



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2022 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn (LANDSAM)

Faktorer som har betydning for amming blant skandinaviske kvinner – en rapid review

Factors that are important for breastfeeding among
Scandinavian women – a rapid review

Ingrid Fossum Sagbakken

Master i Folkehelsevitenskap

Forord

Etter to års studier ved NMBU skal masteroppgaven leveres. Dette markerer avslutningen på en fem år lang utdanning. Studietiden ved NMBU ble annerledes enn jeg hadde sett for meg. To år preget av Covid-19 førte til alt for lite tid på campus. Det har vært ganske spesielt å studere hjemmefra under en pandemi og etter hvert også krig. Dette har gjort at det jeg har holdt på med har virket mindre viktig i et folkehelseperspektiv. I Skandinavia er vi generelt opptatt av at amming er bra for folkehelsen. Det er imidlertid en kjensgjerning at barn i Skandinavia har generelt god helse uavhengig av om de er ammet eller ikke. Betydningen av amming er derfor kanskje mindre her enn i andre land, særlig utenfor Europa.

Samtidig har denne situasjonen bidratt til refleksjon over hvor heldig jeg er. Jeg har hatt mulighet til å studere det jeg er interessert i ved det universitetet jeg ønsker, i et fredelig land.

Tiden ved NMBU har vært svært lærerik. Mastergraden i Folkehelsevitenskap har gitt meg et bredere syn på helse. Jeg har hatt gode forelesere og mange spennende emner. Med utdanningsbakgrunn fra ernæringsfysiologi, er spedbarnsernæring et interessefelt for meg. Denne mastergraden har gitt meg muligheter til å se dette i et samfunnsperspektiv. Jeg setter stor pris på den friheten jeg fikk til å velge et tema jeg er interessert i.

Jeg ønsker å takke min veileder Marte Kjøllesdal for veiledning, kloke innspill og gode råd. Hun har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger, og vært svært tilgjengelig, noe jeg vet ikke er en selvfølge. En stor takk til Svanbjörg Dora Asudottir og Linn Benjaminsen Hølvold ved universitetsbiblioteket for veiledning og stor tålmodighet. Veiledningen deres har vært uvurderlig for denne oppgaven. Videre ønsker jeg å takke venner for kloke innspill, motiverende samtaler og gode råd underveis. Avslutningsvis takker jeg min mor for gjennomlesing.

Ingrid Fossum Sagbakken

Oslo, mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn

Morsmelk er den beste maten for barnet, og kan ha en positiv effekt på immunforsvaret. Det er ønskelig å opprettholde og øke andelen i befolkningen som ammer. Målet med denne oppgaven er å kartlegge faktorer som har sammenheng med amming og dermed oppnå en forståelse for hva som påvirker amming blant skandinaviske kvinner. På bakgrunn av dette er problemstillingen: *"Hvilke faktorer er det som har betydning for amming blant skandinaviske kvinner?"*.

Metode

Denne masteroppgaven baserer seg på en litteraturstudie. Rapid review ble ansett som en egnet metode for å kartlegge faktorer som kunne belyse tematikken og besvare problemstillingen innenfor de rammene som var gitt. Litteratursøket ble gjennomført i databasene Ovid Medline, Embase og Cinahl. Referansene ble gjennomgått og sortert etter forhåndsbestemte kriterier, før artikler som ble ansett som relevante for problemstillingen ble valgt ut for analyse og syntese.

Resultat

Litteratursøket resulterte i 708 treff og totalt 20 inkluderte artikler. Artiklene baserte seg på studier med både kvantitativt og kvalitativt design. Funnene er sortert med utgangspunkt i den sosiale helsemodellen, og etter identifiserte tema. Resultatene fra denne masteroppgaven antyder at ulike sosiale, kulturelle og miljømessige forhold påvirker hvorvidt kvinner ammer eller ikke, samt varigheten av denne. Blant disse er kvinnens utdannelsesnivå, alder, etnisitet og kulturell bakgrunn, og om hun er førstegangsfødende eller ikke. Holdninger til ammingen, sosial støtte og støtte fra helsepersonell kan også ha betydning. Det samme gjør kunnskap om amming og hvorvidt man er komfortabel med å amme i offentligheten.

Konklusjon

Sosiale, kulturelle og politiske forhold, levekår og individuelle sosioøkonomiske faktorer har betydning for amming blant skandinaviske kvinner. Sosiale nettverk og støtte, og individuelle faktorer synes å ha vesentlig betydning. I folkehelsearbeid er det viktig å ha kjennskap til disse faktorene. Det er behov for ytterligere forskning på sammenhenger mellom amming og individuelle livsstilsfaktorer.

Abstract

Background

Breast milk is the ideal food for an infant and can have a positive effect on its immune system. It is desirable to maintain and increase the proportion of the population who breastfeed. The purpose of this thesis is to map factors that have an impact on breastfeeding and thus gain an understanding of the underlying factors affects breastfeeding among Scandinavian women. On this basis, the research question is as follows: *"What factors are important for breastfeeding among Scandinavian women?"*.

Method

This master's thesis is based on a literature review. Rapid review was considered a suitable method for mapping factors that could shed light on the topic and answer the question within the framework of the thesis. Data collection was conducted in the databases Ovid Medline, Embase and Cinahl. The references were reviewed and sorted according to predetermined criteria, before articles that were considered relevant to the problem were selected for further analysis and subsequently synthesized.

Results

The literature search resulted in 708 results and a total of 20 included articles. The articles were based on studies with both quantitative and qualitative design. The findings are sorted according to the social health model, and by identified topics. The results of this master's thesis indicate that there is a multitude of social, cultural, and environmental conditions that affect whether women breastfeed or not, as well as the duration of this. Among these are the woman's level of education, age, ethnicity, and cultural background, and whether she is a first-time mother or not. Attitudes towards breastfeeding, social support and support from health professionals can also have an impact. The same goes for knowledge about breastfeeding and whether one is comfortable breastfeeding in public.

