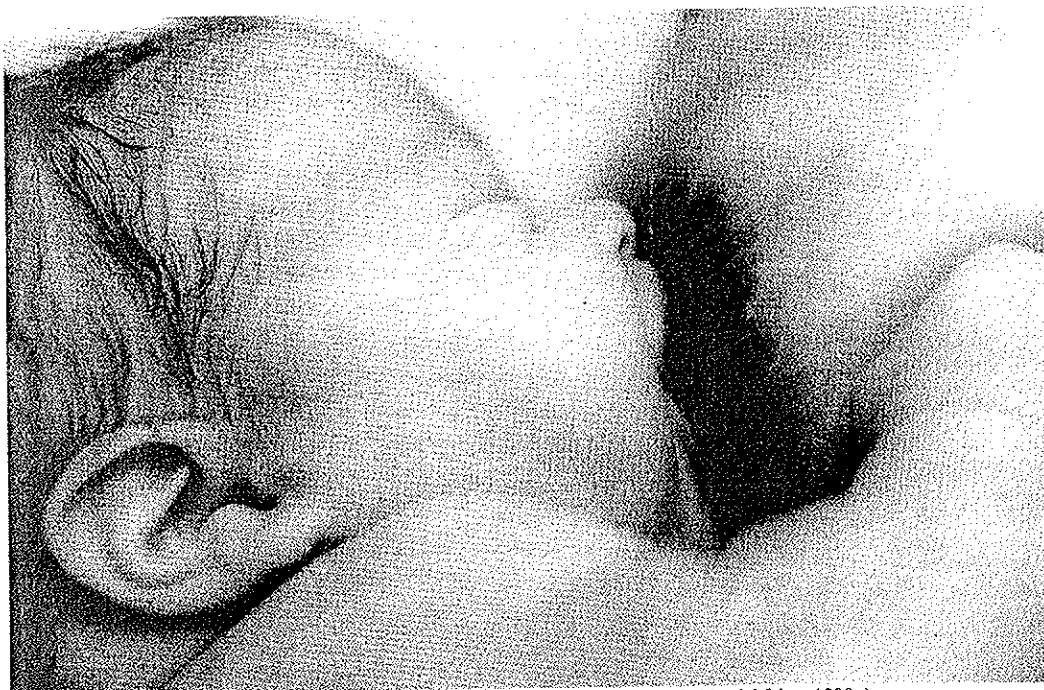


AMMING

Hvordan er situasjonen blant kvinner seks uker postpartum med hensyn til erfaringer og veiledning, kunnskap, holdninger og motivasjon i forhold til amming?

5.-årsoppgave i stadium IV ved profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø



(Bildet er hentet fra: Nylander, G. Mamma for første gang. Gyldendal fakta, 1999.)

Av Ida Bentzen og Ingvild Eliassen, kull 2000

Veileder: Dr. Med. Merethe Kumle, ISM / UiTø

Tromsø, juni 2005

Forord

Vi vil gjerne takke de som har hjulpet oss med oppgaven.

Spesielt vil vi takke kvinnene som var med barn til seks-ukerskontroll på helsestasjonene for deres velvillighet til å svare på spørreskjemaet vårt. Dessuten vil vi takke personalet på helsestasjonene for deres hjelp med å rekruttere deltakere og dele ut spørreskjemaer.

Sist, men ikke minst, takker vi veilederen vår, Merethe Kumle, for ideer og rettleiding underveis i arbeidet.

Resymè

En spørreundersøkelse om amming ble gjort blant 96 kvinner med barn til seks-ukerskontroll hos lege ved tre helsestasjoner i Tromsø, én på Finnsnes og én på Sortland i perioden 29.10.03-11.03.04. Spørreskjemaet (vedlegg 1) kartla erfaringer og veiledning, kunnskap, holdninger og motivasjon i forhold til amming.

Spørreundersøkelsen viste at kvinnene hadde et positivt forhold til amming. Omtrent halvparten av kvinnene visste noe om hvor lenge de selv ble ammet, de valgte som oftest å amme barna sine, og de både ønsket og fikk veiledning om generelle temaer og spesifikke problemer underveis. De fleste hadde kunnskapen fra flere typer kilder –i hovedsak bøker og jordmor, og over halvparten visste de gjeldende anbefalingene for varighet av ammeperioden. Den perioden kvinnene hadde tenkt å amme sitt siste barn var kortere enn det de visste var anbefalt, men kvinnene så på amming som veldig viktig for barnets helse og mor-barn-kontakten, dessuten var det en restriktiv holdning til bruk av morsmelkerstatning. De aller fleste var godt motivert for å amme, og en stor andel syntes personalet og andre forhold ved oppholdsstedet etter fødselen betydde mye for motivasjonen.

Innhold

1.0 Innledning	1
2.0 Materiale og metode	3
3.0 Resultater	
3.1 Helsestasjonenes veiledning om amming	6
3.2 Bakgrunns karakteristika ved kvinnene	6
3.3 Hvor lenge mor selv fikk morsmelk	7
3.4 Kvinnenes erfaringer og ønske om veiledning	7
3.5 Kvinnenes kilder til kunnskap om amming	8
3.6 Kvinnenes antakelser om anbefalt lengde på ammeperioden og hvor lenge de planla å amme	8
3.7 Kvinnenes holdninger til amming	9
3.8 Kvinnenes motivasjon i forhold til amming	9
3.9 Sammenlikning av første- og flergangsfødende	9
4.0 Diskusjon	
4.1 Undersøkelsens sterke og svake sider	10
4.2 Bakgrunns karakteristika ved kvinnene	11
4.3 Hvor lenge mor selv fikk morsmelk	11
4.4 Kvinnenes erfaringer og ønske om veiledning	11
4.5 Kvinnenes kilder til kunnskap om amming	12
4.6 Kvinnenes antakelser om anbefalt lengde på ammeperioden og hvor lenge de planla å amme	12

4.7 Kvinnenes holdninger til amming	13
4.8 Kvinnenes motivasjon i forhold til amming	14
5.0 Konklusjon	16
Tabeller	
Tabell 1. Informasjon fra notatskjemaene	17
Tabell 2. Bakgrunns karakteristika ved kvinnene	18
Tabell 3. Hvor lenge kvinnene fikk morsmelk selv (kun morsmelk og morsmelk totalt)	19
Tabell 4. Kvinnenes erfaringer og ønske om veiledning	20
Tabell 5. Kvinnenes kilder til kunnskap om amming	21
Tabell 6. Kvinnenes antakelser om anbefalt lengde på ammeperioden og hvor lenge de selv planla å amme barnet (måneder)	22
Tabell 7. Kvinnenes holdninger til amming	23
Tabell 8. Kvinnenes motivasjon i forhold til amming	24
Referanser	26
Vedlegg	
Vedlegg 1: Spørreskjema	
Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt	
Vedlegg 3: Søknad til og svar fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk Nord-Norge (REK Nord)	

1.0 Innledning

Årsaken til at vi valgte amming som tema for oppgaven var at vi ønsket å sette oss inn i dette viktige temaet som vi fra før hadde mange ulike innfallsvinkler til, gjennom familie, venner, media, studiet. Det er nyttig at vi som fremtidige leger vet en del om amming slik at medisinske problemer som kan løses, ikke blir årsaker til at ammingen ikke påbegynnes eller avsluttes for tidlig. Amming diskuteres blant foreldre, helsepersonell og andre og er et felt hvor det forskes mye. Hvorfor er amming viktig? Man kan se ammingens betydning fra flere sider; barnet, det psykologiske aspektet og moren.

For barnets helse ser en mange fordeler med å amme, dette er vist å være en av de vanligste grunnene til at kvinner begynner å amme (1). Morsmelk er det eneste næringsmidlet som er spesiallaget for mennesket med hensyn til innhold og barnets modenhet. Melken inneholder, foruten energi og byggesteiner, hormoner og immunologisk aktive komponenter (2, 3):

- Morsmelken har infeksjonsbeskyttende egenskaper. Barn som blir ammet har lavere mortalitet enn barn som blir kunstig ernært. Dette gjelder i alle land, men det er i fattige land, der mortaliteten er høy for alle barn, at dette spiller en stor rolle (4, 5).
- Brystmelk har betydning for barnets kognitive utvikling. Det synes som om brystmelken inneholder stoffer som påvirker den nevrologiske utvikling hos barnet slik at den kognitive utviklingen er noe bedre enn hos barn som får morsmelkerstatning (6). Størst er forskjellen hos premature (7, 8). Melkefettet i morsmelken har betydning for myelindannelsen rundt nervetrådene (9).
- Morsmelken beskytter mot sykdommer i immunsystemet. Epidemiologiske undersøkelser tyder på at det kan være en sammenheng mellom kunstig ernæring og sykdommer i immunsystemet. Dette gjelder for eksempel diabetes mellitus type 1, Morbus Crohn og ulcerøs colitt, samt allergiske manifestasjoner som astma, fødemiddelallergier og atopisk dermatitt (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

Brysternæringen har en psykologisk betydning ved den følelsesmessige kontakten mellom mor og barn, noe som er fremhevet som en god grunn til å amme (1).

Moren har også fordeler ved å amme:

- Amming er lett og praktisk (18, 3).
- Ammehormonet oxytocin virker ved å tømme melkegangene, men har i tillegg en beroligende effekt ved at blodtrykket senkes og aggresjon og angst dempes, dessuten styrkes immunforsvaret. Kvinner som ammer er mindre stresset og sjeldnere syke enn ikke-ammende (19, 20).
- Fullamming, det vil si hyppig amming uten flasketillegg, kan forsinke eggøsningen i flere måneder via et høyt prolaktinnivå (18, 21, 22, 23).
- Kaloriene som blir brukt i melkeproduksjonen kan også gi ytterligere vekttap postpartum - mange ammende kvinner blir slankere enn de var før svangerskapet (18, 24).
- Videre reduseres faren for ovarialcancer fordi antallet ovulasjoner reduseres (7, 25, 26).
- Amming kan bidra til redusert fare for mammaecancer (18, 27). Det ser ut til at jo flere barn man har ammet og jo lengre ammeperioder, jo større beskyttelse (2).

Vi ønsket å se nærmere på hvordan dagens spedbarnsmødre forholder seg til amming. Målgruppen ble definert som kvinner med barn til seks-ukerskontroll hos lege; for denne gruppen kvinner er amming et svært aktuelt tema, og tidspunktet ble valgt ut fra at kvinnene innen den tid har en rimelig god bakgrunn for å svare på spørsmål om ammingen og fordi det rent praktisk faller sammen med barnas seks-ukerskontroll hos helsestasjonslege. Amming er et bredt tema som vi har avgrenset til å gjelde erfaringer og veiledning, kunnskap, holdninger og motivasjon.

Problemstillingen ble:

Hvordan er situasjonen blant kvinner seks uker postpartum med hensyn til erfaringer og veiledning, kunnskap, holdninger og motivasjon i forhold til amming?

Foruten å finne svar på problemstillingen, så vi denne oppgaven som en mulighet til å få øvelse i å lage spørreskjema, samle inn data og bearbeide statistisk materiale, samt søke etter og lese relevant litteratur. Oppgaven er en besvarelse i henhold til et obligatorisk prosjekt i profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø.

2.0 Materiale og metode

I perioden 29.10.03-11.03.04 gjennomførte vi en spørreundersøkelse om amming blant 96 kvinner som kom med barna sine til seks-ukerskontroll hos lege ved fem helsestasjoner. Spørreskjemaet (vedlegg 1) kartla erfaringer og veiledning, kunnskap, holdninger og motivasjon i forhold til amming.

