Erfaringer fra Nasjonalt ammesenter kan tyde på at bakteriell mastitt er relativt overdiagnostisert i forhold til tilstoppede melkeganger, med den konsekvens at og kvinnen blir unødige behandlet med antibiotika.

Melkestase eller tilstoppede melkeganger oppstår når henholdsvis hele eller deler av brystet ikke blir tømt for melk. Det blir da hardt og hovent. Ved melkestase er hele brystet affisert, mens ved tilstoppede melkeganger rapporterer kvinnen ofte om en "klump" i brystet. Behandlingen er da hyppig tømning av brystet, og de fleste vil bli bedre innen 24 timer (55, 61). Diagnosen mastitt stilles på bakgrunn av kvinnens symptomer med et hardt, hovent, vondt, varmt og rødt bryst og en bakteriologisk melkeprøve. Systemiske symptomer er vanligst ved bakteriell mastitt, og kan være feber, influensafølelse og frostanfall. Sår eller sprekker på brystknoppene øker risikoen for at mastitten er bakteriell (57). I vår undersøkelsen hadde over 1/4 av de som rapporterte om en mastitt, hatt såre brystknopper. For lettere å skille en bakteriell mastitt fra andre lignende tilstander som anbefales en mer konservativ behandling (55), er det viktig å få utført en bakteriell dyrkning av melken eller fra sårsekret. Resultatene fra denne undersøkelse viste imidlertid at av de kvinnene som oppsøkte lege pga symptomer på mastitt, fikk kun 13 % utført en bakteriologisk prøve, mens 74 % fikk foreskrevet antibiotika.

Bakteriologisk undersøkelse har til hensikt å avgjøre følsomheten til eventuelle bakterier, slik at et dekkende antibiotikum kan foreskrives. Enkelte forfattere har tidligere stilt spørsmålsteget om nytteverdien av prøvetagning. I den senere tid har derimot nyere studier poengtert nytten av bakteriologisk melkeprøve, eventuelt også sårprøve, fra pasienter med sterke og akutte symptomer, hvis kvinnen har sår eller sprekker på brystknoppen og ved residiv (57, 62, 63).

Ved å ta opp en utfyllende anamnese, undersøke brystknoppen for sår og sprekker og ta en melkeprøve, vil man sannsynligvis kunne oppnå betydelig reduksjon i unødvendig foreskriving av antibiotika. De som har en bakteriell mastitt kunne bli fortere friske med antibiotika etter resistensbestemmelse. Viktigheten av bakteriologisk melkeprøve

understøttes av at en stor del av brystinfeksjonene er forårsaket av Staphylococcus aureus, og kan ofte kreve et spesialpenicillin (60, 64).

Usikkerhet om melkemengde

I denne undersøkelse var det over 25 % som rapporterte om for lite melk, og spesielt i de fire første månedene. Den høye forekomsten av dette problemet er viktig kunnskap fordi de fleste årsaker til for lite melk ikke er fysiologiske, men kan påvirkes ved riktig ammeveiledning (2, 36). Kvinners opplevelse av for lite melk kan være en kompleks problemstilling. Det er vanskelig å vurdere fra våre data om dette er et objektivt eller subjektivt opplevd problem, fordi det ikke ble etterspurt hvilke fakta som lå til grunn for kvinnens vurdering.

På den tiden undersøkelsen ble utført, var de offentlige anbefalingene å starte med fast føde ved fire til seks måneders alder. Fast føde ved siden av morsmelk vil kunne maskere liten melkemengde, og kan være en av årsakene til at det kun var ett fåtall som opplevde å ha lite melk som et problem etter fire måneders alder. En annen årsak kan være at melkeproduksjonen etter hvert tok seg opp og ble mer stabil. Fra 2002 ble anbefalingen å ikke introdusere fast føde før seks måneders alder, dersom det er tilfredsstillende vektøkning og mor og barn er fornøyd (10).

I både England og Norge er lite melk den hyppigst rapporterte årsak til tidlig ammeslutt (30, 33). Flere faktorer kan påvirke hverandre, slik som morens opplevelse, om barnet dier kort eller lenge og helsepersonellens signaler når det gjelder hva man kan forvente seg av ammehyppighet eller måltidets lengde (65). I en undersøkelse fant forskerne at kvinnene trodde barnet var misfornøyd når det etterspurte brystet hyppig. Kvinnene trodde at det var en indikasjon på at de hadde for lite melk (7). Det er helt normalt at et barn etterspør brystet 12-15 ganger i døgnet i nyfødt perioden. Mange mødre kan ta dette som et tegn på at de ikke har nok melk, og kvinnen kan bli veldig usikker på seg selv som melkeprodusent. En annen faktor er omgivelsene som syns at det blir veldig hyppig amming og kommenterer dette, men kanskje selv ikke har god nok kunnskap om hva som er å forvente av ammehyppighet. Selv om kvinnen i utgangspunktet ikke syns at hyppig amming er et problem, kan hun etter hvert begynne å tvile..... ” *kanskje jeg egentlig ikke har så mye melk, siden han vil die så ofte?* ”. I en artikkel reiste forfatterne spørsmålet om kanskje helsepersonell heller burde referere til ”breastdrinking”, for å illustrere hvordan et barn ville komme til å etterspørre morens bryst ofte, på samme måte som en voksen også kan etterspørre drikke ofte (65).

Man kunne forvente en overhyppighet av rapporter om lite melk fra kvinner i undersøkelsen som rapporterte negativ ammeopplevelse. Usikkerhet om melkemengde kan slite veldig på selvfølelsen og føre til en negativ opplevelse. Dobbelt så mange rapporterte om lite melk blant de med negativ ammeopplevelse, men gruppen var liten og forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Mens 26 % har opplevd å være usikker på melkemengden er det kun 10,4 % som har rapportert om ikke tilfredsstillende vektøkning hos barnet. Lignende funn er gjort i en annen undersøkelse hvor den hyppigste årsaken til ammeslutt var for lite melk, samtidig

som kun ett fåtall av kvinnene rapporterte om ikke tilfredsstillende vektøkning hos barnet (7). En årsak kan være at enkelte kvinner av en eller annen grunn tror de har for lite melk på tross av en tilfredsstillende vektøkning hos barnet, eller at vektøkningen er blitt bedre når faktorer som kan påvirke melkeinntak eller produksjon er blitt korrigert. En annen forklaring kan være at disse mødrene har gitt morsmelkserstatning ved siden av å amme. Dersom det er for lavt morsmelkeinntak hos barna vil ikke dette komme frem i spørsmålet om liten vektøkning, fordi barnet har fått tilleggsernæring. Hvis helsepersonell klarer å formidle hva som er en forventet ammehyppighet, vil kanskje færre kvinner tolke hyppig amming som et tegn på mindre melk, og ha en bedre tro på sin evne til å produsere nok melk.