Conclusion

Social, cultural and political conditions, as well as living conditions and individual socio-economic factors are important for breastfeeding among Scandinavian women. Social networks and support, and individual factors seem to be of significant importance. In public health work it is important to have a strong understanding of these factors. There is a need for further research on the relationship between breastfeeding and individual lifestyle factors.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLING	2
2.0 BAKGRUNN.....	2
2.1 OM MORSMELK	2
2.2 OM AMMING	3
2.3 POLITISKE FØRINGER	4
2.4 DEN SOSIALE HELSEMODELLEN	5
2.5 FAKTORER SOM KAN HA BETYDNING FOR AMMING	7
2.5.1 Generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer	7
2.5.2 Levekår og sosioøkonomisk status	8
2.5.3 Sosiale nettverk.....	9
2.5.4 Individuelle livsstilsfaktorer	10
2.6 RELEVANT TEORI	12
2.6.1 Empowerment	12
3.0 METODE.....	12
3.1 VALG AV METODE.....	12
3.2 PRØVESØK	14
3.3 GJENNOMFØRING AV DET ENDELIGE SØKET	17
3.3.1 Identifisering	17
3.3.2 Screening.....	18
3.3.3 Utvelgelse.....	19
3.4 ETIKK.....	22
4.0 RESULTATER.....	22
4.1 KATEGORISERING AV FUNN	22
4.1.1 Data og demografisk informasjon.....	22
4.1.2 Metode og design.....	27
4.1.3 Artiklens bruk av teori.....	28
4.1.4 Antall deltakere, alder og etnisitet	28
4.1.5 Artiklens mål og tema	29
4.2 FUNN	31
4.2.1 Kvantitative funn.....	31
4.2.2 Kvalitative funn.....	37
5.0 DISKUSJON	43
5.1 DISKUSJON AV FUNN.....	43
5.1.1 Kvantitative funn.....	44
5.1.2 Kvalitative funn.....	51
5.2 METODEDISKUSJON	56
6.0 KONKLUSJON.....	61
6.1 HOVEDFUNN	61
6.2 IMPLIKASJONER FOR FOLKEHELSEARBEID	62
6.3 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING.....	63
6.4 KONKLUSJON	64
7.0 REFERANSELISTE	65
8.0 VEDLEGG	76
VEDLEGG 1	76
VEDLEGG 2	80
VEDLEGG 3	83

1.0 Innledning

Morsmelk og amming er gunstig for barns helse, og amming har også en positiv påvirkning på mors helse (1). Det er derfor ønskelig å opprettholde og øke andelen kvinner i befolkningen som ammer.

I Europa har de tre skandinaviske landene den høyeste andel mødre som ammer (2-5). Ammetrendene har variert, men studier viser at andelen skandinaviske barn som fikk noe morsmelk ved seks måneders alder har holdt seg på et relativt høyt nivå de siste ti årene (5-7). Spedkost 3, en undersøkelse fra 2020, hadde som formål å kartlegge kostholdet blant norske spedbarn (7). Undersøkelsen viste at 81 % av deltakerne fullammet barnet ved fire ukers alder, og 5 % ved 5,5 måneders alder. Tall fra den svenske Socialstyrelsen fra 2019 viser at 63 % av svenske spedbarn fikk noe morsmelk ved seks måneders alder (4). For Danmark mangler det tilsvarende tall, men data fra en dansk kommuneundersøkelse fra 2014 viser at cirka 61 % ble fullammet ved fire måneders alder og ca. 17 % ved seks måneders alder (5).

Flere samfunnsmessige forhold i Skandinavia legger til rette for at kvinner velger å amme. Retningslinjer og anbefalinger om amming fra myndighetene, og ordninger knyttet til å få barn, som muligheter til svangerskapspermisjon og amme-fri, kan være med på å forklare den høye andelen som ammer. Det er likevel potensiale til å øke andelen skandinaviske kvinner som ammer. Det er derfor relevant å se på andre faktorer som påvirker kvinnenes valg om å amme eller ikke. Disse faktorene kan være både individuelle og sosiale.

I flere studier har det blitt undersøkt hvilke faktorer som er av betydning for kvinners valg om å amme. Sosioøkonomiske faktorer som høyere utdannelsesnivå og høyere alder er forhold som har sammenheng med amming (8-10). Kontakt med helsepersonell gjennom svangerskapet påvirker hvorvidt kvinner begynner å amme og varigheten av ammingen (9-11). Kulturell og religiøs bakgrunn er også faktorer som har vist seg å være av betydning (9, 12). En studie viste at i land med høy inntekt kunne samfunnets holdning til amming i offentligheten påvirke valget om å amme (13). Et ønske om å amme samt støtte fra hjemmet spiller også en rolle. De overnevnte studiene omhandler kvinner fra en rekke ulike land, og er derfor ikke nødvendigvis representative for skandinaviske kvinner.

Hvorvidt kvinner velger å amme henger sammen med faktorer hos hver enkelt, deres sosiale nettverk og samfunnsforhold som fremmer eller hindrer amming. Tema for denne oppgaven er å kartlegge faktorer som har sammenheng med amming i en skandinavisk kontekst. Denne kunnskapen vil være viktig i arbeidet med å fremme amming, og gjennom dette, folkehelsen.

1.1 Målsetting og problemstilling

Målet med denne masteroppgaven er å kartlegge faktorer som har sammenheng med amming blant skandinaviske kvinner for dermed å oppnå en bred forståelse av hva som påvirker valget om å amme eller ikke. Kunnskap om hvilke barrierer kvinner møter når de skal amme, og hvilke faktorer som er viktige for at de velger å amme, vil være et utgangspunkt for å øke andelen som ammer, og hvor lenge de fortsetter å amme. Slik informasjon kan være relevant for blant annet helsepersonell som veileder og gir råd til kvinner i svangerskap og barsel, og på den måten bidra til mer målrettet veiledning i helsevesenet. En bred forståelse av hvorfor kvinner ønsker eller ikke ønsker å amme, har også betydning for hvordan samfunnet kommuniserer med og mot, samt veileder gravide og ammende kvinner.

På bakgrunn av dette er oppgavens problemstilling:

«Hvilke faktorer er det som har betydning for amming blant skandinaviske kvinner?»

Oppgaven vil se på faktorer som har betydning for amming, og om disse faktorene kan fremme amming. Oppgaven omhandler sosiale og individuelle faktorer, samt politiske aspekter som kvinner opplever har betydning for amming.

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet omtales først de gunstige helseeffektene av morsmelk og amming, samt utvikling av politikk og anbefalinger av betydning for amming i Norge (og Skandinavia) over tid. Deretter belyses den sosiale helsemodellen, som følges av en oversikt over ulike faktorer som kan være av betydning for amming. Til slutt presenteres relevant teori.

2.1 Om morsmelk

Morsmelk er den beste maten for barnet (1). Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at barnet ammes frem til det er to år, og gjerne lenger dersom mor og barn trives med dette (14). For å sikre gunstig vekst og utvikling, bør barnet fullammes de første seks månedene.

Fullamming betyr at barnet kun får morsmelk og et eventuelt tilskudd av vitamin D (15). Morsmelk inneholder alle næringsstoffene barnet har behov for, og næringsinnholdet endres i takt med barnets alder og behov (14, 15). Morsmelk kan derfor være eneste næringskilde de første seks månedene (15). Del-amming, at barnet får morsmelkerstatning og annen næring i tillegg til morsmelk, har også store helsegevinster. Sammenlignet med morsmelkerstatning, har morsmelk en rekke fordeler. Det er gratis, hygienisk, temperaturløst og krever ikke utstyr. Maten mor spiser vil sette smak på melken, som kan føre til at barnet introduseres for nye smaker ved amming (16). Barnets appetitt kan også reguleres gjennom morsmelkens naturlige innhold av hormoner (17).