For å utarbeide spørreskjemaet måtte vi opparbeide oss en kunnskapsbasis om amming. Dette gjorde vi i form av søk i litteratur, både fagbøker, forelesninger og aktuelle artikler på Internett, samt samtale med kvinner som hadde og som ikke hadde ammet. Ut av dette ble det skapt en idemyldring og forslag til aktuelle spørsmål på skjemaet. Prosessen frem til det endelige spørreskjemaet var omfattende med mange revideringer underveis både når det gjaldt selve spørsmålene og layout. Vi testet ut skjemaet på tre kvinner for å sjekke om spørsmålene var forståelige og passe omfattende.

Det ble utarbeidet en skriftlig forespørsel om å delta i forskningsprosjektet vårt (vedlegg 2). Forespørselen ga informasjon om hvem som stod bak prosjektet, hensikten med undersøkelsen og det praktiske ved gjennomføringen. Det var frivillig å delta og det ble informert om at man ikke måtte besvare alle spørsmålene. De prosjektansvarlige kjente ikke deltakernes identitet. Det hadde ingen konsekvenser for den enkelte at man ikke ønsket å delta. Skjemaet skulle besvares uten navn, og av den grunn ville ikke de innleverte opplysningene kunne bli slettet selv om deltakeren skulle ombestemme seg. Opplysningene ble behandlet konfidensielt. Utfylte skjema ble regnet som samtykke om deltakelse.

Regional komitè for medisinsk forskningsetikk Nord-Norge (REK Nord) hadde ingen innvendinger mot prosjektet (vedlegg 3).

Vi kontaktet et utvalg helsestasjoner for å få vite om de hadde mulighet til å bidra i gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Da noen av helsestasjonene var med på en landsomfattende spørreundersøkelse om morsmelk og amming, kunne vi ikke belaste disse med vårt prosjekt i tillegg. Fem helsestasjoner ble med på undersøkelsen; Sentrum, Tromsdalen og Langnes helsestasjon i Tromsø, samt Finnsnes og Sortland helsestasjon. Sekretærene på de respektive helsestasjonene fikk veiledning av oss om hvordan

spørreundersøkelsen kunne gjennomføres på en enkel og ryddig måte. De fikk blant annet veiledning i hvordan de skulle bruke et skjema for registrering av hvor mange kvinner som møtte med barn til seks-ukerskontroll på helsestasjonen og hvor mange av disse som ble spurt om å være med på undersøkelsen. Totalt ble 114 kvinner spurt om å delta i spørreundersøkelsen, 14 takket nei (12%). Av 100 utdelte skjemaer ble 96 besvart, dvs at 84,2% av alle kvinnene som ble spurt, deltok i undersøkelsen. Vi kontaktet helsestasjonene underveis i undersøkelsesperioden og spurte hvordan det gikk med gjennomføringen av spørreundersøkelsen. I tillegg hadde våre samarbeidspartnere ved helsestasjonene mulighet til å henvende seg til oss dersom noe skulle være uklart. Vi distribuerte ut et ulikt antall skjemaer til helsestasjonene med bakgrunn i hvor hyppig de hadde seks-ukerskontroller.

Kvinner med barn til seks-ukerskontroll var målgruppen. For å sikre at hver kvinne bare ble spurt én gang, valgte vi å gjennomføre spørreundersøkelsen ved den kontrollen der barna blir undersøkt av lege. Barna går bare én gang til seks-ukerskontroll hos helsestasjonslege. Helsesøsterkontroll ble ikke valgt som utgangspunkt da kvinnene kan oppsøke helsesøster flere ganger.

Datamaterialet fra spørreskjemaene ble lagret og bearbeidet i dataprogrammet SPSS. Noen av spørsmålene ga mulighet for åpne svar, noe som viste seg å gi oss utfordringer når det gjaldt kategoriseringen. Vi løste dette ved å lese gjennom alle svarene og lage grunnleggende kategorier og passende kombinasjoner av disse ved behov (på noen spørsmål ble det brukt nesten kun grunnkategorier, på andre ble mange kombinasjoner nødvendig).

Vi kodet alle spørreskjemaene ved at en av oss noterte på det aktuelle skjemaet, mens den andre holdt orden på svarverdiene. Lagringen av svarene foregikk ved at den ene leste opp spørsmål og svar, den andre lagret hvert svar under det aktuelle spørsmålet, samtidig sjekket oppleseren at inntastingen ble riktig, og den som tastet, sjekket at opplesningen var riktig. Enkelte hadde avgitt svar som kunne tyde på at spørsmålet var misforstått, og noen få hadde av ukjente grunner svart på kun et par spørsmål i skjemaet. Tolkning av svarene krevde at vi hadde regler for de uklare svarene, for eksempel valgte vi å føre opp det yrket som hadde lengst utdanningstid dersom mer enn ett yrke var nevnt, samt lengste oppgitte ammetid dersom mer enn ett svar var gitt.

Rett etter at spørreundersøkelsen var satt i gang, ble vi gjort oppmerksom på en svakhet ved spørreskjemaet; helsestasjonen var ikke satt opp som alternativ til avkrysning under spørsmålet om hvor kvinnene hadde fått informasjon om amming. For å få kjennskap til dette, henvendte vi oss til helsestasjonene og stilte helsesøstrene to spørsmål:

1. Hvilke spørsmål om amming, morsmelk og melkeerstatning får dere fra kvinner som er til kontroll med spedbarn? (Vi tenker da på både ammende kvinner og de som av ulike grunner ikke ammer).
2. Hva spør og informerer dere kvinnene om angående amming, morsmelk og melkeerstatning?

3.0 Resultater

Informasjon fra skjemaet helsestasjonene fylte ut underveis, samt opptelling av antall besvarte skjemaer, gir tallmaterialet som er gjengitt i tabell 1. Totalt ble 114 kvinner spurt om å delta i spørreundersøkelsen, 14 takket nei (12%). Av 100 utdelte skjemaer ble 96 besvart, dvs at 84,2% av alle kvinnene som ble spurt, deltok i undersøkelsen. I analysene inkluderte vi de kvinnene som hadde besvart spørsmålet om hvorvidt de var første- eller flergangsfødende; 91 kvinner oppga paritet.

3.1 Helsestasjonenes veiledning om amming

Helsestasjonene svarte utfyllende på spørsmålene om hvilken informasjon helsesøstrene gir om amming, morsmelk og melkeerstatning. I hovedsak snakket de med kvinnene om brystenes anatomi og fysiologi, ammingens betydning for barnet med særlig vekt på ernæringsverdi, ammingens betydning for mor, ammeteknikk og tekniske hjelpemidler, ammetidspunkter i løpet av døgnet og varighet av hvert måltid, bruk av morsmelkeerstatning, anbefalt lengde på ammeperioden (kun morsmelk og morsmelk kombinert med annen næring), bruk av rusmidler (med vekt på alkohol og røyking), spesielle matvarer mor bør unngå, forebygging av spesifikke problemer (f. eks. mastitt og såre brystvorter), samt kolikk. Veiledningen baserte seg på spørsmål fra kvinnene og den informasjonen som generelt ble gitt til alle kvinner, men også med utgangspunkt i spesielle behov hos den enkelte. Forøvrig ble veiledningen gitt ut fra anbefalingene fra Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF).

3.2 Bakgrunns karakteristika ved kvinnene (tabell 2)

I alt 39 kvinner (42,9%) var førstegangsfødende, mens 52 (57,1 %) hadde født tidligere. Fem kvinner, det vil si 5,2% av de 96 kvinnene som deltok i undersøkelsen, hadde ikke oppgitt paritet og er ekskludert fra analysene våre.

Det var flest kvinner i aldersgruppen 30 år og eldre. Gjennomsnittsalderen var 27,1 år (18-40 år) for førstegangsfødende og 31,9 år (20-41) for flergangsfødende. Gjennomsnittsalderen var litt varierende mellom helsestasjonene med høyest alder på kvinner som bodde i Tromsø, henholdsvis 28,3 år for førstegangsfødende (Tromsdalen) og 33,6 år for flergangsfødende (Langnes). Andelen førstegangsfødende ved de ulike helsestasjonene varierte mellom ca 30%

(Finnsnes) og 60% (Tromsdalen). De fleste av kvinnene (98,9 %) fødte ett barn ved siste fødsel, bare én kvinne hadde ikke svart på dette spørsmålet. På bakgrunn av oppgitt yrke ble utdanningslengden beregnet; ut fra disse beregningene kom det frem at 70% av kvinnene hadde utdanningslengde utover videregående skole, vel 18% var studenter, og i underkant av 13% var sykepleiere, inkludert helsesøstre og jordmødre. De fleste kvinnene bodde i by (92,2%), med den fordelingen er det ikke grunnlag for å uttale seg om forskjeller på kvinner fra by, tettsted og bygd.

3.3 Hvor lenge mor selv fikk morsmelk (tabell 3)

Litt mer enn halvparten av kvinnene oppga hvor lenge de selv hadde fått kun morsmelk. Av disse fikk vel 20% kun morsmelk i seks måneder eller lengre tid. Tre kvinner (ca 6%) hadde aldri fått kun morsmelk. I underkant av 50% hadde besvart spørsmålet om hvor lenge de fikk morsmelk totalt, nesten 30% hadde blitt ammet i mer enn ett år, to kvinner (ca 4%) var under én måned gamle ved avvenning.

3.4 Kvinnenes erfaringer og ønske om veiledning (tabell 4)

De fleste flergangsfødende hadde begynt å amme forrige barn; ammedekningen var 94%. Ingen kvinner hadde oppgitt grunner til å ikke begynne å amme. Kvinnene ble bedt om å oppgi gode og dårlige erfaringer fra forrige ammeperiode. Det var et spørsmål med åpne svar og mulighet for å svare mer enn ett alternativ, og svarene ble kategorisert i positive og negative erfaringer. Erfaringene omkring amming var mest positive. De vanligste gode erfaringene var at amming er overveiende positivt (46,3%), at morsmelk er et lettvinnt og sunt måltid (31,7%), samt at amming medfører kos, nærhet og trygghet (17,1%). Såre brystvorter, traumatisk start på ammingen og feil teknikk (14,6%), dessuten det å være sjenert, føle seg sosialt hemmet og at far blir tilsidesatt (12,2%) var de vanligste dårlige erfaringene.

Det ble ikke spurt om kvinnene hadde begynt å amme dette barnet, derfor vet vi ikke ammedekningen for denne ammeperioden og kan heller ikke si noe om hvorvidt det er forskjell på første- og flergangsfødende. Når det gjelder erfaringer fra denne ammeperioden, ble svarene inndelt i positive og negative erfaringer, og det var generelt mest positive erfaringer. De vanligste positive erfaringene første- og flergangsfødende kvinner har nevnt, er ro, kos og kontakt (42,9%), at morsmelk er et lettvinnt og sunt måltid (22,9%) og at amming er overveiende positivt (14,3%). Klare negative erfaringer er såre brystvorter, mastitt og

traumatisk ammestart (28,6%).

I underkant av halvparten, 48,5%, ønsket hjelp med ammingen forrige gang, hvorav 75% fikk hjelp. De fikk oftest hjelp av jordmor og barnepleier ved barselavdeling, samt helsesøstre ved helsestasjon. Under 10 % oppga at de ønsket ekstra veiledning i forkant av denne ammeperioden. For de som ønsket ekstra veiledning, var de mest interessante temaene ammeteknikk, det å komme i gang og forebygge såre brystvorter, faktorer som påvirker melkeproduksjonen, hvordan man vet at barnet er mett, samt allergiforebygging.