Enkelte kvinner kan også overvurdere sin egen produksjon ved å ta det som et positivt tegn at barnet er rolig og ikke etterspør brystet. Det er ikke alle barn som klarer å regulere seg selv, spesielt i nyfødtp perioden, resultatet kan bli et underernært barn (36).

Deltagere som rapporterte ammingen som negativt

Det var 3,2 % av kvinnene som opplevde ammingen som negativt. Det var uventet at det var så få, sett i forhold til at de fleste har hatt større eller mindre problemer under ammeforløpet. En av grunnene til den lave andelen kan være at de besvarte spørreskjemaet når barnet var ett år gammelt og at de da hadde lagt problemene bak seg. En annen grunn kan være at en del regnet med at det var slik skulle være og derfor aksepterte det på et vis. En tredje faktor kan muligens være en psykologisk barriere mot å rapportere negative ammeopplevelser i vår kultur.

Veldig mange kvinner setter et likhetstegn mellom det å amme og det å være en god mor. På tross av ammeproblemer ammet fortsatt halvparten av kvinnene som opplevde ammingen som negativt over to måneder, men ved fire måneder hadde 75 % av disse avsluttet ammingen. Dette var i motsetning til resultater fra den landsomfattende Spedkost undersøkelsen, som viste at 15 % av utvalget hadde sluttet å amme ved fire måneder (30). En mor skrev i kommentarene på spørreskjemaet:

"Ammingen ble som et lite nederlag. Man leser i tidsskrifter om hvor fantastisk viktig det er å gi barnet bryst det første året. Det fokuseres alt for lite på problemene. Jeg ønsket å amme lengre pga mye allergi i familien. På slutten pumpet jeg meg og ga henne på flaske for å ha litt bedre samvittighet".

For mange vil problemene kunne løse seg på sikt om de får systematisk og konkret hjelp. Ammeperioden vil deretter kunne fortone seg som noe positivt (2, 49, 50). For andre vil det være både smertefullt og frustrerende dersom de opplever å ikke få adekvat hjelp og støtte.

"Sluttet som sagt da barnet var syv uker. Da hadde jeg hatt syv ukers mareritt fordi brystene var så såre at blodet rant, brystbetennelse, og det at barnet ikke slo seg til ro ved brystet. Hver gang jeg la ham til brystet gjorde han motstand. Da jeg endelig fikk ham til å ta brystet sugde han fire-fem tak og slapp, så var det å begynne på nytt. Hadde nok melk, så vet ikke hvorfor. Hadde tre barn fra tidligere med samme problem, derfor

gadd jeg ikke oppsøke noen for hjelp. Med tre barn i tillegg i alderen ett-seks år ble dette veldig slitsomt i lengden. Du kan tenke deg selv hvordan det var. Valgte derfor å slutte. Følte en lettelse etter å ha bestemt meg for å slutte”.

Ammeproblemer ved utreise fra barselavdelingen og ved fire uker etter fødsel

Undersøkelsen viste at de fleste problemer oppsto allerede de første dagene etter fødsel. Eide mfl konkluderte med at ammeproblemene antagelig går over etter en tid, siden det er så mange som ammer (5). Denne undersøkelse viser at problemene ikke ble redusert de første ukene etter hjemkomst. Kvinnene ammer til tross for problemer, ikke fordi problemene nødvendigvis er reduserte. Ved fire uker var det en økning på over 5 % av antall kvinner som ammet med problemer. Mødre som opplevde ammingen negativt, hadde likevel en gjennomsnittelig ammelengde på over tre måneder. Andre studier bekrefter at mange kvinner amme på tross av problemer (7, 66). Man kan derfor ikke anta at de fleste mødre overvinne ammeproblemene ganske snart. Det virker derimot sannsynlig at en stor del holder ut så lenge som mulig.

For de fleste vil det ta minst en uke etter hjemkomst før de får hjemmebesøk av helsesøster. Mødrene er derfor ganske sårbare når de reiser fra barselavdelingen uten at ammingen er godt etablert. Tarkka og medarbeidere kartla hvilke faktorer som kan bidra til etablering av en vellykket amming, og viste at desto lengre tid det tok før ammingen ble etablert, desto større risiko var det for at ammingen skulle mislykkes (46). Derfor er tidsfaktoren viktig når det gjelder å få konkrete råd og veiledning ved problemer. Desto lengre et problem varer, desto større er sjansen for at kvinnen ikke vil klare å etablere en vellykket amming.

Ammeveiledning

Veiledning på barselavdelingen

I materialet rapporterer 35 % av de som hadde problemer at de ikke var fornøyd med hjelpen de hadde fått. Dette kommenteres også mer utfyllende i frie kommentarer fra kvinner med negative ammeopplevelser. Andre forfattere har beskrevet kvinners opplevelse av ammeveiledning (46-48, 66, 67). Kvinnene opplever gjennomgående at det blir brukt for liten tid og at det blir gitt for lite konkret hjelp. De samme opplevelsene blir også kommentert av våre respondenter:

”Jeg ville gjerne amme barnet mitt, men det var utrolig tøft og slitsomt ettersom jeg trengte pumpe som hjelpemiddel. Grunnen var innsunkne brystvorter. Det var stresset rundt de ”fraværende” brystvortene og ”forarbeidet” ved hver gang jeg skulle amme som ble for slitsomt. Syns ikke jeg fikk nok råd om hvordan klare å amme på barselavdelingen”.

Denne kvinnen opplevde at det ble fokusert mer på problemet, innsunkne brystvorter, enn på løsningen.

Det å oppnå vellykket amming kan for mange kvinner være en indikator på at de er en vellykket mor, slik flere kvinner i dette materialet også kommenterer. Det er derfor en stor utfordring for helsepersonell å klare å veilede på en slik måte at kvinnen opplever å bli møtt på sine problemer, og at hun får kunnskap og ferdigheter som gjør henne i stand til å løse problemene. En del kvinner kommenterer at både myndigheter og helsepersonell signaliserer at bryst er best. I en annen studie uttalte en mor; *”Everyone says that breastfeeding is important, so I think they should act like it’s important”* (68). Veiledningsfaktorene som ble fremhevet var demonstrasjon av hvordan ammingen best skulle gjøres, og oppmuntring samtidig med at helsepersonellet skulle bli værende hos mødre mens de selv prøvde å få til ammingen. Å la mødre selv gjøre det praktiske for å få til ammingen under veiledning av personalet, har vist seg effektivt i andre studier (49, 50). En mindre optimal praksis kan være når helsepersonellet legger barnet til brystet, får det til å suge, forlater rommet uten en forklaring om hva som egentlig skjedde. Dette kan innebære at mødre blir mindre selvhjulpne og må tilkalle personalet ved hver amming. En mor i vår studie kommenterte:

”De hjalp slik at barnet fikk tak, så gikk de. Mitt problem har vært at barna slipper taket rett etterpå”.