Morsmelk fremmer kognitiv utvikling og består av en rekke komponenter som bidrar til å styrke immunforsvaret (14). Det beskytter barnet mot sykdom og kan bidra til raskere bedring. Det er dokumentert at morsmelk kan beskytte barnet mot mage – og tarminfeksjoner og luftveisinfeksjoner (1). Morsmelk kan også redusere risikoen for diabetes type 2 og hjerte – og karsykdom. Som nevnt inneholder morsmelk en rekke immunologiske komponenter, herunder bioaktive proteiner (18). Disse bidrar til å styrke immunforsvaret og kan se ut til å beskytte barnet mens barnets eget immunforsvar modnes. Morsmelkerstatning har ikke et naturlig innhold av slike biologisk aktive komponenter. Noen av proteinene er forsøkt tilsatt i erstatning, men har ennå ikke vist å ha tilsvarende effekt (19). Ytterligere studier på dette feltet er nødvendig.

2.2 Om amming

Begrepet «aming» kan defineres forskjellig. Det brukes både når barnet får melken direkte fra mors bryst og der barnet får morsmelk uten at det nødvendigvis ammes fra brystet (20, 21). Eksempler på det siste er der mor pumper morsmelk og gir barnet mat fra flaske, kopp eller på andre måter, eller der barnet mottar morsmelk fra melkebank eller andre mødre. I denne oppgaven vil begrepet begrenses til situasjoner der barnet får morsmelk fra brystet (eng: breastfeeding). Dette er for å tydeliggjøre oppgavens hensikt, som er å kartlegge hva som har sammenheng med, og kan fremme, amming. Oppgaven omhandler derfor ikke situasjoner der barnet har fått morsmelk på annen måte. I likhet med selve morsmelken, har amming en rekke helsefordeler for både mor og barn (1). Amming styrker tilknytningen mellom mor og barn og bidrar til å skape et emosjonelt bånd mellom dem. I tillegg kan vellykket amming bidra til å forebygge barseldepresjon (15). For mor kan ammingen redusere risikoen for brystkreft og eggstokkreft, samt bidra til vektreduksjon etter fødsel (14).

2.3 Politiske føringer

Politiske føringer på områder som er relevant for nybakte mødre, kan påvirke avgjørelsen om å amme. Retningslinjer og anbefalinger fra myndighetene, muligheter for lønnet og ulønnet permisjon og mor-barn-vennlige sykehus er viktige da de kan tilrettelegge og muliggjøre ammingen.

I 1989 lanserte WHO og UNICEF et tiltak kalt «The Baby-Friendly Hospital Initiative», som hadde til hensikt å bidra til at barsel – og fødeavdelinger implementerte WHOs 10 trinn for vellykket amming (22). De 10 trinnene består av retningslinjer og prosedyrer som kan bidra til å fremme amming, og må innfris for at en avdeling skal kvalifisere til å være «Baby-Friendly». Avdelingene skal sørge for dialog mellom den gravide, hennes familie og helsepersonell og sikre at personalet har nødvendig kompetanse, kunnskap og ferdigheter for å fremme amming. De ansatte skal bidra til at mor og barn får hud mot hud-kontakt etter fødsel, samt sørge for å støtte mor til å ta initiativ til – og opprettholde amming. Barsel – og fødeavdelingene bør føre en praksis der foreldre og barn får anledning til samvær døgnet rundt, samt får nødvendig informasjon, støtte og omsorg i forbindelse med og etter hjemreise. I dag anerkjennes initiativet verden over som god praksis for å fremme amming (5).

I Norge ble oppfølgeren, Mor-barn-vennlig initiativ, lansert i 1993 og er i dag en forventet standard av helsetjenesten (23). Trinnene er revidert, oversatt og tilpasset norske forhold. Hovedmålet er også her å fremme amming og sørge for at flest mulig mødre ammer. I Danmark eksisterer ikke dette initiativet lenger. Da det ble innført der, ble det utvidet slik at det dekket hele svangerskapet fra kvinnen ble gravid til barnet ikke lenger ble ammet (5). Slik var dette et effektivt utviklingsprogram, der formålet var at spedbarnsfamilier skulle få støtten de trengte, uavhengig av om mor ammet eller ikke. Selv om ikke initiativet lenger finnes, er dette fortsatt formålet med ammeveiledning. Sverige har i likhet med Norge publisert en svensk versjon av rådene fra WHO, som retter seg mot helse, fødsels – og barselomsorg og barnehelsetjenesten (24).

Ammefrekvensen i Norge har variert (2). På sekstitallet var holdningen at dersom man ikke fikk til å amme sine barn, var det ikke noe å gjøre med den saken. Kvinner lærte at barna skulle ammes til bestemte tider, gjerne hver fjerde time. Barna skulle heller ikke ammes på natten. Bunnivået var i 1967, da kun 15 % ble ammet ved seks måneders alder (3). Den lave frekvensen kan muligens ha sammenheng med at barna var adskilt fra mødrene mesteparten

av tiden på sykehuset. Da WHO's 10 trinn ble innført, ble dette annerledes. En av anbefalingene var at mor og barn ikke skulle adskilles mer enn nødvendig, og at det skulle tilrettelegges og oppmuntres til samvær 24 timer i døgnet (22). Ammehjelpen ble etablert i 1968, og ammehjelpere reiste rundt for å hjelpe andre kvinner med ammingen (2). Rundt syttitallet økte ammefrekvensen igjen etter flere år med mye bruk av morsmelkerstatning. Det er grunn til å tro at den økte frekvensen i amming har sammenheng med hjelp fra Ammehjelpen og de 10 trinnene.

Helsedirektoratet, den svenske Socialstyrelsen og Sundhetsstyrelsen i Danmark har alle retningslinjer og anbefaling om morsmelk og amming (1, 5, 25, 26). I likhet med WHO, anbefaler disse landene fullamming de første seks månedene og gjerne lenger. Mor kan gjerne fortsette med delvis amming ved siden av introduksjon av vanlig kosthold.