3.5 Kvinnenes kilder til kunnskap om amming (tabell 5)

I undersøkelsen vår kommer det frem at kvinnene leste en god del bøker og blad om amming i tillegg til at jordmødre, barnepleiere, venninner, deres egen mor og andre kvinner i familien var viktige. Forøvrig oppga nesten 40% egen mor som kilde til kunnskap om amming. Som én av de to viktigste kunnskapskildene, nevnte de fleste kvinnene bøker, egen mor, jordmor, barnepleier og helsesøster.

3.6 Kvinnenes antakelser om anbefalt lengde på ammeperioden og hvor lenge de planla å amme (tabell 6)

Kvinnene ble spurt hvor lenge de trodde det var anbefalt å amme. Over halvparten, ca 66%, anbefalte 6 måneder med kun morsmelk. Anbefalt antall måneder med kun morsmelk varierer fra 3 til 24 måneder. Når det gjelder total ammetid, anbefalte også over halvparten 12 måneder som laveste alder for avvenning. Nedre og øvre grense for hva de har anbefalt som avvenningstidspunkt, er henholdsvis 6 og 24 måneder.

På spørsmål om hvor lenge kvinnene hadde tenkt å gi kun morsmelk og hvor gammelt barnet skulle være før det skulle avvennes, kom det frem at planlagt ammetid var kortere enn det kvinnene visste var anbefalt. Under halvparten, 47,4%, planla seks måneder. Til sammenlikning oppga 66,3% at seks måneder var anbefalingen. 52,1% planla 12 måneder som tidligste avvenningsalder, mens 64,2% visste at 12 måneder er anbefalt som tidligste tidspunkt.

3.7 Kvinnenes holdninger til amming (tabell 7)

Hvor viktig kvinnene syntes ammingen er, ble kartlagt med hensyn til barnets og morens helse, samt kontakten mellom mor og barn. Et overveiende flertall mente at amming er svært viktig for barnets helse. Betydningen for morens helse ble oppgitt å være middels viktig for vel 50% og svært viktig for nær 40%. De aller fleste mente at amming er svært viktig for mor-barn-kontakten.

Flertallet av kvinnene, nær 70%, ville helst unngå morsmelkerstatning, mens ca 30 % kunne tenke seg å bruke erstatning av og til.

3.8 Kvinnenes motivasjon i forhold til amming (tabell 8)

Nærmest alle kvinnene var godt motivert for amming, ingen svarte at de var lite motiverte.

Som oppholdssted etter fødselen oppga de fleste barselavdeling, -hotell eller en kombinasjon av disse. Personalet på fødestedet hadde ifølge kvinnene betydelig innflytelse på motivasjonen for å amme; generelt oppga nær 80% at personalet i stor grad klarte å motivere dem, variasjonen var liten mellom de ulike oppholdsstedene etter fødselen. Av kvinnene på barselavdeling nevnte over 80% informasjon, praktisk tilrettelegging og motivasjon som fordeler ved å oppholde seg der etter fødselen. På barselhotellet var det å prøve og feile, ha frihet og privatliv og ha god tid og rolig omgivelser viktig for vel 85%.

3.9 Sammenlikning av første- og flergangsfødende

I analysene ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom første- og flergangsfødende med hensyn til erfaringer og veiledning, kunnskap, holdninger og motivasjon etter justering for mulige konfunderende faktorer som alder og utdanning.

4.0 Diskusjon

4.1 Undersøkelsens sterke og svake sider

- Spørreskjemaet ble testet ut underveis på tre kvinner. Det ble forsøkt å ha et enkelt og nøytralt språk.
- Medhjelperne på helsestasjonene fikk på forhånd veiledning i den praktiske gjennomføringen ved muntlig gjennomgang og en skriftlig utgave av instruksene sammen med et nødvendig skjema for registrering av antall spurte. Etter oppstart av spørreundersøkelsen, ble de kontaktet med spørsmål om hvordan gjennomføringen av spørreundersøkelsen gikk, og de hadde hele tiden mulighet for å henvende seg til oss.
- Medhjelperne på helsestasjonene kan ha gjort feil i den praktiske gjennomføringen, på grunn av utilstrekkelig / uklar instruks eller misforståelser som de enkelte er opphav til. Det kan dreie seg om følgende feil: Forespørsel rettet til kvinner med barn til andre kontroller enn seks-ukerskontroll hos lege eller til helsesøster-kontroll, innlevering av skjema på annet tidspunkt eller sted enn vi har tilrettelagt for (fire skjemaer kom ikke til rette igjen), unnlattelse av forespørsel (pga psykiske problemer hos kvinnen, antatt manglende språk- og kulturforståelse hos innvandrerkvinner, med mer), manglende registrering av forespørsel (særlig der svaret er nei), samt feil i registrering av antall seks-ukerskontroller totalt i den aktuelle perioden.
- Enkelte spørsmål kan være uklart formulert, tolkes på ulike måter eller ha urimelig begrensning. Spørreundersøkelsen kan helt eller delvis ha vært uforståelig for personer som ikke kan lese og skrive norsk eller er fra en kultur der man har en annen forståelse for amming. Spørreundersøkelsen kan, fordi amming er temaet, ha virket uaktuell for kvinner som av ulike grunner ikke ammet (ikke ønsket å amme, ikke fikk til å amme, ikke var biologisk mor, eller liknende), disse kan systematisk ha svart nei på forespørselen om å delta (seleksjonsbias).
- Svarprosenten var høy, 84,2%, noe som tyder på at undersøkelsen ble gjort på en motivert gruppe kvinner. Svarandelen på de enkelte spørsmålene varierte endel.

4.2 Bakgrunnskarakteristika ved kvinnene

Utvalget av kvinner er representativt for den kvinnelige befolkningen i Norge med hensyn på alder for førstegangsfødende og antall barn ved siste fødsel. På landsbasis var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende 27,9 år i 2003, og 98,1% av fødslene var enkeltfødsler (28).

4.3 Hvor lenge mor selv fikk morsmelk

At omtrent halvparten av kvinnene visste hvor lenge de selv ble ammet, kan kanskje tyde på at de er bevisste på tidligere anbefalinger sammenliknet med dagens og at de kan ha snakket med sine egne mødre om dette. Vi har ikke funnet noen andre undersøkelser på hvor mange kvinner som vet hvor lenge de selv ble ammet.

4.4 Kvinnenes erfaringer og ønske om veiledning

Ammedekningen, det vil si hvor mange kvinner som begynner å amme barnet sitt, var 94% i utvalget vårt. Ifølge Liestøl og medarbeidere (29) lå andelen norske kvinner som begynte å amme over 90% i hele perioden 1860-1984, vårt utvalget skiller seg dermed ikke fra trenden i Norge. Ammedekningen i verden er varierende, undersøkelser har vist: Thailand 99% (1993), Chile 97% (1993), Storbritannia 69% (2000) og Sverige 98% (etter 1990) (30), USA 71% (2001) (31), samt Kenya 95% (2000) (32).

Angående gode og dårlige erfaringer fra denne ammeperioden er svarprosenten lik for første- og flergangsfødende. De flergangsfødende hadde imidlertid en svarandel nær 80% på erfaringer fra forrige periode. Forskjellen kan tenkes å skyldes at de flergangsfødende allerede hadde uttalt seg om forrige ammeperiode og ikke syntes det var viktig å svare på spørsmål for den siste perioden.

Det er stor forskjell på svarprosenten på spørsmålet om de ønsket ekstra veiledning. Vel 60% uttalte seg om forrige ammeperiode, og da ønsket i underkant av halvparten hjelp med ammingen. Angående denne ammeperioden svarte vel 95%, men under 10% ønsket ekstra veiledning. Forklaringen kan være at endel flergangsfødende ikke husket hva de tenkte om dette da de ammet det forrige barnet og eventuelt vurderer behovet annerledes i ettertid. Det kan ha vært for tidlig for de fleste å si noe om behovet under denne ammeperioden, og kanskje noen ikke oppfattet at det ble spurt om behovet i forkant av denne ammeperioden.

4.5 Kvinnenes kilder til kunnskap om amming

Når det gjelder kilder til kunnskap om amming, skilte kvinnene i vår undersøkelse seg fra kvinnene i en undersøkelse gjort av Samir og medarbeidere blant 245 kvinner i Pennsylvania. I deres undersøkelse var familie, sykepleiere og leger, samt venner nevnt som de viktigste kildene til kunnskap om amming (1). Kvinnene i vårt utvalg vektla bøker og blad mye mer, men også de hadde helsevesen og familie som viktige kilder. Funnet kan være tilfeldig, eventuelt kan forklaringen være forskjell i leseferdighet eller utdanningsnivå.

Ut fra helsestasjonenes egenrapportering, kan man si at de bidrar med mye og allsidig informasjon angående amming. De temaene som kvinnene ønsket veiledning om samsvarer svært godt med det tilbudet helsestasjonene gir. Vi savner veiledning angående medikamentbruk hos mor og overgang til morsmelken, men dette kan også sees på som legens oppgave. Helsesøster ble nevnt som kilde av noen kvinner selv om dette ikke var en kilde nevnt på avkrysningslista der det, som nevnt, var bøker og jordmor som kom høyest opp.

4.6 Kvinnenes antakelser om anbefalt lengde på ammeperioden og hvor lenge de planla å amme

Kvinnenes kunnskaper om hva som er anbefalt varighet av ammeperioden, stemmer godt med anbefalingene. Svarprosenten på hva som ble antatt å være gjeldende anbefalinger var litt høyere enn for hvor lenge kvinnene selv hadde tenkt å amme, forskjellen kan bety at noen kvinner ikke hadde bestemt seg for hvor lenge de skulle amme. Anbefalingen er at barnet får morsmelk hele første leveår med introduksjon av fast føde fra 6 måneders-alderen. Dersom man av ulike grunner bruker morsmelkerstatning, brukes denne ut første leveår, deretter kan man gå over til kumelk (3).

Den perioden kvinnene hadde tenkt å amme sitt siste barn var kortere enn det de visste var anbefalt. Man vet fra tidligere at de fleste begynner å amme, men at det har variert mye hvor lenge ammingen har blitt opprettholdt. Liestøl og medarbeidere har i en oversikt vist at fra 1860 til 1920 ammet 70% av kvinnene fortsatt etter seks måneder, rundt 1965 var andelen 10%, deretter kom en stigning til ca. 50% i 1984 (29). Tilsvarende viste Andreassen og Bale i sin undersøkelse i Tromsø at andelen som ammet etter seks måneder var 57% og 74% i henholdsvis 1992 og 1997, samt 11% og 19% etter 12 måneder (33). Til sammenlikning ble

det i 2001 vist at i USA fikk 13,3% av barna kun morsmelk ved seks måneders alder, og ved 12 måneders alder fikk 16,1% morsmelk i kombinasjon med annen næring (31). I studien vår har vi dessverre ikke kartlagt hvor lenge forrige barn ble ammet, men planlagt ammetid er en faktor som tidligere har vært funnet å være positivt assosiert med ammetid (34). En rekke andre faktorer er vist å være positivt eller negativt korrelert med ammetid. Positive faktorer som kan nevnes er kvinnens alder og utdanning (34), paritet (35, 36), informasjon om amming under svangerskapet (37, 1), det at mor og barn kan ha døgnekontinuerlig samvær på barselavdelingen (38), samt tidlig oppstart av ammingen (39). Dårlige ammeerfaringer (37) og bruk av morsmelkerstatning den første måneden (40) er negative faktorer. I vår studie kunne vi ikke finne noen sammenheng mellom planlagt ammetid og faktorer som alder, utdanning og paritet.

4.7 Kvinnenes holdninger til amming

Hvor viktig kvinnene mener at amming er for barnets helse, deres egen helse og mor-barn-kontakten, sier noe om den generelle holdningen til amming og kommer trolig delvis an på hvor god kunnskap de har. Barnets helse og mor-barn-kontakten ble mest vektlagt av kvinnene, noe som er kjent fra tidligere (1).