Det kan være flere årsaker til at mange mødre med problemer ikke var fornøyd med hjelpen. Den ene kan være at de faktisk ikke fikk god nok hjelp, og en annen kan være at det henger sammen med resultatet av ammeveiledningen. På tross av god veiledning og at personalet har gjort det som er mulig, har ikke ammeproblemet løst seg slik som kvinnen forventet. Misnøye kan muligens komme av urealistiske forventninger. Videre kan det være forskjellige forventninger til hva som er et vellykket resultat av veiledningen. Helsepersonellet kan for eksempel rapportere at ammingen ble vellykket om man klarte å få mødre til å fullamme etter myndighetenes anbefalinger. Mødres beskrivelse av en vellykket amming kan derimot være at mor og barn har det bra, og at barnet gir uttrykk for å være tilfreds på tross av at det ikke er fullammet, men får noe tillegg på flaske (47). Det er mulig at ”hands off” veiledningen øker sannsynligheten for å få frem kvinnens referanseramme for suksess, slik at denne kan bekreftes eller eventuelt justeres.

Veiledning etter utskrivning fra sykehuset

Av de som hadde problemer og som svarte ja på at de kontaktet helsestasjonen, var 74 % fornøyd med hjelpen de fikk. Det ble ikke spurt om hjelpen førte til at problemet ble mindre eller om det lot seg løse. Vi vet heller ikke årsaken til at 32 % ikke oppsøkte hjelp. Det kan være fordi det var langt til hjelp, de hadde ikke noen tro på at problemet kunne løses, hadde dårlig erfaring fra barselavdelingen eller fra tidligere ammeproblemer, ikke hadde tillit til helsevesenet generelt eller den personen de hadde kontakt med på helsestasjonen. Mange kvinner bruker også internet i økende grad for å få råd fra fagfolk eller andre kvinner i samme situasjon. Denne informasjonskanalen ble det ikke spurt om i undersøkelsen.

Det er viktig å ha et system som fanger opp kvinnene tidlig etter utskrivning og som ikke er avhengig av at kvinnene selv må ta kontakt. Når man selv må ta initiativet, kan det lett bli de som er såkalt ”ressurssterke” som får hjelp.

Ammepress

I debatter i media blir det i blant uttalt at mange kvinner opplever ammepress, og at presset øker hver gang man presenterer morsmelkens fordeler. Ammehjelpen og fagmiljøene innenfor amming blir ikke sjeldent presentert som rigide, og blir kritisert for at kvinner skal amme for enhver pris (69, 70). I kontrast til inntrykket man kan få fra media var det derfor overraskende at bare 11,6 % av kvinnene hadde opplevd ammepress i denne undersøkelsen, enda 88 % rapporterte at de hadde hatt problemer med ammingen.

Undersøkelsen fant en sammenheng mellom det å rapportere om problemer og å oppleve ammepress. Dette tyder på at kvinner i utgangspunktet ønsker å amme, men dersom de får de problemer som ikke lar seg løse, kommer de i ett krysspress. På den ene siden ønsker de å amme og vet at morsmelk er best for barnet, men på den andre siden ser de ikke noen løsning på problemet. Det vil si at presset kommer først etter at problemene har oppstått. Fordi amming er normen i Norge og de aller fleste kvinner starter å amme, kan det oppleves desto mer traumatisk når de ikke får det til, eller at de må slutte før de hadde ønsket. En kvinne skrev:

”Jeg opplevde det som et utrolig stort nederlag fordi jeg hadde et sterkt ønske om å amme. Det er så fokusert på amming og morsmelk at det kan få enhver kvinne til å føle seg mislykket som mor, når ammingen ikke lykkes. Slik følte jeg det. Når jeg tenker tilbake på den tiden mener jeg selv at jeg holdt ut alt for lenge med å plages. Det var ingen som ga meg et klapp på skulderen å sa, syns du ikke at det er nok nå. En ting har jeg lært: det blir aldri å skje med barn nr to, vist det kommer flere”.

Tønjum diskuterte om ammepress kan være et norsk eller skandinavisk fenomen, fordi normen i Norge alltid har vært å amme (51). Det har ikke vært mulig å finne et lignende begrep i utenlandsk litteratur, men det omtales ved for eksempel *”women felt pressure both to start and continue breastfeeding against their own wishes”* (47). Hoddinott fant i denne studien at kvinnene opplevde at utsagnet ”bryst er best” som et dømmende utsagn i forhold til de som ikke fikk til ammingen. Å måtte gi barnet flaske opplevdes som nest best, og følelsen av at de ikke gjorde det beste for barnet sitt var en belastning. I en engelsk studie kritiserte forfatterne The Baby Friendly Hospital Initiativ for å påføre mødrene ekstra stress i forhold til det å skulle få til ammingen, og for å undervurdere informasjon vedrørende flaskeernæring (66). Det var en meget lav svarprosent i undersøkelsen, men forfatterne mente at det likevel var viktig å ta kritikken til etterretning.

Studiens funn i relasjon til Ottawa- charterets prinsipper

Det er dokumentert en klar sammenheng mellom morsmelkernæring og folkehelse. Helsemyndighetene anbefaler derfor fullamming i seks måneder og deretter morsmelk ved siden av fast føde, til barnet er minst ett år (10). Det er derfor viktig at helsevesenet tilpasser sine tjenester slik at mødrene mestrer å gi barna den optimale ernæringen ved å amme slik som anbefalt.

Ved å sette kunnskap om ammeopplevelse og ammeproblemer i lys av prinsipper for folkehelsearbeidet, øker mulighetene for tiltak som er konsistente med den strategiske grunnlagstenkning.

Utvikle personlige ferdigheter. Norske mødre er motivert for å amme. Det viser både tidligere undersøkelser på initiering av amming (3), og en nyere undersøkelse hvor det kommer frem at de fleste som sluttet å amme før barnet fylte ett år, avsluttet ammingen på grunn av problemer og ikke fordi at de ønsket å slutte (6).

Fokus på det forebyggende med utgangspunkt i mødrenes egne ressurser vil kunne redusere behovet for problemløsning på helsestasjonen (49). Dette kan oppnås ved å veilede mødrene på en slik måte at i) deres egen forståelse øker om hvordan ett problem oppstår, og ii) deres egen aktivitet for å løse problemet er involvert mest mulig. Ottawa charteret understreker denne tilnærmingen. Grunnlagsinformasjon bør komme allerede i svangerskapet. Kvinnene må ha kunnskap om hvordan problemer oppstår for å forebygge dem, og deretter hva som eventuelt kan gjøres for å løse dem. De bør også få veiledning på en slik måte at de kan kombinere teoretisk kunnskap med det å øve opp de konkrete ferdighetene. Fra personalets side krever dette en balanse mellom det å gi råd, og det å støtte kvinnene til selv å finne ut av problemene og å øve seg på det ammetekniske.