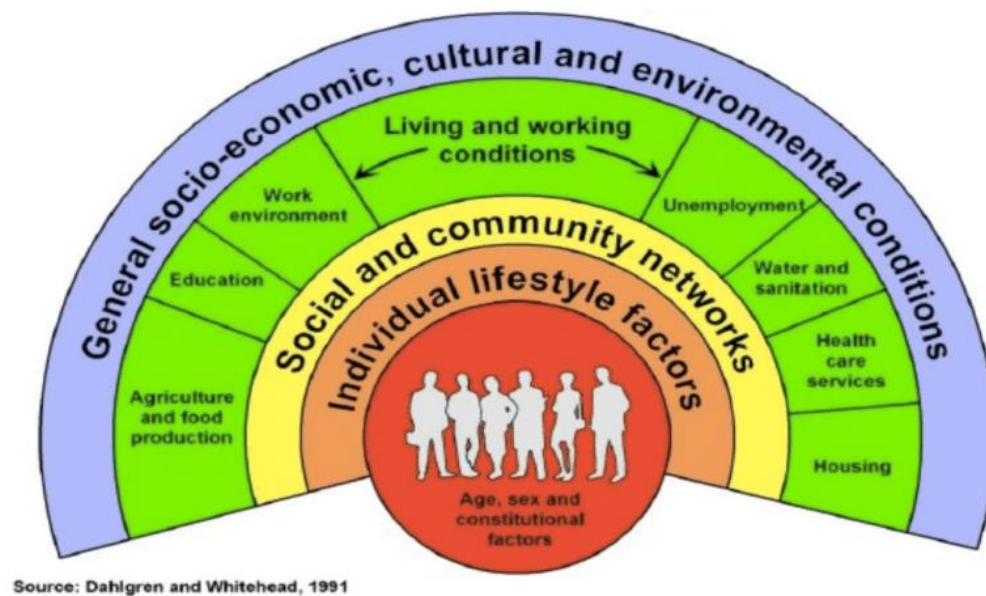
Alle landene har kompetansesentre – eller komiteer for amming: Nasjonalt kompetansesenter for amming i Norge, Nationella Amningskommittén i Sverige og Kompetencecenter for Amning, som er et prosjekt under den danske komiteen for Sundhetsoplysning (27-29). De tre deler samme overordnede mål: å støtte og fremme amming. Det danske Kompetencecentret for Amning tilbyr også kompetanseutvikling for helsepersonell, herunder tverrfaglig utdanning i amming, forsknings – og utviklingsprosjekter, kurs og nettverk (29). I Danmark eksisterte det tidligere et Videntcenter for amning, kalt Ammekomiteen, men dette ble nedlagt i 2008 da finansieringen fra den danske Sundhetsstyrelsen opphørte (30).

I Norge og Sverige eksisterer henholdsvis Ammehjelpen og Amningshjälpen, som skal gi informasjon, støtte, kunnskap, være rådgivende og fremme amming (31, 32). I Norge samarbeider Ammehjelpen tett med Nasjonalt kompetansesenter for amming, mens i Sverige inngår Amningshjälpen i den Nationella Amningskommittén (28, 31). Begge foreningene er partipolitisk uavhengige og drives av frivillige ammehjelpere. Retten til svangerskapspermisjon er hjemlet i lov i alle landene og kan bidra til at flere kvinner har muligheten til å amme (33-35).

2.4 Den sosiale helsemodellen

Den sosiale helsemodellen, eller helsedeterminant-modellen, er en modell utviklet av Whitehead og Dahlgren i 1991 (36). Denne illustrerer ulike forhold som kan påvirke individets og befolkningens helse og livskvalitet, se figur 1. Disse faktorene kalles

helse-determinanter. Helse-determinantene kan være forhold relatert til den enkelte eller dens sosiale relasjoner, levekår, kulturelle, økonomiske og politiske forhold i samfunnet. Lagene i modellen kan påvirke hverandre, og man kan se på det som en pil fra den ytterste til den innerste ringen. Modellens ytre lag omfatter generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold. Deretter følger levekår og arbeidsforhold, som inkluderer for eksempel utdanning, helsetjenester og boforhold. Den neste sirkelen omfatter sosiale nettverk, som familie og andre sosiale kretser. Den nest innerste sirkelen består av individuelle livsstilsfaktorer, som for eksempel røyking og fysisk aktivitet. Modellens kjerne viser til individets personlige egenskaper: kjønn, alder og andre arvelige og upåvirkelige egenskaper.



Figur 1: Den sosiale helsemodellen av Whitehead og Dahlgren (37).

Determinantene påvirker helsen gjennom hele livet, og samlet bidrar de til totalen av menneskets helsetilstand (36). Flere av determinantene er mulige faktorer som kan fremme eller hindre amming. Hensikten med denne oppgaven er ikke å kartlegge kvinners

helsetilstand, men modellen vil benyttes som et hjelpemiddel til å strukturere samt se på ulike lag av faktorer som kan være av betydning.

Amming er en individuell livsstilsfaktor, og påvirkes av de tre lagene utenfor. Under beskrives faktorer innenfor de ulike lagene som kan ses i sammenheng med amming.

2.5 Faktorer som kan ha betydning for amming

2.5.1 Generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer

Amming kan ikke anses som et fysiologisk fenomen alene, men antas også å være et kulturelt fenomen. Faktorer som samfunn, miljø og kultur må anerkjennes som viktige påvirkningsfaktorer. Kulturelle faktorer og holdninger ser ut til å påvirke ammingen og kan bidra til variasjoner i andelen som ammer i ulike land (9, 13, 38). I Storbritannia begynner 81 % av mødre å amme, mens 77 % av mødre i USA gjør det samme (13). Kvinnenes etnisitet er også en faktor. I studien fant man at det var mer sannsynlig at britiske kvinner med ikke-hvit bakgrunn begynte å amme enn kvinner med hvit bakgrunn. I USA var dette omvendt: det var mindre sannsynlig at kvinner med ikke-hvit bakgrunn startet å amme enn kvinner med hvit bakgrunn. Selv om frekvensen av ammende mødre i utgangspunktet er høy i disse landene, viser dette at det kan være stor variasjon i det enkelte land.

Kong og Lee undersøkte hvilke faktorer som påvirket beslutningen om å amme blant kvinner i Hong Kong (9). Majoriteten av deltakerne rapporterte at det var sosialt uakseptabelt å amme i offentligheten, og mange rapporterte at de følte seg ukomfortable med å amme foran andre, med unntak av ektemenn og helsepersonell. Dette er også et fenomen andre steder. Tall fra Italia og Spania viser at henholdsvis 56 % og 42 % mener at å amme offentlig ikke er passende, mens kun 8 % i Sverige mener det samme (13, 38). I Norge er det allment akseptert og vanlig å amme i offentligheten. På de fleste offentlige steder er det tilrettelagt for amming, med egne stellerom eller steder å amme. Funnene kan tyde på at å amme i offentligheten er tabubelagt i visse kulturer. Brown peker på at brystet i sin funksjonelle tilstand sjeldent vises på samme måte i mediene som når det seksualiseres, og at mange derfor ikke forbinder brystet med amming (13). Mangel på synlighet av amming i samfunnet kan være problematisk dersom det fører til at den seksuelle fremstillingen av brystet opprettholdes og normalisering av amming uteblir. I verste fall kan dette skade synet på amming og amming i offentligheten.