Kvinnene ønsket generelt en restriktiv bruk av morsmelkerstatning; som nevnt ville nær 70% helst unngå erstatning, mens ca 30% kunne tenke seg å bruke erstatning av og til. På dette spørsmålet var svarandelen 100%. Selv om ingen kvinner i vår undersøkelse oppga årsaker til å ikke amme, er det mange årsaker som kan ligge til grunn for at ammingen ikke påbegynnes, eventuelt avsluttes tidlig (2, 9, 4, 41, 42) -det kan dreie seg om forhold ved moren, hensynet til barnet og tilstander hos barnet, samt sosioøkonomiske faktorer. Når det gjelder mor, kan flere faktorer nevnes; "hardmelkede bryster" på grunn av økt blodtilførsel og full oppstart av melkeproduksjon, brystvorter som er såre eller har avvikende form og størrelse, brystkirurgi, mastitt, feil ammeteknikk, samt stress og ulike psykiske tilstander. Adskillelse av mor og barn kan i seg selv gi opphold i ammingen og dermed problemer med å holde melkeproduksjonen i gang. Av hensyn til barnet kan sykdom hos mor, røyking, alkohol, medikamenter og narkotika gjøre ammingen problematisk. Tilstander hos barnet kan være en utfordring; leppe-ganespalte, Downs' syndrom og prematuritet kan nevnes. Holdninger til amming på offentlig sted og det å føle seg bundet til barnet gjennom ammingen kan gjøre det vanskelig å delta i sosiale sammenkomster og yrkesliv. Eide og medarbeidere kom i "Ammeundersøkelsen år

2000” frem til at brystkirurgi (reduksjon eller økning) og negativ ammeerfaring var de faktorene fødeenhetene oftest rapporterte som årsaker til at kvinnene henholdsvis ikke lyktes og ikke ønsket å amme (42).

4.8 Kvinnenes motivasjon i forhold til amming

De fleste kvinnene var godt motiverte for å amme. At personalet på fødestedet har stor betydning for motivasjonen er ikke vanskelig å tenke seg, og nettopp dette har kvinnene gitt uttrykk for. Det å få hjelp og oppmuntring i forhold til ammingen er for noen helt nødvendig, for eksempel hvis man er veldig sliten etter fødselen.

I tillegg til å spørre om fordelene ved fødestedet, skulle vi imidlertid også spurt om ulempene, spesielt med tanke på stressfaktorer. Stress er den hyppigste årsaken til at melkeproduksjonen avtar (41).

Stress i forbindelse med amming kan være avhengig av om kvinnen har født på sykehus, lokal fødestue eller hjemme. En kvinne kan selvsagt føle like mye stress i forhold til amming uansett hvor hun oppholder seg, det kan ha sammenheng med hvor mye stress hun aksepterer og hvordan hun takler det å få ansvar for et barn. På barselavdelingen på et sykehus kan kvinnene oppleve flersengs-rommene som belastende i og med at det er fremmede kvinner og barn der store deler av døgnet. I en spørreundersøkelse fra 1997 blant 1260 kvinner ved utskrivelse fra alle landets føde- og barselavdelinger kartla Nysæther og medarbeidere (43) blant annet årsaker til slitenhet i tida etter fødselen; 19% av kvinnene oppga uro om natten på grunn av andre som årsak, 4,8% oppga for mye besøk til andre. Uro på rommene som årsak til slitenhet ble også funnet i en studie av Gran og medarbeidere fra 2000 (44). Stress som utløses i forbindelse med uro på rommene kan resultere i vanskeligheter med ammeteknikken og opprettholdelse av melkeproduksjonen. Kvinnen kan kvie seg for å søke hjelp hvis hun trenger hjelp til stell av barnet eller har problemer med ammingen i og med at personalet har ansvar for mange kvinner og hun ikke vil være til bry, dette ble blant annet vist i en studie fra 1996 av Munthe-Kaas og medarbeidere (45). For kvinner på barselhotell på sykehus kan situasjonen bli en helt annen siden kvinnene har enerom og dermed mer ro og tid alene med barnet, de har også mulighet for veiledning fra jordmødre. Muligens kan kvinnen føle seg bedre ivaretatt på en lokal fødestue; hun kan føle at personalet har bedre tid til henne og kan skreddersy et opplegg, og dermed kan eventuelle ammeproblemer tas tak i tidligere. Ved

hjemmefødsel er kvinnen i hjemlige og trygge omgivelser, dermed kan hun føle mer ro i situasjonen, og hjemmebesøk av jordmor gir mulighet for veiledning. På den andre siden kan hjemmefødende kvinner være en selektert gruppe som i utgangspunktet har lettere for å amme av ulike grunner. Samtidig kan det være stress forbundet med andre barn, besøkende og husarbeid.

Gjennom spørreundersøkelsen har vi prøvd å finne ut noe om kvinnenes forhold til amming. Det ble kartlagt utvalgte bakgrunns karakteristika og hvor lenge de selv fikk morsmelk. Erfaringer og veiledning har vi fått informasjon om ved å spørre om hvorvidt de ammet forrige barn, om eventuelle problemer under denne og forrige ammeperiode og om behov for og tilbud om veiledning. Kunnskap var et felt hvor vi ønsket å stille mange spørsmål, men begrenset oss til hva de regnet som kunnskapskilder og hva de visste om anbefalingene for varighet av ammeperioden. Holdninger til amming fikk vi et inntrykk av ved å spørre om hvor lenge de planla å amme, hvor viktig de mente amming er, samt hvordan de stilte seg til bruk av morsmelkerstatning. Motivasjonen for å amme spurte vi direkte om, men fikk også kjennskap til dette indirekte ved å spørre om forhold ved oppholdsstedet etter fødselen.

5.0 Konklusjon

Omtrent halvparten av kvinnene visste noe om hvor lenge de selv ble ammet, de valgte i svært stor grad å amme barna sine, og de både ønsket og fikk veiledning om generelle temaer og spesifikke problemer underveis. De fleste hadde kunnskapen fra flere typer kilder –i hovedsak bøker og jordmor, og over halvparten visste de gjeldende anbefalingene for varighet av ammeperioden. Den perioden kvinnene hadde tenkt å amme sitt siste barn var kortere enn det de visste var anbefalt, men kvinnene så på amming som veldig viktig for barnets helse og mor-barn-kontakten, dessuten var det en restriktiv holdning til bruk av morsmelkerstatning. De aller fleste var godt motivert for å amme, og en stor andel syntes personalet og andre forhold ved fødestedet betydde mye for motivasjonen.

Tabeller

Tabell 1. Informasjon fra notatskjemaene

	Sentrum	Langnes	Tromsdalen	Finnsnes	Sortland	Totalt
Periode	29.10.03- 21.01.04	30.10.03- 18.12.03	30.10.03- 20.01.04	12.11.03- 21.01.04	06.11.03- 11.03.04	29.10.03- 11.03.04
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Spurte kvinner	35 (100,0)	21 (100,0)	21 (100,0)	16 (100,0)	21 (100,0)	114 (100,0)
Skjemaer levert til helsestasjon	30 (85,7)	20 (95,2)	20 (95,2)	15 (93,8)	15 (71,4)	100 (87,7)
Besvarte skjemaer	28 (80,0)	20 (95,2)	19 (90,5)	15 (93,8)	14 (66,7)	96 (84,2)
Kvinner med kjent paritet	26 (74,3)	20 (95,2)	19 (90,5)	15 (93,8)	11 (52,4)	91 (79,8)

Antall kvinner totalt som var med barn til seks-ukerskontroll fra og med første til og med siste dag da spørreundersøkelsen foregikk på helsestasjonen omfatter kun de kvinnene som var til kontroll med barnet og som det var skjema til den siste dagen. Vi har korrigert for dette der det har vært nødvendig.

Tabell 2. Bakgrunnskarakteristika ved kvinnene

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
Aldersgrupper (år)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
18-24	16 (41,0)	6 (11,5)	22 (24,2)
25-29	9 (23,1)	9 (17,3)	18 (19,8)
30+	14 (35,9)	37 (71,2)	51 (56,0)
Totalt	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)
Gjennomsnittsalder for fødsel ved de ulike helsestasjonene	År (spredning)	År (spredning)	År (spredning)
Sentrum	28,1 (18-35)	32,7 (27-41)	30,4 (18-41)
Langnes	27,5 (19-40)	33,6 (28-40)	31,8 (19-40)
Tromsdalen	28,3 (18-39)	33,0 (26-39)	30,3 (18-39)
Finnsnes	24,3 (20-31)	28,2 (20-35)	27,1 (20-35)
Sortland	24,0 (19-30)	31,5 (23-39)	28,1 (19-39)
Totalt	27,1 (18-40)	31,9 (20-41)	29,9 (18-41)
Fordeling i forhold til paritet	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Sentrum	13 (33,3)	13 (25,0)	26 (28,6)
Langnes	6 (15,4)	14 (26,9)	20 (22,0)
Tromsdalen	11 (28,2)	8 (15,4)	19 (20,9)
Finnsnes	4 (10,3)	11 (21,2)	15 (16,4)
Sortland	5 (12,8)	6 (11,5)	11 (12,1)
Totalt	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)
Utdanningslengde (år)	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
0-10 ¹	2 (5,2)	3 (5,8)	5 (5,6)
10-13 ²	5 (13,2)	17 (32,7)	22 (24,4)
14-17 ³	24 (63,2)	27 (51,9)	51 (56,7)
18 eller mer ⁴	7 (18,4)	5 (9,6)	12 (13,3)
Totalt	38 (100,0)	52 (100,0)	90 (100,0)

Utdanning¹Grunnskole²Videregående skole³Lavere grad universitet / høyskole inntil fire år⁴Høyere grad universitet / hovedfag på høyskole

Tabell 3. Hvor lenge kvinnene fikk morsmelk selv (kun morsmelk og morsmelk totalt)

	Paritet		
	Førstegangsfødende Antall (%)	Flergangsfødende Antall (%)	Alle Antall (%)
Hvor lenge mor selv fikk kun morsmelk (måned)			
<1	1 (5,0)	3 (9,4)	4 (7,7)
1-5	14 (70,0)	23 (71,9)	37 (71,1)
6	4 (20,0)	1 (3,1)	5 (9,6)
7-12	1 (5,0)	2 (6,2)	3 (5,8)
>12	-	3 (9,4)	3 (5,8)
Totalt	20 (100,0)	32 (100,0)	52 (100,0)
Hvor lenge mor selv fikk morsmelk totalt (måned)			
<1	-	2 (7,7)	2 (4,4)
1-11	13 (68,4)	17 (65,4)	30 (66,7)
12	1 (5,3)	3 (11,5)	4 (8,9)
>12	5 (26,3)	4 (15,4)	9 (20,0)
Totalt	19 (100,0)	26 (100,0)	45 (100,0)

Tabell 4. Kvinnenes erfaringer og ønske om veiledning

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Erfaringer fra forrige ammeperiode[†]			
Overveiende positivt	-	19 (46,3)	
Lettvint og sunt måltid	-	13 (31,7)	
Kos, nærhet og trygghet	-	7 (17,1)	
Annet positivt ¹	-	3 (2,4)	
Såre brystvorter, traumatisk start på ammingen og feil teknikk	-	6 (14,6)	
Sjenert, sosial hemmet og "pappa som nr 2"	-	5 (12,2)	
Annet negativt ²	-	10 (24,4)	
Andel som svarte		41 av 52	
Ekstra veiledning ved forrige ammeperiode			
Ønsket veiledning	-	16 (48,5)	
Totalt	-	33 (100,0)	
Erfaringer fra denne ammeperioden[†]			
Ro, kosestund og kontakt	8 (53,3)	7 (35,0)	15 (42,9)
Lettvint og sunt måltid	4 (26,7)	4 (20,0)	8 (22,9)
Overveiende positivt	1 (6,7)	4 (20,0)	5 (14,3)
God ammeteknikk		3 (15,0)	3 (8,6)
Annet positivt ¹	2 (13,3)	2 (10,0)	4 (11,4)
Såre brystvorter, herding av b.v., mastitt og traumatisk ammestart	6 (40,0)	4 (20,0)	10 (28,6)
Melkelekkasje	1 (6,7)	2 (10,0)	3 (8,6)
Mistet melken tidlig eller var bekymret for dette	1 (6,7)	1 (5,0)	2 (5,8)
Annet negativt ²	3 (20,0)	5 (25,0)	8 (22,9)
Andel som svarte	15 av 39	20 av 52	35 av 91
Ekstra veiledning ved denne ammeperioden			
Ønsket veiledning	5 (13,2)	2 (4,1)	7 (8,0)
Totalt	38 (100,0)	49 (100,0)	87 (100,0)

[†]Totalprosenten kan summere til mer enn 100% fordi hver kvinne kunne oppgi flere erfaringer.