Tilpasse helsetjenesten. Tilpassede tjenester innebærer at kompetanse og organisering er i samsvar med behov og mål (71). I forbindelse med amming synes organiseringen av tjenester å ha et forbedringspotensial. Denne spørreundersøkelsen viste at mødre reiser fra barselavdelingen med problemer, og at mange tar ikke selv kontakt med helsestasjonen for å få hjelp ved ammeproblemer. Erfaring fra praksis tilsier at det er stor variasjon i hvor raskt fødselsmeldingen blir sendt fra barselavdelingen til helsestasjonen. Det kan derfor være stor variasjon i hvor lang tid det tar før mødrene blir kontaktet fra helsestasjonen etter utskiving fra sykehuset. Ved å organisere systemer på en slik måte at informasjon raskt går mellom sykehus og helsestasjon samtidig som mødrene skifter organisatorisk tilknytning, vil dette understøtte målet om tidlig kontakt for identifisering av eventuelle ammeproblemer. På nasjonalt nivå er problemstillinger omkring kontinuitet mellom de ulike nivå innen helsevesenet erkjent. Den norske rapporten ”...og bedre skal det bli” tar opp noen felles kvalitetskriterier som skal bidra til å holde fokus på brukerens/pasientens behov, i vandringen gjennom et system som preges av organisering etter faglige spesialiteter (71).

Spørsmålet om kompetanse har vært sentralt i MBVI (2). Likevel synes studien å tyde på at det er behov for en mer proaktiv praksis for å imøtekomme behovet for ferdighetstrening i amming, og for å identifisere oppståtte eller truende ammeproblemer.

Det å tilpasse helsetjenesten innebærer også at helsepersonell må være oppdatert når det gjelder teoretisk kunnskap om ammeproblemer, og ha ferdighetskunnskap om hvordan eventuelle problemer skal løses.

Styrker og begrensninger

Dette er den første undersøkelsen i Norge som systematisk kartlegger ammeproblemer, opplevelse av problemene og hvilken veiledning mødrene har fått. Designet er laget for å få frem nasjonal grunnlagsinformasjon som opp til i dag ikke har vært tilgjengelig. Undersøkelsen er landsdekkende og dekker alle landets barselavdelinger og fødestuer. Det er en høy svarprosent på tross av at det er en postal undersøkelse. Til sammenligning var svarprosenten i en landsomfattende postal levekårsundersøkelse 63 % blant kvinner i samme aldersgruppe (72).

Validitet- gyldighet

Spørsmålet om validitet dreier seg om studiens gyldighet, og om de data som kommer fram er egnet til å kunne besvare problemstillingen, og om instrumentet som er valgt er hensiktsmessig i henhold til å få svar på problemstillingen. Respondentenes svar gjenspeiler problemstillinger kjent fra Nasjonalt ammesenter (NAS) som hovedårsaker til konsultasjon. Om dette styrker undersøkelsens eksterne validitet, avhenger av hvor representative henvendelsene som NAS mottar er for befolkningen som helhet. Ved NAS står man i kontakt med helsepersonell over hele landet gjennom informasjonsarbeid (kurs, telefonkonsultasjoner, faglige møter, oppfølging av MBVI), slik at kontakten med fagmiljøene bør være representativ.

Det ble brukt et spørreskjema som var utviklet spesielt for studien. Sammensetningen av faggruppen som laget instrumentet sikret bredde i vurderingsgrunnlaget. Det var også en epidemiolog i gruppen som hadde et særlig ansvar for å bedømme spørreskjemaet og utvalgsmetodikken som ble brukt i studien. Pilotundersøkelsen styrket muligheten for å oppnå svar som gjenspeilet hensikten med spørsmålene. Likevel var spørreskjemaet ikke tidligere prøvd ut på et større utvalg og over tid. Det ligger også innebygget i valget av metode at de som har problemer med å uttrykke seg skriftlig, vil kunne ha problemer med å kommentere underveis i et stort spørreskjema. Det kan være nyanser i kvinnenens framstilling som ville kommet bedre fram ved intervju. Denne ulempen med bruk av spørreskjema ble veid opp mot behovet for å få fram landsdekkende data med de ressursene som stod til rådighet.

Utvalget

I denne undersøkelsen ble det brukt et to-trinns utvalg. Ut fra antall spørreskjemaer som ble returnert i den første undersøkelsen, kan det stilles spørsmål ved utvalgets representativitet. Spørsmålet må besvares ut fra kjennskap til de faktorene som påvirket den faktiske svarprosenten.

Antallet kvinner som fikk utdelt spørreskjema ble vurdert i forhold til antall fødsler ved den enkelte fødeenhet. Ved utsending av spørreskjemaene til sykehuset ble sykehusene bedt om å rapportere tilbake antall fødsler i perioden for undersøkelsen, antall kvinner

som ikke oppfylte inklusjonskriteriene og antall kvinner som ikke ønsket å delta. Noen sykehus oppga data på dette, men en del gjorde det ikke. Det er derfor ufullstendige data på årsaker til at 21 % av spørreskjemaene ikke ble returnert.

En av svakhetene ved utvalgsmetoden er at den eksakte årsaken til det store frafallet i trinn-en, ikke ble dokumentert, men at frafallet pga at kvinner ikke ønsket å delta, etter all sannsynlighet er lavere enn det man kan få inntrykk av og er ikke systematisk.

Når det gjelder bortfallet i den gruppen som ble rekruttert til ett-års undersøkelsen eller de som ble inkludert, men ikke svarte, kan det tyde på at det var et mer systematisk bortfall. Tendensen var at de som ikke ønsket å delta eller ikke besvarte selv om de hadde gitt sitt samtykke til å delta, hadde lavere utdanning og flere var røykere. Det er en kjent problemstilling at de som ofte svarer på spørreundersøkelser har høyere utdanning og kommer fra høyere sosiale lag (73).

Når det gjelder fullstendigheten av svar på de enkelte spørsmålene var det få respondenter som ikke besvarte alle spørsmål som var obligatoriske. For å eksemplifisere var det 1,8 % som ikke besvarte spørsmålene om bakgrunnsdata. På spørsmålet om amming ved utreise fra sykehuset og når barnet var fire uker (spm. 6 og 7) var det 0,9 % som ikke hadde besvart.

Reliabilitet- pålitelighet av data

Reliabilitet avhenger av dataenes pålitelighet, det vil si hvorvidt dataene er i overensstemmelse med de faktiske forhold. Dette kan dreie seg om at dataene vi får er feilaktige fordi respondenten misforstår spørsmålet eller at respondenten tror hun vet svaret, men tar feil. Reliabilitetsproblemer kan også skyldes slurv under innsamling eller behandling av data.