Det er grunn til å tro at aksept for amming i det offentlige rom er en av grunnene til at ammefrekvensen er høy i land som Sverige og at det derfor er en faktor som kan påvirke amming (6).

2.5.2 Levekår og sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status (SØS) er forbundet med en rekke helseutfall, og høyere SØS er forbundet med bedre helse (39). SØS måles ofte som lengde på utdanning, yrke eller inntekt. En av forklaringene på hvordan SØS og helse henger sammen gjennom helseatferd, er at de som har høyere SØS også har mer fordelaktige levevaner. Høy SØS korresponderer ofte med bedre psykisk helse og tilgang på bedre sosial støtte.

2.5.2.1 Utdanning

Flere studier indikerer at kvinners utdannelsesnivå har sammenheng med om de ammer eller ikke, samt varigheten av ammingen (4, 5, 7, 13, 40, 41). Kvinner med høyest utdanning ammer oftere enn kvinner med lavere utdanning. Høyt utdannede er sannsynligvis vant til å oppsøke og tilegne seg kunnskap, og kan derfor være oppdatert på anbefalinger fra myndighetene angående amming (42). Sajjad, Roshan og Tanvir påpeker at utdanning kan endre individets oppfatning og dermed påvirke hvordan kvinnen tenker om å amme (43). Cohen et al. fant at høyt utdannede kvinner antakeligvis har bedre kontroll over sin timeplan og arbeidsforhold, noe som kan gjøre det lettere for dem å amme lenger (40).

I den norske undersøkelsen Spedkost 3 fant man at andelen ammende var noe høyere blant mødre med høyere utdanning enn blant mødre uten høyere utdanning, men denne forskjellen var ikke markant (7). Det var derimot en forskjell i varighet av ammingen. Andelen barn som ble fullammet ved én uke etter fødsel og ved 3,5 måneders alder var høyere hos mødre med høy utdanning, der 68 % av barna ble fullammet ved 3,5 måneders alder, til forskjell fra 55 % blant mødre uten høyere utdanning. En dansk undersøkelse viste at varigheten av ammingen korrelerte med utdannelsesnivå (44). Det var mer sannsynlig at mødre med kortere utdanning sluttet med ammingen tidlig enn mødre med lenger utdanning. Andelen barn som ble fullammet ved fire måneders alder var ca. 74 % blant mødre som hadde en lang utdanning og ca. 38 % blant mødre som kun hadde grunnskole. Tall fra en undersøkelse utført i Sverige i 2014 viser det samme: under barnets første seks måneder var det en høyere andel mødre med høy utdanning som ammet enn mødre med lavere utdanning (45). Dette forandret seg da

barnet var fylt 12 måneder. Da var det en høyere andel mødre med lavere utdanning som ammet.

I en studie blant irske mødre var andelen som hadde intensjoner om å amme etter fødselen signifikant høyere hos kvinner som hadde høyere utdanning enn blant kvinner som hadde lavere utdanning (46). Det var også større sannsynlighet for at kvinner i den førstnevnte gruppen fortsatte med ammingen de første tre månedene etter fødsel. Også i en studie utført blant britiske kvinner i 2018 fant man at høy utdanning økte sannsynligheten for at kvinnen ønske å amme (13).

Sammenhengen mellom utdanning og amming kan påvirkes av kultur og muligheten kvinner har til høyere utdanning. I land der det er tradisjon for at kvinner ikke utdanner seg, eller ikke har muligheten til utdanning, vil det ikke nødvendigvis være slik at høyt utdannede kvinner ammer mest. En studie gjennomført i Iran viste en omvendt sammenheng mellom utdanningsnivå og amming, der hjemmевærende kvinner hadde den høyeste andelen som ammet og også ammet lenger enn kvinner som var i deltids – eller fulltidsjobb (8).

2.5.2.2 Kontakt med helsepersonell

Sosial støtte og oppfordring om å amme fra far og helsepersonell kan påvirke ammingen. En studie viste at dersom mor opplevde at partner og helsepersonell støttet henne i valget om å amme, påvirket dette intensjonene hennes (9, 47).

2.5.3 Sosiale nettverk

Det er vist at mødre med et støttende kontaktnettverk, gjerne bestående av andre mødre som ammet, hadde høy sannsynlighet for å amme (13). En studie utført blant spanske kvinner viste at kvinner som opplevde støtte fra partner, hadde 1,5 ganger større sannsynlighet for å amme sammenlignet med de som ikke mottok tilsvarende støtte (47). Arora, et al. viste i 2000 at blant kvinner som brukte morsmelkerstatning var det flere som rapporterte at dersom de hadde fått mer støtte fra familien, kunne dette ført til at de hadde valgt å amme (11). Til tross for at studien er eldre, indikerer funnet at familie, partner, helsepersonell og andre viktige personer i kvinnens nettverk kan ha stor påvirkningskraft.

2.5.4 Individuelle livsstilsfaktorer

2.5.4.1 Religiøs bakgrunn og innvandring

Sammenhengen mellom religiøs bakgrunn og ammestart – og varighet er ikke like grundig utforsket, som for eksempel utdanning. En studie av Burdette og Pilkauskas indikerer at det er mer sannsynlig at mødre som er en del av et religiøst miljø ammer enn mødre som ikke er det (12). Det var også sammenheng mellom hyppige kirkebesøk og amming. I noen religioner anses ikke amming bare å være mat, men også åndelig næring (48). Ammingens åndelige og religiøse betydning varierer i ulike religioner. En studie utført av Bernard, Cohen og Kramer i vestlige land pekte på en negativ korrelasjon mellom andel katolikker og ammestart (49). De fant at mødre i land med en høyere andel protestanter hadde større sannsynlighet for å følge WHO's anbefalinger. Dette kan tyde på at synet på amming varierer innad i religioner og at religiøs tilhørighet kan ha betydning for valget.

Ammefrekvensen i Skandinavia er generelt høy, og religion i seg selv anses ikke å være en avgjørende faktor. Aspektet i seg selv er imidlertid interessant fordi religiøs tilhørighet kan ha sammenheng med amming. Kunnskap og forståelse for religiøs overbevisning kan derfor være nyttig for helsepersonell i møte med vordende og ammende mødre (48).