Erfaringer fra forrige ammeperiode (flergangsfødende):

¹Følte at det var naturlig å amme, fulgte magefølelsen / kjerringråd og hadde et friskt barn under ammeperioden.

²Brystspreng, lite melk, luftsvelging, allergi (sensibilisering via morsmelk), dårlig oppfølging, pumpevansker, problemer med å få barnet til å ta flaske, tidlig oppstart med grøt, samt nattevåk.

Erfaringer fra denne ammeperioden (alle):

¹Enklere å amme nå enn ved forrige ammeperiode, følelse av å gjøre noe viktig, samt rask vektnedgang hos mor.

²Mas / stress, gulping, kolikk, ammetåke og svakhetsfølelse etter fødselen.

Tabell 5. Kvinnenes kilder til kunnskap om amming

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Kunnskapskilder[†]			
Bøker	32 (82,1)	32 (61,5)	64 (70,3)
Jordmor	34 (87,2)	28 (53,8)	62 (68,1)
Barnepleier	24 (61,5)	23 (44,2)	47 (51,6)
Venninner	17 (43,6)	22 (42,3)	39 (42,9)
Blad	18 (46,2)	21 (40,4)	39 (42,9)
Egen mor	22 (56,4)	14 (26,9)	36 (39,6)
Andre kvinner (enn mor) i familien	12 (30,8)	12 (23,1)	24 (26,4)
Svangerskapskurs	6 (15,4)	12 (23,1)	18 (19,8)
Internett	9 (23,1)	6 (11,5)	15 (16,5)
Lege	4 (10,3)	6 (11,5)	10 (10,9)
Andre kilder [‡]	3 (7,7)	6 (11,5)	9 (9,9)
TV og radio	1 (2,6)	6 (11,5)	7 (7,7)
Ammehjelpen	1 (2,6)	2 (3,9)	3 (3,3)
Andel som svarte	39 av 39	52 av 52	91 av 91

[†]Totalprosenten kan summere til mer enn 100% fordi hver kvinne kunne oppgi flere kunnskapskilder.

[‡]Av andre kilder var generelt utdanning, yrke og jobb, erfaring fra tidligere amming, samt helsesøster, viktigst.

Tabell 6. Kvinnenes antakelser om anbefalt lengde på ammeperioden (måneder) og hvor lenge de selv planla å amme

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Anbefaling for hvor lenge det bør gis kun morsmelk			
3-5	1 (2,9)	3 (6,2)	4 (4,8)
6	26 (74,3)	29 (60,4)	55 (66,3)
7-12	4 (11,4)	13 (27,1)	17 (20,5)
>12	4 (11,4)	3 (6,3)	7 (8,4)
Totalt	35 (100,0)	48 (100,0)	83 (100,0)
Anbefaling for hvor lenge det bør gis morsmelk totalt			
6-11	8 (22,9)	7 (15,2)	15 (18,5)
12	21 (60,0)	31 (67,4)	52 (64,2)
>12	6 (17,1)	8 (17,4)	14 (17,3)
Totalt	35 (100,0)	46 (100,0)	81 (100,0)
Planlagt tid for kun morsmelk			
3-5	4 (11,4)	12 (27,9)	16 (20,5)
6	23 (65,7)	14 (32,5)	37 (47,4)
7-12	6 (17,2)	15 (34,9)	21 (26,9)
>12	2 (5,7)	2 (4,7)	4 (5,2)
Totalt	35 (100,0)	43 (100,0)	78 (100,0)
Planlagt tid for morsmelk totalt			
6-11	8 (24,2)	8 (20,0)	16 (21,9)
12	19 (57,6)	19 (47,5)	38 (52,1)
>12	6 (18,2)	13 (32,5)	19 (26,0)
Totalt	33 (100,0)	40 (100,0)	73 (100,0)

Tabell 7. Kvinnenes holdninger til amming

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
	Antall (%)	Antall (%)	Antall(%)
Hvor viktig kvinnene mente amming er for barnets helse			
Svært viktig	39 (100,0)	47 (92,2)	86 (95,6)
Middels viktig	-	4 (7,8)	4 (4,4)
Lite viktig	-	-	-
Totalt	39 (100,0)	51 (100,0)	90 (100,0)
Hvor viktig kvinnene mente amming er for morens helse			
Svært viktig	15 (38,5)	21 (40,4)	36 (39,6)
Middels viktig	21 (53,8)	25 (48,1)	46 (50,5)
Lite viktig	3 (7,7)	6 (11,5)	9 (9,9)
Totalt	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)
Hvor viktig kvinnene mente amming er for mor-barn-kontakten			
Svært viktig	35 (89,7)	47 (90,4)	82 (90,1)
Middels viktig	4 (10,3)	5 (9,6)	9 (9,9)
Lite viktig	-	-	-
Totalt	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)
I hvilken grad kvinnene ønsket å bruke morsmelkerstatning			
Ville helst unngå	26 (66,7)	35 (67,3)	61 (67,0)
Kunne godt brukes av og til	13 (33,3)	15 (28,8)	28 (30,8)
Ville bruke mest mulig	-	2 (3,9)	2 (2,2)
Totalt	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)

Tabell 8. Kvinnenes motivasjon i forhold til amming

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Motivasjon for å amme			
God	37 (94,9)	50 (98,0)	87 (96,7)
Middels	2 (5,1)	1 (2,0)	3 (3,3)
Liten	-	-	-
Totalt	39 (100,0)	51 (100,0)	90 (100,0)
Oppholdssted etter fødselen			
Barselavdeling	17 (43,6)	20 (38,5)	37 (40,7)
Barselhotell	15 (38,5)	21 (40,4)	36 (39,5)
Barselavd. og -hotell	7 (17,9)	6 (11,5)	13 (14,3)
Lokal fødestue	-	3 (5,8)	3 (3,3)
Hjemme	-	-	-
Ikke oppgitt	-	2 (3,8)	2 (2,2)
Totalt	39 (100,0)	52 (100,0)	91 (100,0)
I hvilken grad kvinnene mente at personalet ved barselavdelingen klarte å motivere dem til å amme			
Stor	15 (88,2)	15 (75,0)	30 (81,1)
Middels	2 (11,8)	4 (20,0)	6 (16,2)
Liten	-	1 (5,0)	1 (2,7)
Totalt	17 (100,0)	20 (100,0)	37 (100,0)
I hvilken grad kvinnene mente at personalet ved barselhotellet klarte å motivere dem til å amme			
Stor	11 (73,3)	15 (83,3)	26 (78,8)
Middels	3 (20,0)	1 (5,6)	4 (12,1)
Liten	1 (6,7)	2 (1,1)	3 (9,1)
Totalt	15 (100,0)	18 (100,0)	33 (100,0)
I hvilken grad kvinnene mente at personalet ved barselavdeling og -hotell klarte å motivere dem til å amme			
Stor	6 (85,7)	4 (66,7)	10 (76,9)
Middels	1 (14,3)	2 (33,3)	3 (23,1)
Liten	-	-	-
Totalt	7 (100,0)	6 (100,0)	13 (100,0)
I hvilken grad kvinnene mente at personalet ved den lokale fødestuen klarte å motivere dem til å amme			
Stor	-	2 (100,0)	2 (100,0)
Middels	-	-	-
Liten	-	-	-
Totalt	-	2 (100,0)	2 (100,0)

†Totalprosenten kan summere til mer enn 100% fordi hver kvinne kunne oppgi flere fordeler.

Tabell 8 fortsetter. Kvinnenes motivasjon i forhold til amming

	Paritet		
	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	Alle
	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Fordeler ved opphold på barselavdeling etter fødselen[†]			
Informasjon, praktisk tilrettelegging og motivasjon	12 (75,0)	13 (92,9)	25 (83,3)
Prøving og feiling, frihet, privatliv, ro og god tid	5 (3,1)	1 (7,1)	6 (20,0)
Overveiende positivt	-	1 (7,1)	1 (3,3)
Kontakt med andre mødre og personalet	-	1 (7,1)	1 (3,3)
Andel som svarte	16 av 39	14 av 50	30 av 89
Fordeler ved opphold på barselhotell etter fødselen[†]			
Prøving og feiling, frihet, privatliv, ro og god tid	11 (73,3)	19 (95,0)	30 (85,7)
Informasjon, praktisk tilrettelegging og motivasjon	11 (73,3)	4 (20,0)	15 (42,9)
Overveiende positivt	-	1 (5,0)	1 (2,9)
Kontakt med andre mødre og personalet	1 (6,7)	-	1 (2,9)
Andel som svarte	15 av 39	20 av 50	35 av 89
Fordeler ved opphold på barselavdeling og deretter –hotell etter fødselen[†]			
Informasjon, praktisk tilrettelegging og motivasjon	7 (100,0)	4 (66,7)	11 (84,6)
Prøving og feiling, frihet, privatliv, ro og god tid	2 (28,6)	5 (83,3)	7 (53,8)
Kontakt med andre mødre og personalet	-	1 (16,7)	1 (7,7)
Andel som svarte	7 av 39	6 av 50	13 av 89
Fordeler ved opphold på lokal fødestue etter fødselen[†]			
Informasjon, praktisk tilrettelegging og motivasjon	-	2 (66,7)	2 (66,7)
Prøving og feiling, frihet, privatliv, ro og god tid	-	2 (66,7)	2 (66,7)
Overveiende positivt	-	1 (33,3)	1 (33,3)
Andel som svarte	-	3 av 50	3 av 89

[†]Totalprosenten kan summere til mer enn 100% fordi hver kvinne kunne oppgi flere fordeler.