Undersøkelsen viser at den største delen av ammeproblemer opptrer de første månedene. I denne undersøkelsen ble kvinnene bedt om å besvare skjemaet når barnet hadde fylt ett år, det vil si at de måtte huske ett år tilbake på noen av spørsmålene som for eksempel hvordan de opplevde hjelpen på barselavdelingen. Dette kan føre både til noe underrapportering og feilrapportering, men man kan anta at kvinnene ikke vil rapportere om problemer de ikke har hatt. Spørsmål om brystbetennelse ble etterspurt på to steder i spørreskjemaet (spm. 11 og 27) og det var godt samsvar mellom svarene på disse to spørsmålene.

Kvinnene ble spurt om å krysse av for flere mer eller mindre vanlige problemer i ammeperioden. Ordet ”problem” ble brukt selv om det er mulig at ikke alle kvinnene alltid opplevde det som et problem å ha den tilstanden som ble nevnt. Det er kvinnes egen definisjon av tilstanden eller opplevelsen som er lagt til grunn. Dette kan legge en begrensning på generaliseringen fra undersøkelsen, men samtidig så er det kvinnes egne oppfatninger som er det avgjørende. Spørreskjemaet inneholdt i hovedsak strukturerte svaralternativer, men det var også åpne tekstfelt. Tekstfeltene bidro til utdypende kommentarer og flere nyanser.

Type problemer og hvor stor forekomsten var, ligner funn i andre utenlandske studier (7, 56). Det ble heller ikke spurt etter alvorlighetsgraden på problemene og i hvilken grad det enkelte problemet påvirket opplevelsen av ammeperioden.

Konklusjon

Denne studien viser at mer enn trefjerdedel av kvinnene vil erfare ett eller flere problemer i ammeperioden. Problemene oppstår oftest allerede de første dagene etter fødsel. Det er fire problemer som utpekte seg spesielt. Dette gjelder såre brystknopper, melkespreng, tilstoppede melkeganger/ brystbetennelse og usikker melkemengde. Funnene tyder på at i Norge ammer kvinner på tross av problemer og ikke nødvendigvis fordi problemene etter hvert går over. Kvinnenes kommentarer bekrefter at amming er normen, og at de setter i stor grad likhetstegn mellom det å amme og det å være en god mor. Det er et fåtall som rapporterer å ha opplevd et ammepress.

Sett under ett er de fleste kvinnene tilfreds med hjelpen de får på sykehuset. De som rapporterer om ammeproblemer er derimot i større grad misfornøyd med hjelpen de mottar.

I vårt materiell viser det seg at mange kvinner ikke oppsøkte helsestasjonen etter utskriving, på tross av sine problemer og at tilbudet er gratis. Av de som oppsøkte helsestasjonen ved problemer, var de fleste fornøyd med veiledningen.

Anbefaling for praksis

Sykehusene bør gjennom oppdatering opprettholde status som Mor-barn-vennlig sykehus, for å fortsette med tilrettelegge av gode rutiner i forhold til amming. Samtidig bør det fokuseres ytterligere på hvordan ammeveiledningen blir formidlet. Det er vesentlig å bruke metoder som fører til at mødre opparbeider seg en konkret kompetanse og ferdigheter, slik at de er mest mulig selvhjulpne før de utskrives fra sykehuset (45, 49-50). Ett av de ti trinn for vellykket amming innebærer at helsepersonell skal vise mødre hvordan de skal amme sine barn (2). Dette trinnet bør implementeres i praksis på en slik måte at helsepersonellet veileder i prosessen uten å overta for moren ved å legge barnet til brystet.

Kvaliteten på ammeveiledningen avhenger også av hvordan kompetanse tilegnes og videreutvikles. Undersøkelsen tyder på at mødre bør gis systematisk mulighet for å gi respons på hvordan deres behov er møtt ved den enkelte barselavdeling.

Det bør også utarbeides rutiner ved barselavdelingene som gjør at helsestasjonen varsles automatisk ved utskriving fra sykehuset dersom kvinnen har ammeproblemer. Data tyder på at mange ikke selv tar initiativ til å oppsøke helsestasjonen ved problemer.

Anbefaling for videre forskning

Denne studien gir kunnskap om forekomst av ulike typer ammeproblemer, men det bør gjøres en utdypende studie for å kartlegge problemenes betydning når det gjelder å påvirke ammingen.

Det er tidligere dokumentert en sammenheng mellom tiltak innen MBVI og en økning av ammefrekvens, det vil si hvordan tiltak på systemnivå kan tenkes å påvirke ammesituasjonen i Norge (40). Denne innsikten vil det nå være viktig å supplere med kunnskap om behov for kompetanseutvikling rettet mot de individuelle møtene mellom helsepersonell og mødre. Det er altså behov for mer systematisk kunnskap om ulike veilednings praksis, og om eventuelle sammenhenger mellom veiledningsstil og virkning på problemløsning og problemforebygging. Spesielt bør det gjøres flere studier for å få en ytterligere bekreftelse på om "Hands off" teknikken kan føre til økt amming i henhold til de norske anbefalingene, og til færre problemer under norske forhold.

Referanser

- (1) Editorial. A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;344:1239-41.
- (2) World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9. Geneva: World Health Organization, 1998.
- (3) Liestøl K, Rosenberg M, Walloe L. Breast-feeding practice in Norway 1860-1984. *J Biosoc Sci* 1988;20:45-58.
- (4) Millard AV. The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes, and impediments to breastfeeding. *Soc Sci Med* 1990;31:211-21.
- (5) Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape KP. Ammeundersøkelsen år 2000. Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter i perspektiv 1973-2000. Oslo, Helsetilsynet, 2003.
- (6) Lande B. Spedkost 6 måneder: Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003. IS-1074.
- (7) Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003;19:145-56.
- (8) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews* 2002;(1):CD003517.
- (9) Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78:291-95.
- (10) Sosial- og helsedirektoratet. Anbefalinger for spedbarnsernæring. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2002.
- (11) Ziegler AG, Schmid S, Huber D, Hummel M, Bonifacio E. Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated autoantibodies. *JAMA* 2003;290:1721-28.
- (12) Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002;359:2003-2004.
- (13) Van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003;58:833-43.
- (14) Hanson LA, Korotkova M, Haversen L, Mattsby-Baltzer I, Hahn-Zoric M, Silfverdal SA et al. Breast-feeding, a complex support system for the offspring. *Pediatr Int* 2002;44:347-52.