En metaanalyse utført i 2019 hadde til hensikt å evaluere hvordan amming varierte mellom innvandrere og ikke-innvandrere (50). Studien inkluderte 1 539 659 kvinner fra 14 ulike land. Resultatene viste at innvandrerkvinner hadde høyere sannsynlighet for å starte med amming og fortsette med det, men dette var ikke fullamming. To studier utført henholdsvis i Spania og Taiwan konkluderte med at innvandrere fullammet mer enn ikke-innvandrere (51, 52). En amerikansk studie bekrefter det samme (41). To av studiene fant også at blant innvandrerkvinner som hadde lav utdanning eller var hjemmевærende, var det en høy andel som ammet og varigheten av ammingen var lenger (41, 52).

2.5.4.2 Førstegangsfødende og intensjoner om å amme

Det er grunn til å tro at kjennskap til betydningen av amming vil spille en rolle. Tidligere erfaring med amming kan være utslagsgivende for hvorvidt kvinnen velger å amme igjen. To studier fant at kjennskap til anbefalinger om amming kan ses i sammenheng med ammeintensjoner – og varighet hos førstegangsfødende (53, 54). En undersøkelse utført blant 409 førstegangsfødende i Australia fant at 94 % av kvinnene hadde intensjoner om å amme, men

kun 61 % av deltakerne hadde kjennskap til anbefalingen om fullamming i seks måneder (54). Av kvinnene som hadde hørt om retningslinjene, hadde 61 % til hensikt å følge dem. Lignende resultater ses i en studie gjennomført blant førstegangsfødende i Shanghai (53). Majoriteten av deltakerne (90 %) var kjent med fordelene med amming, men 80 % av dem var ikke klar over anbefalingen om varigheten. Studiene indikerer at kunnskap om anbefalinger om amming og varighet er vesentlig for valget om å amme eller ikke.

Forskning viser at førstegangsfødende og kvinner med barn fra før har ulike intensjoner om å amme. Studier utført i 2011 og 2020 fant en negativ korrelasjon mellom amming og antall barn kvinnen hadde fra før (47, 55). Funn fra Sutherland et al. viste at sannsynligheten for at mor ammet barn nummer to var nesten halvert i forhold til å amme det første barnet (55). Sannsynligheten for at hun ammet barn nummer tre var enda lavere. Forskjellene hadde sammenheng med om tidligere amming var vellykket. Dersom kvinnen hadde barn, men aldri hadde ammet, eller hadde dårlig erfaring med amming, var det lite sannsynlig at hun ønsket å amme igjen. Studien konkluderte med at ammingen etter første fødsel kunne predikere senere amming. Funnene viser at en positiv opplevelse med amming som førstegangsfødende gir en indikasjon på om kvinnen ønsker å amme flere barn.

Resultatene fra studien underbygges av en annen studie utført blant spanske kvinner i 2020 (47). Det forhold at mor hadde barn fra før, ble identifisert som en faktor som var negativt assosiert med ønsket om å amme neste barn. Studien pekte på at majoriteten av kvinner bestemmer seg for om de skal amme eller ikke i svangerskapets første trimester. Kong og Lee fant at mors kunnskap og holdninger til amming er aspekter som var viktige for beslutningen om å amme eller ikke (9). Kvinnens intensjon om å amme, og om hun er førstegangsfødende, er derfor faktorer som kan påvirke valget.

2.5.4.3 Alder

I flere studier vises det til at det er en mulig sammenheng mellom mors alder og amming (8, 13, 46, 47). En studie utført av Brown konkluderer med at alder og sosialt fellesskap påvirker ammingen (13). Studien indikerer at eldre mødre ammer lenger enn yngre mødre. I en studie utført blant iranske kvinner, fremgår det at høyere alder hos mor kunne påvirke fullamming negativt (8). Forskningen indikerer at alder er en faktor som påvirker amming.

2.6 Relevant teori

2.6.1 Empowerment

Begrepet «empowerment» har ikke en universell definisjon, men i Norge benyttes gjerne ordene myndiggjøring og egenkraftmobilisering (56). WHO definerer empowerment slik: “a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health” (57). Empowerment beskrives som en prosess der individet befinner seg i en posisjon der de kan ta kontroll over sin egen helsesituasjon og dermed ta helsefremmende valg for seg selv. Begrepet kan benyttes om en opplevelse av mestring, og forekommer både på samfunns – og individnivå (56, 57). For gravide og kvinner som nylig har fått barn vil opplevelsen av empowerment dermed være av stor betydning. Opplever kvinnene at de har kontroll, vil de bedre være i stand til å ta helsefremmende valg for seg selv og barnet. En følelse av at valget er deres eget kan også være av stor betydning for å oppleve mestring.

I denne oppgaven vil teorien relateres til noen faktorer som kan påvirke amming.

Empowerment vil kunne ha betydning for både mestringstro og for kvinnens intensjon om å amme. Teorien vil også være aktuell i situasjoner der kvinnen mottar støtte.

3.0 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for valg av metode og fremgangsmåten som er benyttet i litteratursøket. Først presenteres metoden og hvorfor denne egner seg til å besvare problemstillingen. Aktuelle søkeord og søkestrenger presenteres i tabell 1 og 2. I punkt 3.3 følger en oversikt over gjennomføringen av det endelige søket, med identifisering av data, screening, inklusjons – og eksklusjonskriterier og utvelgelse. Metodekapittelet avsluttes med en etisk overveielse.

3.1 Valg av metode

Oppgavens problemstilling har til hensikt å kartlegge faktorer som har sammenheng med amming. Rammene for oppgaven gjorde det naturlig å gjennomføre søk i allerede eksisterende litteratur. For å best mulig kunne besvare problemstillingen innen rammen av denne masteroppgaven, ble rapid review ansett som en velegnet metode. En rapid review tar utgangspunkt i søk og vurdering av eksisterende forskning på et felt, men innenfor mer begrensede rammer enn for eksempel et systematisk review (58). Tilnærmingen innebærer at det stilles et presist forskningsspørsmål, det benyttes brede eller smale søkestrategier og at det

kun trekkes ut nøkkelvariabler. Kvalitetsvurderingene som gjennomføres vil være relativt enkle. Metoden åpner for å inkludere studier med ulike design, som kan føre til et bredt søkeresultat.

Det er tatt utgangspunkt i stegene beskrevet i Cochranes veiledning for rapid reviews (59). Først formuleres et definert forskningsspørsmål. Deretter utvikles en søkeprotokoll som inkluderer forskningsspørsmålet, et skjema som ser på populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall (PICO), en søkestreng samt inklusjons – og eksklusjonskriterier. Neste steg omfatter selve søket. Ved bruk av metoden bør søkestrategien kvalitetssikres av en spesialist. Aktuelle søkeord og søkestrenger er derfor utviklet i samråd med universitetsbibliotekar og veileder før det endelige søket. Litteratursøket bør begrenses til engelsk eller annet språk som kan gi relevante søkeresultater, og grå litteratur utelukkes. Ved utvelgelsen bør kvaliteten på artiklene alltid vurderes av en annen. Syntesen i en rapid review er et narrativ, og kan inkludere et beskrivende sammendrag av funnene.