Referanser

1. Samir A, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000; 106, 67.
2. Helsing, E. Boken om amming. Gyldendal Norsk Forlag AS, 1995 s. 53-173
3. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet: <http://www.sef.no>.
4. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim BI (red.). *Obstetikk*, 3. utgave. Gyldendal Akademisk, 2. opplag 2000 s. 162-275.
5. Beaudry M, Renée D, Sylvie M. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *The Journal of Pediatrics* 1995; 126: nr 2.
6. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a metaanalysis. *The American Journal of clinical nutrition* 1999; 70, nr. 4: 525-35.
7. Lawrence, Robert M og Ruth A. *Breastfeeding –a guide for the medical profession*, 5th ed. Mosby Inc., 1999.
8. Finne PH, Seip M. *Propedeutisk pediatri*, 12. utgave. Universitetsforlaget, 2001 s. 155.
9. Eide, IH. *Svangerskap, fødsel og barseltid* 6. utgave. Ad Notam Gyldendal AS, 1998 s. 215-22.
10. Mayer EJ, Hamman RF, Gay EC et al. Reduced risk of IDDM among breastfed children. *Diabetes* 1988; 37, 1625-32.
11. Virtanen SN, Rasanen L, Aro A et al. Infant feeding in Finnish children <7 yr of age with newly diagnosed IDDM. *Diabetes Care* 1991; 14: 415-17.
12. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1994; 17: 13-19.
13. Koletzko S, Sheerman P, Corey M et al. Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. *British Medical Journal* 1989; 298: 1617-18.
14. Rigas A, Rigas B, Glassman M et al. Breastfeeding and maternal smoking in the etiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in childhood. *Ann Epidemiol* 1993; 3: 387-92.
15. Lucas A, Brook OG, Morley R et al. Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease; randomised prospective study. *British Medical Journal* 1990; 300: 837-40.

16. Halken S, Host A, Hansen LG et al. Effect of allergy prevention programme on incidens of atopic symptoms in infancy. *Ann Allergy* 1992; 47: 545-53.
17. Saarinen UN, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346: 1065-69.
18. Messenger, M. Amme ditt barn. Gyldendal Norsk Forlag AS, 1983 s. 14-26.
19. Nylander, G.: http://www.helsenytt.no/artikler/morsmelk_flaskemelk.htm.
20. <http://www.mammanettet.com>.
21. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet* 1992; 338: 227-30.
22. Gray RH, Campbel ON, Apelo R et al. Risk of ovulation during lactation. *Lancet* 1990; 335: 25-9.
23. Labbock MH, Colie C. Puerperium and breastfeeding. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992; 4: 818-25.
24. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weightloss patterns during prolonged lactation. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1993; 58: 162-66.
25. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim BI (red.). *Gynekologi*, 2. utgave. Gyldendal Akademisk, 2. opplag 2000 s. 149-95.
26. Rosenblatt KA, Thomas DB, WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol.* 1993; 22: 192-97.
27. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breastcancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 81-87.
28. Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no>.
29. Liestøl K, Rosenberg M, Walløe L. Breastfeeding practice in Norway 1860-1984. *J Biosoc Sci* 1988; 20: 45-58.
30. http://www.who.int/nut/db_bfd.htm.
31. Li R, Darling N, Maurice E, Baker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005; 115: 31-7.
32. Onyango AW. Breastfeeding and growth in rural Kenyan toddlers. *Adv Exp Med Biol* 2000; 478:151-62.
33. Andreassen M, Bale M, Kaaresen PI, Dahl LB. Amming i Tromsø før og etter mor-barn-vennlig initiativ. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2001; 121: 3154-8.
34. Cox DR, Oakes D. *Analysis of survival data*. London: Chapman and Hall, 1984.

35. Ford K, Labbok M. Who is breastfeeding? Implications of associated social and biomedical variables for research of the consequences of method of infant feeding. *American Journal of Clinical Nutrition* 1990; 52: 451-6.
36. Piper S, Parks PL. Predicting the duration of lactation: Evidence from a national survey. *Birth* 1996; 23: 7-12.
37. Rom AK. Ammefrekvens i Tromsø –hvilke forhold kan påvirke frekvensen? *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening* 1981; 27: 1507-11.
38. Lindenberg CS, Artola RC, Jimenez V. The effect of early postpartum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breastfeeding. *Int Journal Nurs Stud* 1990; 27: 179-86.
39. Bernard-Bonnin AC, Stachtchenko S, Girard G, Rousseau E. Hospital practices and breastfeeding duration: A metaanalysis of control trials. *Birth* 1989; 16: 64-6.
40. Vogel A, Hutchinson BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Pædiatr* 1999; 88: 1320-6.
41. Monsen ALB. *Pediatri*. Universitetsforlaget, 1999 s. 51.
42. Eide I, Heiberg E, Helsing E, Pape KP. Ammeundersøkelsen år 2000; Mor, barn og materutiner ved norske fødeenheter i perspektiv 1973-2000. *Helsetilsynet* 2003.
43. Nysæther H, Bærug A, Nylander G, Klepp KI. Barna inne natt og dag –er barselkvinnene fornøyde? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2002; 122: 1206-09.
44. Gran ME, Eskild DA, Opjordsmoen S, Schei B. Barselomsorg –søvn, hvile og tilfredshet. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2000; 120: 1405-9.
45. Munthe-Kaas B. Undersøkelse på mor-barn-vennlig barselavdeling: Søvn og hvile er en mangelvare. *Jordmorbladet* 1996; 1: 24-5.

Vedlegg 1

Spørreundersøkelse om amming

Dato for utfylling av spørreskjemaet:

Din bakgrunn

Alder: år

Yrke:

Bosted: By Tettsted Bygd

Generelle spørsmål

Hvor mange barn fødte du denne gangen?barn

For deg som fødte på sykehus: Var du på **barselavdeling** eller **barselhotell**? (Sett kryss)
Nevn kort én eller to fordeler du ser i forhold til amming ved å være der du var, enten
barselavdeling eller barselhotell.

.....
.....

For deg som fødte på fødestue: **Nevn kort én eller to fordeler** du ser i forhold til amming ved
å føde på fødestue

.....
.....

For deg som fødte hjemme: **Nevn kort én eller to fordeler** du ser i forhold til amming ved å
føde hjemme

.....
.....

Erfaring med amming

Hvor lenge ble du selv ammet?

Jeg fikk kun morsmelk imåned

Jeg var måneder da jeg ble avvent fra brystet.

Er du førstegangsfødende? Ja Hvis "ja", gå rett til "Kunnskap, holdning og motivasjon....." Nei

Ammet du det forrige barnet? Ja Nei Hvis "nei", gå rett til "Kunnskap, holdning og motivasjon....."

Nevn eventuelle gode og dårlige erfaringer fra forrige ammeperiode

.....
.....

Dersom du under forrige ammeperiode hadde problemer i forhold til ammingen:

Ønsket du hjelp med ammingen? Ja Nei

Hvis du ønsket hjelp, fikk du det? Ja Nei

Hvis du fikk hjelp, hvem hjalp deg?.....

Kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming

Hvor lenge tror du det er anbefalt å amme?

Barnet bør få kun morsmelk i måneder

Barnet bør være måneder før hun/han avvennes fra brystet

Hvor viktig mener du at amming er for helsen til barnet? (Sett ett kryss)

Lite viktig Middels viktig Svært viktig

Hvor viktig mener du at amming er for din helse? (Sett ett kryss)

Lite viktig Middels viktig Svært viktig

Hvor viktig mener du amming er for mor-barn-kontakten? (Sett ett kryss)

Lite viktig Middels viktig Svært viktig

I hvilken grad ønsker du å bruke morsmelkerstatning? (Sett ett kryss)

Vil helst unngå Kan godt brukes av og til Vil bruke mest mulig

Hvor har du fått kunnskap om amming fra? (Sett kryss på passende alternativer)

Din egen mor

Svangerskapskurs

Andre kvinner (enn egen mor) i familien

Bøker

Venninner

Blader

Lege

Internett

Jordmor

TV/radio

Barnpleier

Andre kilder (hvilke).....

Ammehjelpen

Nevn de to viktigste informasjonskildene i forrige spørsmål:

For deg som nylig fødte på sykehus/fødestue: I hvilken grad motiverte personalet, gjennom holdning og veiledning, deg til å amme?

Liten Middels Stor

I forkant av denne ammeperioden, var det noe du ønsket å få ekstra veiledning om?

Ja Nei

Hvis ja, hva ønsket du ekstra veiledning om?

.....
.....

For deg som ikke begynte å amme: Hva var årsaken(e)? (Du trenger ikke å svare på spørsmålene under)

.....
.....

For deg som begynte å amme: Hvor motivert var du for å amme? (Sett ett kryss)

Lite Middels Godt

Dersom du fortsatt ammer barnet ditt, hvor lenge har du tenkt å amme?

Jeg har tenkt å gi barnet kun morsmelk i måneder

Jeg har tenkt å avvenne barnet fra brystet når han/hun er måneder gammel

Dersom du har sluttet å amme barnet ditt, hvor lenge ammet du?

Jeg ga barnet kun morsmelk i måneder

Jeg avvenne barnet fra brystet da han/hun var måneder gammel

Nevn eventuelle gode og dårlige erfaringer fra denne ammeperioden

.....
.....

Takk for at du ville delta!

Vedlegg 2

Forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt

I forbindelse med 5.årsoppgaven for medisinerstudenter ved Universitetet i Tromsø, gjør vi en spørreundersøkelse for å kartlegge erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming. Ved denne skriftlige henvendelsen formidlet av personalet på helsestasjonen, spør vi mødre med barn på (ca) 6-ukerskontroll om å delta i vår spørreundersøkelse om amming. De forespurte skal ikke gi personalet svar på om de vil delta etter å eventuelt ha tatt imot et spørreskjema. Regional komitè for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge, har ikke noen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Det er frivillig å delta, og det er ikke krav om at alle spørsmålene skal besvares. De prosjektansvarlige kjenner ikke deltakernes identitet, og det har ingen konsekvenser for deg om du ikke ønsker å delta. Skjemaet skal besvares uten navn, og av den grunn vil ikke innleverte opplysninger kunne slettes selv om deltakeren skulle ombestemme seg. Opplysningene blir behandlet konfidensielt. Utfylt skjema regnes som samtykke om deltakelse og skal legges i en konvolutt og leveres i en oppsamlingsboks på den helsestasjonen man er tilknyttet.

Hilsen

Merethe Kumle (Lege, Dr.med), Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø/
Medisinsk Genetikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge, tlf. 77 64 48 84

Ingvild Eliassen (Medisinerstudent)

Ida Bentzen (Medisinerstudent)

Vedlegg 3

- Søknad til REK
- Oppdatering av søknad
- Svar fra REK (1-4)

De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk

Prosjektnummer:

Skjema for etisk vurdering av forskningsprosjekter som vedrører forsøkspersoner/pasienter/klienter/informanter

Søknaden sendes til komiteen i den helseregion hvor prosjektleder har sin arbeidsplass.

Dette skjemaet er tilrettelagt for elektronisk utfylling i MS Word 6.0 eller senere versjoner. For å gå fra felt til felt i skjemaet benyttes tabulator-tast, mus eller Page Up – Page Down. Alle felt er dynamiske og utvider seg etter antall linjer som skrives inn. Vennligst skriv i min. 12 pkt. skrift. Felter med avkrysningsbokser slås på eller av ved å benytte mellomrom-tast eller mus. Ferdig utfylt skjema skrives ut før det signeres av prosjektleder. Skjemaet lagres på egen PC på samme måte som vanlige Word-dokument. Ved lagring anbefales det å endre dokumentets navn (f.eks. i overensstemmelse med prosjektets tittel).

Alle felt som har relevans for prosjektet skal fylles ut. **Rubrikkene nr. 5, 6, 9, 15 skal besvares.** Prosjektet blir ikke vurdert før disse opplysningene foreligger. Sakspapirer skal ikke innsendes på faks eller som vedlegg til e-post.

Det gjøres oppmerksom på at offentlighetsloven er gjort gjeldende for komiteenes virksomhet fra 1. juli 2001.