- (15) Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:125-41.
- (16) Kwan ML, Buffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep* 2004;119:521-35.
- (17) Klement E, Cohen RV, Boxman J, Joseph A, Reif S. Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1342-52.
- (18) Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child* 2003;88:224-28.
- (19) von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999;319:147-50.
- (20) Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet* 1990;336:1519-23.
- (21) Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child* 2001;85:183-88.
- (22) Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
- (23) Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. *Arthritis Rheum* 2004;50:3458-67.
- (24) Tung KH, Goodman MT, Wu AH, McDuffie K, Wilkens LR, Kolonel LN et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: A multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol* 2003;158:629-38.
- (25) Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:253-62.
- (26) Committee of inquiry into the future development of the public health. *Public health in England*. London: HMSO: Cmd 289, 1988.
- (27) Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Norges offentlige utredninger, 1998. NOU 1998:18.
- (28) WHO. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. [internet policy statement]. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 [29-9-2005].
- (29) Austveg B. Empowerment of women: the case of breastfeeding in Norway. Oslo: The Norwegian breastfeeding association, 1995.

- (30) Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 2003;92:152-61.
- (31) Rivrud GN, Bendvold E, Lindemann R. En uke på bryst og vann: omlegging av rutinene for spedbarnernæring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985;105:2395-98.
- (32) Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum. Amning av barn födda 1998. Sveriges officiella statistik, Hälsa och sjukdomar 2000:7. Socialstyrelsen, 2000.
- (33) UNICEF UK Baby friendly initiative. Breastfeeding in the UK- current statistics. <http://www.babyfriendly.org.uk/ukstats.asp> [6-8-2002].
- (34) Statens Råd for Ernæring og Fysisk Aktivitet. Spedkost. Foreløpig data om amming. <http://www.sef.no/index.db2?id=11000342> [25-6-2001].
- (35) Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ* 1999;318:30-34.
- (36) Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999.
- (37) Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131:3012S-15S.
- (38) Marasco L, Marmet C, Shell E. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact* 2000;16:143-48.
- (39) Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US Baby-Friendly Hospital. *Pediatrics* 2003;112:e234-e36.
- (40) Andreassen M, Bale M, Kaaresen PI, Dahl LB. Amming i Tromsø før og etter innføring av Mor-barn-vennlig initiativ. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:3154-58.
- (41) UNICEF UK Baby friendly initiative. Why did mothers stop breastfeeding? <http://www.babyfriendly.org.uk/ukstats.asp#why> [14-5-2005].
- (42) Schmied V, Barclay L. Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding. *J Hum Lact* 1999;15:325-34.
- (43) Mazingo JN, Davis MW, Droppleman PG, Merideth A. "It wasn't working". Women's experiences with short-term breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2000;25:120-26.
- (44) Waldenstrom U, Aarts C. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr* 2004;93:669-76.

- (45) Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997;13:189-96.
- (46) Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. What contributes to breastfeeding success after childbirth in a maternity ward in Finland? *Birth* 1998;25:175-81.
- (47) Hoddinott P, Pill R. A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding. *Health Expect* 2000;3:224-33.
- (48) Tønjum L. Amming- en problematisk selvfølge. (Masteroppgave i forebyggende helsearbeid) Bergen: Hemil-senteret, Universitetet i Bergen, 1996.
- (49) Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18:87-101.
- (50) Fletcher D, Harris H. The implementation of the HOT program at the Royal Women's Hospital. *Breastfeed Rev* 2000;8:19-23.
- (51) Tønjum L. Ammepress og dårlig samvittighet. *Tidsskr Sykepl* 1997;85:51-55.
- (52) Meehan M. Nursing roles: advice, counselling or therapy. *Paediatr Nurs* 1999;11:30-32.
- (53) Bergman V, Larsson S, Lomberg H, Marild S, Moller A. Involvement of maternity and health care staff in breast-feeding. *Scand J Caring Sci* 1994;8:75-80.
- (54) Nysaether H, Baerug A, Nylander G, Klepp KI. Barna inne dag og natt- er barselkvinnene fornøyde? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122:1206-09.
- (55) Fetherston C. Mastitis in lactating women: physiology or pathology? *Breastfeed Review* 2001;9:5-12.
- (56) Bottorff JL. Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. *J Adv Nurs* 1990;15:201-09.
- (57) Livingstone VH, Willis CE, Berkowitz J. Staphylococcus aureus and sore nipples. *Can Fam Physician* 1996;42:654-59.
- (58) Sundhedsstyrelsen. Håndbog i vellykket amming - en vejledning til sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (59) Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 1986;2:172-76.
- (60) Nordeng H, Tufte E, Nylander G. Behandling av mastitt i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003;123:3027-30.

- (61) Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:492-95.
- (62) Osterman KL, Rahm VA. Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. *J Hum Lact* 2000;16:297-302.
- (63) Aabo O, Matheson I, Aursnes I, Horgen M, Lagerlov P, Melby K. Mastitt i allmennpraksis: er bakteriologisk undersøkelse nyttig? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:2075-77.
- (64) Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: a randomized comparative study. *J Hum Lact* 1999;15:241-246.
- (65) Dykes F, Williams C. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery* 1999;15:232-46.
- (66) Shakespeare J, Blake F, Garcia J. Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery* 2004;20:251-60.
- (67) Tarkka MT, Paunonen M. Social support provided by nurses to recent mothers on a maternity ward. *J Adv Nurs* 1996;23:1202-06.
- (68) Gill SL. The little things: perceptions of breastfeeding support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30:401-09.
- (69) Mjaaland M. Ammepoliti. *Tidsskrift for jordmødre* 2005;111:18-19.
- (70) von Krogh S. Ammepress. <http://old.dinbaby.com/show.asp?xSideId=2026> [30-4-2005].
- (71) ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. IS-1162.
- (72) Hougen A, Gløbøden M. Samordnet levekårs undersøkelse 2002. http://www.ssb.no/emner/00/02/notat_200422/notat_200422.pdf [26-2-2005].
- (73) Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in medicine*. Philadelphia: Lippincott, 1987:153-177.

Vedlegg I

Kvinneklubben
Nasjonalt senter for amming

Oslo, februar 1999

Kjære mor til et barn som ble født høsten 1997!

Du er en av mødrene som svarte på et spørreskjema om kvaliteten på ammeveiledningen du fikk mens du lå på barselavdelingen. Undersøkelsen ble gjennomført ved alle norske føde/barselavdelinger, og det var en imponerende oppslutning.

Takk for at du valgte å oppgi navn og adresse og dermed ga oss tillatelse til å kontakte deg igjen. Vedlagt ligger et nytt spørreskjema som vi vil be deg fylle ut og returnere så snart som mulig.

Hensikten med denne undersøkelsen er å finne ut av om starten på ammingen spiller noen rolle for hvordan det går senere, hvilke ammeproblemer norske mødre opplever, og hvilken hjelp de får. Vi er spesielt interessert i dere som har hatt problemer. Vi ønsker å få vite hva som var vanskelig, hva som gikk greit og hvordan eventuelle problemer ble taklet.