Metoden har noen begrensninger det er viktig å være klar over i prosessen. En rapid review kan gjennomføres på relativt kort tid (mellom én til seks måneder) og søket vil derfor være mindre omfattende enn for eksempel en scoping review (60). Dette kan øke risikoen for skjevheter og kan føre til at relevante svar kan bli utelatt. For å unngå unødvendige metodiske feil og skjevheter vil oppgaven følge rammeverket til PRISMA, som er en sjekklister med 16 rapporteringspunkter (61). Sjekklisten skal bidra til å strukturere arbeidet.

Litteratursøket ble gjennomført i de medisinske databasene Ovid Medline, Embase og Cinahl. Disse var tilgjengelige gjennom Helsebibliotekets nettsider (62). Databasene består av artikler blant annet innen folkehelse og medisinsk forskning og egner seg derfor til oppgavens problemstilling. I søket ble det benyttet både selvvalgte søkeord, såkalt fritekst, og standardiserte emneord, MeSH (Medical Subject Headings) og Emtree, der dette var tilgjengelig. Relevante søkeord og synonymer ble sortert i en tabell, der bruk av AND/OR og eventuell trunkeringsstjerne vises. AND/OR er såkalte boolske operatører, som kan bidra til å avgrense eller utvide søket. AND avgrenser søket da begge søkeordene må være i artikkelreferansen. OR utvider søket ved at det gir treff på artikler som inneholder det ene, det andre eller begge søkeord. Etter at søket var gjennomført, ble utvalgte artikler lastet opp i referanseverktøyet EndNote 20, og det ble gjennomført en dublettkontroll for å fjerne overlappende artikler.

3.2 Prøvesøk

I forkant av søket ble det gjennomført et prøvesøk i Medline med ord og synonymer som allerede var kjent. Hensikten var å få en oversikt over hvor mange artikler som er publisert om emnet og hvilke søkeord som fungerer. Ordene *breastfeeding*, *Scandinavia*, *women* og *influence* ble først valgt som passende søkeord. Etter samtale med bibliotekar ble det utarbeidet synonymer til disse, se tabell 1. Det var et mål at prøvesøket ville åpne for å finne flere brukbare søkeord eller termer i artiklene. Søkeordene ble kombinert med OR mellom synonymene i hver enkelt kategori for å få søket så vidt som mulig og for ikke å utelate aktuelle synonymer. Bruken av OR førte til at synonymene dannet ulike søkestrenger. Søkestrengene ble deretter kombinert med AND mellom seg for å sikre at referansene inneholdt de ønskede søkeordene.

Funksjonen «Term Finder» ble benyttet i Medline for å identifisere flere termer, men ga ikke flere aktuelle treff. Ved søk på «Scandinavia» ble «Nordic Countries» foreslått, men besluttet utelatt da det inkluderer Island og Finland, og artikler fra disse landene faller utenfor rammene i problemstillingen. Etter prøvesøket i Medline, ble det gjennomført tilsvarende søk i Embase og Cinahl. Dette ble gjort for å identifisere ytterligere søke – og emneord. I Embase og Medline ble det huket av for «Map term» for å kontrollere opp mot MeSH-termene og funksjonen «Scope» ble benyttet for å lete etter relaterte søkeord.

Under prøvesøket ble det gjennomført utprøving av hvilke synonymer som skulle inkluderes. Flere søkeord kom til som et resultat av «brainstorming» med bibliotekar, og noen ved bruk av Scope-funksjonen. Ved noen tilfeller ble det også benyttet synonymordbok for å se om det var mulig å avdekke flere søkeord. Disse ordene ble deretter inkludert i den endelige søkestrengen, se tabell 2. Ved bruk av Scope ble det identifisert to ord som kunne benyttes som nærhetsoperatorer. Nærhetsoperatorer er en måte å søke på, som kan redusere unødvendige treff. Det brukes for å sikre at ordene står i nærheten av hverandre. Valgte nærhetsoperatorer vises i tabell 2.

Det første prøvesøket ble utført uten begrensninger («limits»). Dette ble utelatt da formålet med søket var å finne ut hvor mye som eksisterte om emnet og slike begrensninger kunne utelukket relevante søkeord. Etter prøvesøket ble det valgt en tidsbegrensning fra 2011 og frem til i dag. Dette ble gjort for å redusere mengden artikler som skulle screenes, da artikler publisert før dette ble ansett som mindre relevante å inkludere i oppgaven.

Da prøvesøkene ble gjennomført ble det også lett etter nøkkelartikler. Dette gjøres for å kontrollere at søkeordene fungerer på tvers av databasene. Gjør de ikke det, bør søket tilpasses. For å finne nøkkelartikler ble treffene gjennomgått, og det ble undersøkt om noen av artiklene fantes i både Medline, Embase og Cinahl. Det ble identifisert flere nøkkelartikler og dermed kontrollert for at søkeordene fungerte på tvers av dem.

Tabell 1: PICO-skjema med inkluderte søkeord som ble benyttet i første prøvesøk i Medline.

	Population	Intervention	Outcome
MeSH/Emtree			Breastfeeding
Tekstord	Woman Women Mother Mothers Female Females Scandinavia* Norway Norwegian Sweden Swedish Denmark Danish	Influencc* Affect* Promot* Support Training Experience* Practice* Benefits Education Knowledge	Breastfeed* Breast feed* Breastfed Breast fed*

Trunkering med * er benyttet for å inkludere endelser til ord med lik ordstamme

Etter prøvesøkene var gjennomført, ble søkeloggen lastet ned ved hjelp av funksjonen «Copy Search History Details» («Print Search History» i Cinahl). Dette ble gjort for å enklere kunne utarbeide en fullstendig søkestreng. Når søkestrengen begynte å ta form, ble den oversendt bibliotekar og veileder for kvalitetssjekk i tråd med Cochranes veiledning (59). Den endelige søkestrengen som ble benyttet i databasene er vist i tabell 2. I søkestrengen ble de boolske operatørene brukt på samme måte som i prøvesøket: OR er brukt mellom synonymene for å utvide søket. Deretter ble søkestrengene kombinert med AND for å sikre at referansene inneholdt de ønskede søkeordene.