1. Tittel

Forskningsprosjektets tittel (kort formulering på norsk) og evt. protokollidentifikasjon:

Erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming blant kvinner som har født ved UNN

2. Prosjektleder

Etternavn, fornavn Kumle, Merethe		Akademisk grad/utdanning: Dr.Med/lege	Stilling: Post.dok/assistentlege
Arbeidssted: ISM, UiTø/Med.Genetikk, UNN		Adresse:	E-post: merethe.kumle@ism.uit.no
Postnr.: 9037	Poststed: TROMSØ		Tlf.: 77644884 Faks: 77644831
Medarbeidere (navn, tittel, stilling, arbeidssted): Eiliv Lund, Professor Dr.med, ISM, UiTø Ved studentprosjekter oppgis navn på den student som skal gjennomføre prosjektet: Ida Bentzen og Ingvild Eliassen, medisinerstudenter, Medisinsk fakultet, Universitetet i Tromsø			
Prosjektomfang: Enkeltinstitusjon <input checked="" type="checkbox"/> Nasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/> Internasjonal multisenterstudie <input type="checkbox"/>			

Region Øst:
Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Postadresse: PB 1130, Blindern, 0318 Oslo
Besøksadresse: Frederik Holsts Hus/ Ullevål terrasse Ullevål sykehus
Telefon: 22 84 46 67
Faks: 22 84 46 61

E-post:
i.s.nyquist@medisin.uio.no

Region Sør:
Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Postadresse: PB 1130, Blindern, 0318 Oslo
Besøksadresse: Frederik Holsts Hus/ Ullevål terrasse Ullevål sykehus
Telefon: 22 84 46 66
Faks: 22 84 46 61

E-post:
rek-2@medisin.uio.no

Region Vest:
Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Postadresse: Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet, PB 7800, 5020 Bergen
Besøksadresse: Harald Hårfagresgate 1, 5007 Bergen
Telefon: 55 58 20 84
Faks: 55 58 96 82
E-post: rek-3@uib.no

Region Midt-Norge:
Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Postadresse: Kreftbygget 5. etg St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim 7006 Trondheim
Besøksadresse: Kreftbygget 5.etg, St.Olavs Hospital
Telefon: 73 86 71 52 / 73 86 97 49
Faks: 73867289

E-post: rek-4@medisin.ntnu.no

Region Nord-Norge:
Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Postadresse: Universitetet i Tromsø Det medisinske fakultet 9037 Tromsø
Besøksadresse: MH-bygget, Breivika
Telefon: 77 64 48 76/ 77 64 46 01
Faks: 77 64 53 00
E-post: rek-nord@fagmed.uit.no

3. Oppdragsgiver/sponsor

Fullstendig navn: Ikke aktuelt	Adresse:	Tlf.: Faks:
Kontaktperson: Ikke aktuelt	E-post:	

4. Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelsen må gis en alminnelig og forståelig språkform på norsk. Det må redegjøres kort for hensikt, hypotese, metode, tidsrom og prinsipper for utvalgelse av forsøkspersoner/informanter og aldersgrupper. Det er ikke tilstrekkelig å henvise til protokoll. Forsøksprotokoll og evt spørreskjemaer etc skal vedlegges.

Prosjektet er planlagt som 5. årsoppgave for studentene Ida Bøntzen og Ingvild Eliassen, kull -00 ved det Medisinske fakultetet i Tromsø. Prosjektet vil bli gjennomført i perioden oktober 2003- januar 2004 der ca 6 uker er avsatt til datainnsamling i form av en spørreskjemaundersøkelse.

Tema for prosjektet er amming. Ved hjelp av innsamlede data fra et spørreskjema skal vi studere erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming blant mødre som har født ved UNN.

Problemstilling: Hvordan er situasjonen blant mødre som har født ved UNN med hensyn til deres erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming?

Metode/arbeidsform: Med utgangspunkt i et enkelt spørreskjema (vedlagt) vil kvinner som nylig har født ved UNN bli spurt om amming. Spørsmålene går i hovedtrekk inn på:

- bakgrunn om mor
- eventuelle erfaring med amming av tidligere barn
- kunnskap om amming
- holdning til ulike aspekter ved amming
- motivasjon for den kommende ammeperioden

For å kunne gjennomføre spørreundersøkelsen er det nødvendig å vite hvor mange som har fått mulighet til å delta og hvor mange av disse som har deltatt (svart på og levert skjemaet), i tillegg må vi vite hvor mange som har født i perioden.

Gjennomføringen vil i praksis foregå ved at: 1) Studentene henvender seg til en faglig ansvarlig ved UNN som har oversikt over hvem som har født f. eks det siste døgnet og hvor disse befinner seg (barselavdeling eller -hotell) 2) Denne personen henvender seg til kvinnene. De som vil delta, fyller ut et spørreskjema om amming. Utfylling av skjemaet regnes som samtykke. Skjemaet leveres anonymt i lukket konvolutt på vaktrommet. 3) Kontaktpersonen informerer studentene om hvor mange som har fått mulighet til å motta skjemaet.

Forventet resultat/utbytte: I tillegg til å gi økte kunnskaper om kvinners erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming, vil prosjektet gi studentene erfaring med å gjennomføre et vitenskaplig prosjekt i form av planlegging av spørreskjema, innsamling av data og senere statistisk bearbeiding av det innsamlede materialet. Studentene får også mer erfaring om søking etter og lesing av vitenskaplig litteratur på feltet.

5. Vitenskapelig vurdering

Studier skal gjennomføres i henhold til god vitenskapelig standard, når det gjelder formål, nytte, viktighet, relevans og metode. Metodevalg, fremgangsmåte og effektmål må begrunnes.

Formålet med studiet er å øke kunnskapen om norske kvinners erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming. Studien er deskriptiv, og ved hjelp av et spørreskjema vil vi innhente informasjon om amming blant kvinner som har født og som fremdeles oppholder seg ved UNN.

Studien kan ses på som en oppfølging av intensjonene i prosjektet Mor-Barn-vennlig sykehus, der sykehusets rolle i kunnskapsformidling om amming stod sentralt. At norske kvinner ammer sine barn er ønskelig både ut fra et helseprespektiv og ut fra et mor-barn relasjons-perspektiv, denne type deskriptive undersøkelser som søker kunnskap på dette feltet, vil være nyttig for å bedre helsevesenets oppfølging av kvinner som skal amme.

Spørreskjemaene inneholder ikke opplysninger om navn og fødselsnummer, og all informasjon vil behandles konfidensielt. Det vil ikke bli foretatt noen form for koblinger til journal- og protokollopplysninger eller andre helseregistre, slike opplysninger skal vi ikke ha tilgang til. Fordi vi ikke har noen kobling mellom navn og spørreskjema, og derfor ikke vet hvem som svarer eller ikke, er det ikke mulig å foreta puring. Hvert skjema nummereres for vår egen del, men vi vil ikke kunne kople skjemaet til en kvinne fordi navn ikke oppgis.

6. Inklusjon av begge kjønn

Studier må dimensjoneres slik at det kan gjøres kjønnsesifikke analyser av resultatene. Dersom ikke begge kjønn inkluderes, må dette begrunnes. Ved inklusjon av fertile kvinner skal det redegjøres for evt bruk av prevensjon og prosedyrer ved uforutsett graviditet. Ved inklusjon av gravide må prosjektleder vurdere og beskrive mulige konsekvenser for kvinnen og for fosteret og redegjøre for hvilken oppfølging som er planlagt.

Fordi studien er deskriptiv, er det ikke krav til et spesielt antall deltagere. Som i alle epidemiologiske undersøkelser er det derimot svært viktig at man vet hvor mange det er mulig å spørre, hvor mange som ble spurt om å delta og hvor mange som deltok. Målgruppen er kvinner som har født ved UNN.

7. Klassifisering (hvis aktuelt, kryss av for mer enn én):

<p>Prosjektet er:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Grunnforskning <input type="checkbox"/> ■ Klinisk, anvendt forskning <input checked="" type="checkbox"/> ■ Bio- og genteknologisk forskning <input type="checkbox"/> ■ Utprøving av medisinsk utstyr <input type="checkbox"/> ■ Legemiddelutprøving <input type="checkbox"/> <li style="padding-left: 20px;">Utprøvningsfase: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> ■ Samfunnsmed./epidemiol. forskning <input checked="" type="checkbox"/> ■ Psykologisk forskning <input type="checkbox"/> ■ (Annen) samfunnsvitensk. forskning <input type="checkbox"/> <p>Prosjektet er:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Terapeutisk <input type="checkbox"/> ■ Ikke-terapeutisk <input checked="" type="checkbox"/> 	<p>Prosjektet omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Allerede registrerte data <input type="checkbox"/> ■ Friske personer <input checked="" type="checkbox"/> ■ Pasienter/syke <input type="checkbox"/> ■ Voksne <input checked="" type="checkbox"/> ■ Barn (under 18 år) <input type="checkbox"/> ■ Andre umyndige: ■ Kun kvinner/piker <input checked="" type="checkbox"/> ■ Kun menn/gutter <input type="checkbox"/> ■ Innsatte i fengsel <input type="checkbox"/> ■ Soldater <input type="checkbox"/> ■ Minoritetsgrupper <input type="checkbox"/> ■ Personer med redusert kompetanse for informert samtykke <input type="checkbox"/> ■ Fostre <input type="checkbox"/> ■ Lik <input type="checkbox"/> ■ Kun annet humant materiale <input type="checkbox"/> <p>Hvilken type:</p>
---	---

Begrunn antall forsøkspersoner/informanter. Når det er relevant, gjør rede for styrkeberegning.

For å øke sannsynligheten for å få et representativt utvalg av kvinnene som føder ved UNN vil vi foreta datainnsamlingen over en periode på ca 6 uker. Totalt føder 1400 kvinner pr år ved UNN, dvs ca 115 kvinner pr måned. Anslagsvis vil 100 få mulighet til å delta i undersøkelsen. Svarprosenten antas å være ca 70% , dette vil gi informasjon om amming fra totalt 70 kvinner.

8. Informasjon

Redegjør for hvordan forsøkspersonene/informantene rekrutteres og gis informasjon om prosjektet, dets formål, eventuelle risiki, rett til å avbryte o.a. (Skriftlig informasjon til forsøkspersoner, evt. annonser, brosjyrer, samt samtykkeerklæring skal vedlegges. Dersom bare muntlig samtykke innhentes, må dette begrunnes særskilt. Dersom forsøkspersonene omfatter mindreårige, umyndige og/eller andre som ikke kan gi bindende samtykke, må det begrunnes hvorfor disse skal inkluderes. Hvis samtykke ikke kan ivaretas, må det gis en utfyllende begrunnelse for hvorfor prosjektet anses etisk forsvarlig å gjennomføre).

Deltakerne i spørreundersøkelsen er kvinner som har født ved UNN. Kvinnene vil få en muntlig henvendelse og bli spurt om å de vil motta et spørreskjema om amming. Det er selvsagt frivillig å delta, og det har ingen konsekvenser for den enkelte å ikke delta. Opplysningene blir behandlet konfidensielt. Utfylte skjemaer kan leveres anonymt i en konvolutt i en oppsamlingsboks.

9. Etisk vurdering

Drøft etiske spørsmål som prosjektet reiser. Angi spesielt hvilke etiske betenkeligheter det er ved prosjektet og begrunn eventuelt hvorfor man kan se bort fra dem eller hvordan man kan redusere betydningen av dem.

Det er ikke noen etiske betenkeligheter ved denne spørreundersøkelsen.

Vil prosjektet bli utført i henhold til retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen eller andre relevante etiske retningslinjer? Hvis disse på noe punkt ikke følges, må dette begrunnes.

Prosjektet vil bli utført i henhold til Helsinki-deklarasjonen.

10. Prosjektleders og prosjektmedarbeideres forhold til forsøkspersonene/informantene

Redegjør for prosjektlederens forhold til forsøkspersonene/informantene (f.eks. lege/pasient, lærer/student, overordnet/underordnet)

Prosjektleder og studentene kjenner ikke deltakerne på forhånd.