Vi trenger også å vite hvor lenge du ammet, når barnet begynte med fast føde, morsmelk-erstatning og annen drikke. Informasjonen vil vi bruke slik at helsetjenesten kan bli enda bedre til å hjelpe andre ammende mødre.

Undersøkelsen er godkjent av Datatilsynet, og personlige opplysninger vil bli behandlet etter lovbestemte regler. Det vil aldri bli kjent utenfor Ammesenteret hva den enkelte har svart.

Opplysningene som skal brukes i dataanalysene vil være anonymisert.

Dersom det er noe du lurer på kan du ringe til Ammesenteret, Rikshospitalet: 23 35 30 90.

Det ferdig utfylte skjemaet legges i den adresserte returkonvolutten. Porto er betalt.

Hjertelig takk for innsatsen da du fylte ut skjemaet på barsel. Vi håper du vil delta denne gangen også. På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Gro Nylander
overlege dr. med

Anne Bærug
cand. scient. ernæring

Elisabeth Tufte
helsesøster,
laktasjonsveileder

Hilde Nysæther
ernæringsfysiolog
cand.mag.

OPPHOLDET PÅ BARSELAVDELINGEN

1. Hvor mange dager lå du på barselavdelingen etter fødselen?

_____ dager

husker ikke

2. Når du tenker tilbake- hvordan opplevde du omsorgen på barselavdelingen?

Sett kun ett kryss her

Jeg var veldig fornøyd

Jeg var fornøyd

Jeg var ikke helt fornøyd

Jeg var misfornøyd

Kommentar:

3. Når du tenker tilbake - hva synes du om ammeveiledningen du fikk på barselavdelingen?

Sett kun ett kryss her

Jeg hadde ikke behov for veiledning

Jeg var veldig fornøyd

Jeg var fornøyd

Jeg var ikke helt fornøyd

Jeg var misfornøyd

Kommentar:

4. Når du tenker tilbake – skulle du ønske du hadde blitt lenger på barselavdelingen?

Ja

Nei

Kommentar:

5. Hva slags melk / annen drikke fikk barnet mens dere var på barselavdelingen?

Her kan du sette flere kryss

Morsmelk

Morsmelkerstatning

Vann

Sukkervann

Annet, hva?

Jeg vet barnet fikk noe, men ble ikke informert om hva det fikk

Kommentar:

6. Var ammingen kommet i gang ved utreise fra barselavdelingen?

Sett kun ett kryss her

Ammet ikke

Ammet delvis, barnet fikk også morsmelkerstatning / annen næring

Ammet / ga bare morsmelk, men hadde problemer

Ammet / ga bare morsmelk, og hadde ingen problemer

Kommentar:

ETTER HJEMKOMSTEN

7. Hvordan gikk det med ammingen etter at du kom hjem fra sykehuset og til barnet var fire uker? *Sett kun ett kryss her*

Ammet ikke i det hele tatt

Ammet i begynnelsen, men ga opp i løpet av de første fire ukene

Ammet delvis, men barnet fikk også morsmelkerstatning

Ammet / ga bare morsmelk , men hadde problemer

Ammet / ga bare morsmelk, og hadde ingen problemer

Kommentar:

8. Fikk barnet håndmelket / utpumpet morsmelk fra deg de fire første ukene?

Nei

Ja, av og til

Ja, det meste av tiden

9. Hvis du hadde ammeproblemer de fire første ukene etter fødselen, hvem tok du kontakt med for å få hjelp?

Her kan du sette flere kryss

Sykehuset

Helsestasjonen

Ammehjelpen

Venner / familie

Ingen

Kommentar:

10. Kom helsesøster på hjemmebesøk i løpet av de to første ukene etter fødselen?

Sett kun ett kryss her

Ja

Nei, senere enn to uker etter fødselen

Nei, fikk ikke tilbud om hjemmebesøk

Nei, fordi vi selv oppsøkte helsestasjonen

Nei, hadde ikke behov for kontakt

11. Nedenfor er det ført opp en del mer eller mindre vanlige problemer i forbindelse med amming. Sett kryss ved det / de alternativene som passer for deg. Prøv å huske hvor gammelt barnet var da du hadde problemer.

Oppgi alder i ENTEN uker ELLER måneder.

Her kan du sette flere kryss.

Såre brystknopper da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Melkespreng da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Tilstoppede melkeganger/
brystbetennelse da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Smerter ved amming da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Usikkerhet om melkemengde da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Dårlig vektøkning hos barnet da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Barnet tok brystet dårlig da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Barnet avviste brystet da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Andre, hvilke problemer? da barnet var ca. _____ uker / _____ måneder

Ingen problemer i hele ammeperioden | gå til spørsmål 14

12. Hvis du har hatt ammeproblemer, tok du kontakt med helsestasjonen for å få hjelp?

Ja, jeg fikk god hjelp

Ja, men jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Nei

13. Har du hatt kontakt med Ammehjelpen?

Ja, jeg fikk god hjelp

Ja, men jeg fikk ikke den hjelpen jeg trengte

Nei

14.

A. Har barnet ditt fått tåteflaske?

Ja

Nei, *gå til spørsmål 15*

B. Hvis “ja”, omtrent hvor gammelt var barnet første gang det fikk tåteflaske?

Oppgi barnets alder i uker, ELLER måneder

_____ uker

_____ måneder

Husker ikke

C. Hvor ofte fikk barnet tåteflaske det første halve året?

Omtrent daglig

En gang i blant

15. Får barnet morsmelk nå?

Ja, *gå til spørsmål 19*

Nei, men barnet har fått morsmelk tidligere, *fortsett på spørsmål 16*

Nei, barnet har aldri fått morsmelk *gå til spørsmål 18*

16. Hvor gammelt var barnet da det sluttet å få morsmelk?

Oppgi alder i ENTEN uker, ELLER måneder

_____ uker

_____ måneder

Husker ikke

17. Nedenfor er det ført opp en del vanlige grunner til at kvinner slutter å amme. Vi ønsker at du for hver grunn sier om dette hadde betydning eller ikke hadde betydning for at **du** sluttet å amme.

Sett ett kryss ved hver årsak som er oppgitt (A, B, C....osv.) som er oppgitt.