11. Legemiddelutprøving

- Redegjør for utførte og planlagte studier og for hvor mange pasienter som er inkludert i tidligere faser av utprøvingen
- Grunngi dosevalg av studiepreparatet
- Grunngi valg av sammenligningspreparat og dosering av dette i forhold til studiepreparatet. Hvis sammenligningspreparatet er et annet enn standard behandling, må det begrunnes særskilt.
- Grunngi evt. hvorfor pasienter må tas av velregulert behandling
- Grunngi bruk av placebo

Ikke aktuelt

12. Risiko

- Redegjør for risiki, som f.eks. smerter, ubehag, psykiske påkjenninger, uhell, komplikasjoner, og for tiltak for å minske/forebygge disse.
- Redegjør for om metodene er klinisk etablert eller ikke. Hvis de er nye, hvordan har prosjektleder og medarbeidere tilegnet seg klinisk erfaring med dem?
- På hvilket grunnlag er risiko vurdert? (dyreforsøk, pilotstudie, klinisk erfaring, etc.)
- Beskriv hvordan komplikasjoner, bivirkninger, uventede hendelser, nye toksiske funn etc blir registrert

Ikke aktuelt

13. Forsikring

Forsøkspersonene/informantene er dekket av følgende forsikring ved eventuelle uhell eller komplikasjoner:

Pasientskadeerstatningsordningen

Særskilt forsikring

Produktansvarsloven

Forsikring ikke aktuelt (må begrunnes)

Dette er en spørreskjemaundersøkelse om erfaring, kunnskap, holdning og motivasjon i forhold til amming. Det vil ikke bli foretatt noen medisinske intervensjoner.

14. Beredskap

Redegjør for beredskap for oppfølging dersom grunnlaget for studien endres underveis, så som ved økt risiko, uventede hendelser, nye og/eller mer alvorlige bivirkninger. Drøft evt. behovet for interimanalyse og mulige tiltak, så som bruk av stoppgruppe, endring av design, endret informasjon til pasienter etc.

Ikke aktuelt

15. Honorering av forsøkspersoner/informanter og prosjektleder/medarbeidere

Redegjør for eventuell honorering/kompensasjon for forsøkspersonene/informantene

Ingen honorar eller kompensasjon til informantene.

Redegjør for økonomiske ytelser til prosjektleder og medarbeidere fra farmasøytisk industri eller utstyrsleverandører i forbindelse med planlegging og gjennomføring av prosjektet. Redegjør også for evt interessekonflikter for prosjektleder.

Vi mottar ikke noen form for økonomiske ytelser. Prosjektleder har ingen interessekonflikter i forbindelse med prosjektet.

16. Vurdering/godkjenning av andre instanser

Komiteen minner om at noen prosjekter også skal vurderes/godkjennes av eller meldes til andre instanser (evt. uttalelser vedlegges eller ettersendes):

	Er søkt/meldt	Er vurdert/godkjent av	Er ikke aktuelt
- Statens legemiddelverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Datatilsynet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Helsedepartementet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Sosial- og helsedirektoratet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Andre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

17. Publisering og sluttrapport

Vil prosjektleder publisere eller gjøre allment tilgjengelig negative så vel som positive resultater, i henhold til Helsinkideklarasjon? Dersom svaret er nei, må dette begrunnes særskilt.

I utgangspunktet er dette prosjektet en 5. årsoppgave for to medisinerstudenter ved Med.fak. Det vil være ønskelig med publisering av resultatene i Tidsskrift for Den norske legeförening etter at oppgaven er godkjent.

Forplikter prosjektleder seg til å sende inn melding til Regional komité for medisinsk forskningsetikk når prosjektet er avsluttet eller når det ikke blir slutført? Ved legemiddelutprøvinger er det tilstrekkelig at sluttrapport sendes Statens legemiddelverk.

Det forutsettes at et prosjekt forelegges komiteén på nytt, dersom det:

- A) under gjennomføringen oppstår uforutsette komplikasjoner,
- B) blir gjennomført endringer i de forutsetninger som komiteén har basert sin avgjørelse på, f.eks. skifte av prosjektleder.

Underskrift

Sted:

Tromsø

Dato:

01.10.2003

Prosjektleders underskrift:

Ida Bentzen og Ingvild Eliassen
Med. kull -00
UiTø

Tromsø, 01.10.03

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge

Ångående endringer i prosjekt

Vi viser til brev fra REK Nord datert 10.10.2003 hvor det i sluttvurderingen stod at det forutsettes at prosjektet forelegges på nytt dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetningene som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Det har oppstått en komplikasjon; vi får ikke gjennomført spørreundersøkelsen ved UNN på en tilfredsstillende måte. Derfor har vi bestemt oss for å gjennomføre spørreundersøkelsen blant mødrene som er til kontroll på helsestasjonen med barna seks uker etter fødselen. Vi har avtale med noen utvalgt helsestasjoner.

Bortsett fra at utvalget er endret og spørreskjemaet tilpasset dette, blir alt gjort slik det var planlagt sist vi hadde kontakt med REK Nord. Spørreskjemaet er vedlagt.

Vi ønsker å vite hvorvidt REK Nord fortsatt ikke har noen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Vennlig hilsen

Ida Bentzen og Ingvild Eliassen

Merethe Kumle
Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Deres ref.: 01.10.2003

Vår ref.: 200305524-2/IA Y/400

Dato: 08.10.2003

**P REK NORD 83/2003 ERFARING, KUNNSKAP, HOLDNING OG MOTIVASJON I
FORHOLD TIL AMMING BLANT KVINNER SOM HAR FØDT VED UNN —
TILBAKEMELDING FRA ETISK KOMITÉ**

Vi viser til skjema for etisk vurdering av forskningsprosjektet underskrevet av prosjektleder 01.10.2003, samt vedlagt spørreskjema.

Saken er vurdert av leder for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) 08.10.2003.

Komiteen har følgende merknader når det gjelder informasjonen om spørreundersøkelsen:

1. Det bør gå fram av overskriften i informasjonen at det dreier seg om en forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt.
2. Første setning bør skrives om og utdypes slik at man gir en bedre beskrivelse av bakgrunnen for og formålet med undersøkelsen, orienterer om hvem man spør (*ikke ber*) om å besvare spørreskjemaet, og informerer om på hvilken måte henvendelsen formidles, med en presisering av at de prosjektansvarlige ikke kjenner identiteten til de forespurte.
3. Det bør presiseres at undersøkelsen skal (*ikke bare kan*) besvares anonymt og at det av den grunn ikke vil være mulig å få allerede innleverte opplysninger slettet, selv om man skulle ombestemme seg.
4. Det bør presiseres at innlevering av utfylt skjema anses som samtykke til deltakelse i undersøkelsen.
5. Det bør presiseres at det ikke er noe krav om at alle spørsmål skal besvares.
6. Det bør oppgis telefonnummer og adresse for eventuell kontakt med de prosjektansvarlige.
7. Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) må nevnes med sitt rette navn.

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø, telefon 77 64 40 00, telefaks 77 64 53 00
Ingunn Ytrehus, førstekonsulent, direkte innvalg 77 64 48 76, e-post rek-nord@fagmed.uit.no <http://www.etikkom.no>

8. Vi gjør oppmerksom på at komiteen ikke er et forvaltningsorgan som godkjenner prosjekter eller gir tillatelse til at et forskningsprosjekt kan gjennomføres. Komiteen er et rådgivende organ, som vurderer hvorvidt det er etiske betenkeligheter ved gjennomføringen av et prosjekt. Henvisningen til komiteen må være i samsvar med komiteens vedtak. Dette vil, hvis komiteens merknader tas til følge, være at komiteen ikke har noen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Vi ber om prosjektleders skriftlige tilbakemelding med revidert informasjonskriv i ett eksemplar.

Tilbakemeldingen vil bli behandlet administrativt, med mindre det reises spørsmål som må legges fram for samlet komité.

Vennlig hilsen

Ingunn Ytrehus
førstekonsulent

Kopi: Ida Bentzen (idabe@student.uit.no)

Hei igjen,

det ser ut som dere har fått med dere det meste av komiteens merknader.

Men:

1. Formuleringen "Vi spør, ved muntlig henvendelse, ..." er misvisende på flere måter og må skrives om. Det er dere som skal spørre, men dere spør jo ikke muntlig. Dessuten skal det ikke stilles spørsmål som krever svar. Det må presiseres at forespørselen formidles gjennom ansatte ved Barselavdelingen og Barselhotellet. Det må også presiseres at mødrene ikke skal avgi noe svar på forespørselen til de ansatte. Det er et prinsipp at aktuelle deltakere i et forskningsprosjekt ikke skal avkreves et nei-svar på

en forespørsel om deltakelse og det er også et prinsipp at et evt samtykke til deltakelse skal gis direkte til forskerne, ikke til personer som står i en behandlingsrelasjon til de forespurte. De ansatte må bare levere ut forespørslene, med beskjed om at de som vil være med, fyller ut og leverer skjemaet i nærmere angitt boks. De må få beskjed om at de skal levere ut forespørselen til alle, uten å avkreve svar på forhånd. Formuleringen i informasjonsskrivet må gjenspeile dette.

2. Forkortelsen "ISM, UiTØ/Med.Genetikk, UNN" må skrives ut med fullstendige navn.

Vi trenger ikke ny underskrift fra veileder.

Mvh

Ingunn Ytrehus

Førstekonsulent

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD)

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Telefon 77644876 (a) 41638068 (m) 77657098 (p)

Telefaks 77645300 eller 77646151

<http://www.etikkom.no>

Merethe Kumle
Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

9037 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.: 200305524-6/IA Y/400

Dato: 10.10.2003

P REK NORD 83/2003 ERFARING, KUNNSKAP, HOLDNING OG MOTIVASJON I FORHOLD TIL AMMING BLANDT KVINNER SOM HAR FØDT VED UNN — SLUTTIVURDERING - KOMITEEN HAR INGEN INNVENDINGER MOT AT PROSJEKTET GJENNOMFØRES

Vi viser til e-post datert 09.10. og 10.10.2003 fra Ida Bentzen.

Tilbakemeldingen på komiteens merknader til prosjektet i brev av 08.10.2003 til prosjektleder og i e-post av 09.10.2003 til Ida Bentzen tas til etterretning.

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av aktuelle formelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Vennlig hilsen

Ingunn Ytrehus
Førstekonsulent

Kopi: Ida Bentzen (idabe@student.uit.no)

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE
REK NORD**

Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø, telefon 77 64 40 00, telefaks 77 64 53 00
Ingunn Ytrehus, førstekonsulent, direkte innvalg 77 64 48 76, e-post rek-nord@fagmed.uit.no <http://www.etikkom.no>

Ad. prosjekt 83/2003 om amming (sak 200305524). REK Nord har ingen innvendinger til endringene i prosjektet. Hilsen L. B. Dahl. leder REK Nord.

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Ingunn Ytrehus [mailto:ingunny@fagmed.uit.no]
Sendt: 20. oktober 2003 16:52
Til: Dahl Lauritz B
Emne: VS: Ångående endringer i prosjekt

Lasse, kan du ta deg av dette.

Du kan sende en mail til Ida B. med kopi til lillhs@fagmed.uit.no (så blir

det registrert på saken).

Få fram at det gjelder Sak 200305524 P-REK Nord 83/2003.

Ingunn

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Ida Bentzen [mailto:idabe@student.uit.no]
Sendt: 20. oktober 2003 13:14
Til: Ingunn Ytrehus
Emne: Ångående endringer i prosjekt

Hei!

Vi sender en liten oppdatering til REK Nord ang. prosjektet vårt og håper på snarlig tilbakemelding.