A. Jeg begynte å arbeide / studere

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

B. Barnet var sykt / for tidlig født

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

C. Jeg ble syk / brukte medisiner

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

D. Problemer fordi jeg tidligere er operert for å få større bryster

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

E. Problemer fordi jeg tidligere er operert for å få mindre bryster

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

F. Jeg hadde for lite melk

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

G. Barnet hadde sugeproblemer

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

H. Barnet avviste bryst

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

I. Barnet fikk tenner / beit

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

J. Bekymring / stress / sliten

uaktuelt / litt viktig viktig svært viktig
ingen betydning

K. Brystbetennelse / tilstoppede melkeganger	uaktuelt / ingen betydning	litt viktig	viktig	svært viktig
L. Kolikk / urolig barn	uaktuelt / ingen betydning	litt viktig	viktig	svært viktig
M. Såre brystknopper	uaktuelt / ingen betydning	svært viktig	viktig	litt viktig
N. Ingen spesielle problemer, men ønsket ikke å amme lenger	uaktuelt / ingen betydning	litt viktig	viktig	svært viktig
O. Andre grunner Hvilke?	uaktuelt / ingen betydning	litt viktig	viktig	svært viktig

18. Dersom du måtte avslutte ammingen tidligere enn du hadde planlagt, hvordan opplevde du det? (*Her ønsker vi at du svarer med egne ord*).

19. Dersom du fortsatt ammer, hva er den viktigste grunnen?

Her kan du sette flere kryss

Det er vanskelig å venne av barnet

Morsmelk er fortsatt viktig for barnet

Vi koser oss med ammingen

Det er godt å kunne berolige barnet med brystet

Annet; hva?

20.

A. Omtrent hvor gammelt var barnet da det begynte med tilleggsdrikke (ikke vann)?

Oppgi barnets alder i ENTEN uker ELLER måneder

_____ uker

_____ måneder

Husker ikke

B. Hva fikk barnet først av følgende drikke:

Sett kun ett kryss her

Morsmelkerstatning

Fruktjuice / Saft

Kumelk

Annet, hva?

21. Hvor gammelt var barnet da det begynte med tilleggsmat / fast føde (grøt, velling, middag, fruktmos etc.)?

Oppgi barnets alder i ENTEN uker ELLER måneder

_____ uker

_____ måneder

Husker ikke

22. Hva var avgjørende for at barnet begynte med tilleggsmat og eller tilleggsdrikke (ikke vann)?

Her kan du sette flere kryss

Jeg hadde lite melk

Jeg var sliten av å amme så mye

Barnet var urolig / sov dårlig om natten

Barnet hadde dårlig vektøkning

Barnet viste stor interesse for mat / barnet ville selv

Jeg mente barnet trengte det

Jeg fulgte helsestasjonens anbefalinger

Annet, hva?

Kommentar:

23. Hvor gammelt var barnet da du sluttet å amme om natten?

Sett kun ett kryss her

Jeg ammer fortsatt om natten

Jeg ammet om natten til barnet var omtrent

(oppgi barnets alder i ENTEN uker ELLER måneder)

_____ uker

_____ måneder

Jeg har aldri ammet om natten

Husker ikke

24.

A. Fikk du råd fra helsestasjonen om hvor lenge du kunne forvente å amme barnet ditt om natten?

Ja. Hvor lenge?

Oppgi alder ENTEN som uker ELLER som måneder

Til barnet var ca. _____ uker

Til barnet var ca. _____ måneder

Nei

Husker ikke

Kommentar:

25. Sov barnet i samme seng som deg om natten det første halve året?

Ja, de fleste nettene

Ja, av og til

Nei

26.

A. Har barnet brukt narresmokk?

Ja

Nei, gå til spørsmål 27

Spørsmål 26 fortsetter

B. Ved hvilken alder begynte barnet å bruke smokk daglig?

Oppgi alder ENTEN uker ELLER måneder

Ved _____ ukers alder

Ved _____ måneders alder

C. Dersom barnet brukte smokk daglig de to første månedene, hvor mye brukte barnet smokken?

Her kan du sette flere kryss

Mesteparten av dagen

Når det skulle sove

Mesteparten av natten

Når det gråt/ var lei seg

27.

A. Har du hatt brystbetennelse i løpet av ammeperioden?

Ja

Nei, gå til spørsmål 28

B. Hvis "ja", oppsøkte du lege?

Ja

Nei, gå til spørsmål 28

C. Undersøkte legen brystet?

Ja

Nei

D. Hvilke råd ga legen deg med hensyn til ammingen da du hadde brystbetennelse?

Her kan du sette flere kryss

Fortsette å amme

Avslutte ammingen

Tømme brystene svært ofte i ca. ett døgn

Amme et par ganger om natten

Annet, hva?

Spørsmål 27 fortsetter:

D. Ble det tatt melkeprøve?

Ja

Nei

E. Fikk du antibiotika?

Ja. Hvor lenge varte behandlingen? _____ dager

Nei

Husker ikke

28. Hvordan har innstillingen til amming vært i dine nærmeste omgivelser?

Sett ett kryss ved hvert punkt (A, B, C, D) nedenfor

A. Barnets far

uaktuelt / negativ likegyldig positiv svært positivt
har ikke kontakt

B. Din mor

uaktuelt / negativ likegyldig positiv svært positivt
har ikke kontakt

C. Din svigermor

uaktuelt / negativ likegyldig positiv svært positivt
har ikke kontakt

D. Andre i familien

uaktuelt / negativ likegyldig positiv svært positivt
har ikke kontakt

29.

A. Har du opplevd ammepress i den forstand at du har følt deg presset til å amme lenger enn du selv hadde lyst?

Ja

Nei, gå til spørsmål 30

B. Hvis "ja", hvem følte du presset deg?

Her kan du sette flere kryss

Personalet på barsel

Personalet på helsestasjonen

Barnets far

Spørsmål 29 fortsetter

Familien for øvrig

Andre mødre / venner

Media / folk generelt

Din egen følelse av at “du burde”

Andre

30. Hvordan har din opplevelse av å amme barnet ditt vært? Sett et kryss ved det som passer

svært negativt

negativt

hverken spesielt positivt
eller negativt

positivt

svært positivt

Kommentar:

31. Hvor lenge etter fødselen fikk du menstruasjonen tilbake?

Oppgi tidspunkt i *ENTEN uker ELLER måneder*

Etter _____ uker

Etter _____ måneder

Har ennå ikke fått tilbake menstruasjonen

Husker ikke

32.

A. Røyker du?

Ja

Nei

B. Hvis "ja", sett kryss der det passer for deg i tabellen nedenfor.

Her kan du sette flere kryss

	Barnets alder		
	0-6 måneder	7-12 måneder	over ett år
mer enn 10 sigaretter per dag			
1-10 sigaretter per dag			
av og til (ikke hver dag)			
husker ikke			

Til slutt noen bakgrunnsspørsmål:

Sivil status per i dag: Gift / samboer Bor alene med barnet Annet

Arbeidssituasjon per i dag:

Utearbeidende heltid	Uføretrygdet
Utearbeidende deltid	Under attføring
Hjemmearbeidende	Sykemeldt
Student / skoleelev	Arbeidsledig
Permisjon	Annet

Hvor gammelt var barnet da du begynte å arbeid / studere igjen? _____ måneder

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på alle spørsmålene!

Vennligst returner skjemaet så snart som mulig i den vedlagte, frankerte svarkonvolutten.