Tabell 2: Tekstord og termer som ble inkludert i søkestrengen etter prøvesøk i Medline, Embase og Cinahl

Kategori	MeSH-term (Medline)/Emtree (Embase)	Nærhetsoperatorer	Tekstord (Medline, Embase og Cinahl***)
Amming	#1 Breast feeding/	#3 ((wet adj1 nurs*) or (nurs* adj1 (mother or mothers))).tw,kw. TI (wet N1 (nurs* or mother or mothers)) OR AB (wet N1 (nurs* or mother or mothers)) **	#2 (breastfeed* or beast feed* or breastfed* or breast fed*).tw,kw.
Kvinner			#4 (woman or women or mother or mothers or female or females).tw,kw.
Skandinavia			#5 (Scandinavia* or Norway or Norwegian or Denmark or Danish or Sweden or Swedish).tw,kw.
Fremmer			#6 (influnc* or affect* or promot* or support* or training or experience* or practice* or benefits or education or knowledge or attitude or contribut*).tw,kw.
Søkestreng			#1 OR #2 OR #3 AND #4

			AND #5 AND #6
--	--	--	---------------

Trunkeringsstjerne* er benyttet for å inkludere endelser til ord med lik ordstamme

Nærhetsoperatorer ble benyttet for å redusere unødvendige treff

/ viser til at ordet er et emneord

Tekstord (.tw) er inkludert for at basen skal søke i både tittel og abstrakt

Keywords (.kw) inkluderer nøkkelord fra forfatter(e). Både tekstord og nøkkelord er benyttet for å gjøre søket spesifikt samt redusere tekstmengden.

**Nærhetsoperator er ulik for Cinahl, og denne ble derfor benyttet. TI = tittel, AB = abstrakt.

N1 betyr at ordene forekommer i umiddelbar nærhet til hverandre

*** Cinahl er ikke en Ovid-database, og det ble derfor brukt søkestreng uten (), tw og kw.

3.3 Gjennomføring av det endelige søket

Denne delen av metodekapittelet beskriver prosessen bak hvert enkelt trinn i søket. Først hvordan databasesøket ble gjennomført og referansene ble overført til EndNote (identifisering), deretter hvordan referansene ble gjennomgått og sortert etter bestemte inklusjons – og eksklusjonskriterier (screening) og til slutt hvilke referanser som ble valgt ut (utvelgelse). En oversikt over prosessen er fremstilt i figur 2. Dette er gjort så systematisk som mulig for å forsøke å sikre etterprøvbarehet.

3.3.1 Identifisering

Databasesøket ble gjennomført 2. februar 2022 i Ovid Medline, Embase og Cinahl med søkestrengen vist i tabell 2. Vedlegg 1 viser en fullstendig oversikt over søkehistorikk og antall treff i hver database. Søket resulterte i totalt 708 treff. Alle treff ble overført til EndNote der de importerte referansene ble lagt i en egen mappe. En av referansene fra søkeprosessen var et duplikat i Cinahl og ble derfor ikke importert til EndNote. Totalt antall referanser i EndNote var derfor 707, se figur 2.

Først ble funksjonen «Fjern duplikater» i EndNote brukt, noe som førte til at 263 duplikater ble oppdaget. Listen med markerte referanser ble deretter screenet manuelt for å kontrollere at det ble beholdt en versjon av hver referanse, og helst en med sammendrag. Så ble de 263 duplikatene slettet. De gjenværende referansene ble screenet manuelt en gang til for å identifisere eventuelle duplikater som ikke var oppdaget av EndNote. Dette førte til at

ytterligere 88 duplikater ble oppdaget og slettet. På denne måten ble 351 duplikater ekskludert og 356 referanser beholdt for videre screening, se figur 2.

3.3.2 Screening

I screeningprosessen skal referansene sorteres etter forhåndsbestemte inklusjons – og eksklusjonskriterier. Hensikten er å vurdere om referansene oppfyller de forhåndsbestemte kriteriene og dermed aktuelle å inkludere i oppgaven. Screening var en tidkrevende prosess som resulterte i at av totalt 707 importerte referanser ble 641 ekskludert gjennom duplikatkontroll og screening, og 66 ble tatt med videre til utvelgelsesprosessen, se figur 2.

Inklusjons – og eksklusjonskriterier

For å sikre at de inkluderte referansene var egnet til problemstillingen, ble følgende inklusjons – og eksklusjonskriterier valgt. Disse ble forhåndsgodkjent av veileder før screeningen begynte, i tråd med metodikken (59).

Inklusjonskriterier:

- Artikler publisert mellom 2011-2022
- Artikler som baserer seg på skandinaviske kvinner/studier som er utført i Skandinavia
- Artikler på skandinavisk eller engelsk språk
- Artikler som baserer seg på kvinner som ammer fra brystet (eng: breastfeeding)

Eksklusjonskriterier:

- Artikler publisert før 2011
- Artikler der datainnsamlingen er gjennomført før 2005
- Artikler som baserer seg på studier utført utenfor Skandinavia
- Artikler på et annet språk enn skandinaviske eller engelsk
- Artikler som inkluderer premature spedbarn
- Artikler som kun ser på bruk av flaske, kopp eller morsmelkerstatning, og ikke amming fra brystet
- Artikler som inkluderer amming med melk fra melkebank, menn som ammer og lignende
- Artikler der mor eller barn har sykdom, diagnose eller en annen spesiell situasjon
- Artikler som ser på effekten av spesielle intervensjoner, som for eksempel bruk av «hands-on-» tilnærming fra helsepersonell under den aller første ammingen

- Fysiske faktorer som kan hindre amming, for eksempel brystbetennelse og utilstrekkelig melkeproduksjon

Etter at referansene var identifisert, startet screeningprosessen. I første omgang ble tittel og sammendrag gjennomgått for å finne ut om referansen oppfylte ett eller flere av kriteriene. Der dette ikke var mulig å avklare ved å lese sammendraget, ble fulltekst av referansen lest. Underveis i screeningen ble referansene sortert i grupper i EndNote: en for ekskluderte artikler (n=285) og en for inkluderte (n=66), se figur 2. I tråd med veiledningen fra Cochrane, ble 20 % av referansene sendt til veileder for screening av sammendrag (59). Deretter sjekket vi om vi inkluderte de samme referansene. Der vi ikke var enige, diskuterte vi oss frem til hvilke referanser som skulle beholdes. For å forsikre meg om at det ikke ble utelukket relevante artikler, ble de ekskluderte artiklene fra første runde med screening, screenet en gang til. Her ble det oppdaget et duplikat som ble slettet. Deretter gjorde jeg de samme med de inkluderte artiklene. Da ble det oppdaget ytterligere fire duplikater som ble fjernet.

I andre del av screeningprosessen leste jeg fulltekst av de aktuelle referansene for å finne ut om de oppfylte alle inklusjons – og eksklusjonskriteriene. Etter screeningen gjensto det 66 referanser som ble vurdert som aktuelle for utvelgelsesprosessen, se figur 2. Ekskluderingen skyldtes at referansen for eksempel baserte seg på premature spedbarn, at den inneholdt studier fra andre land i tillegg til nordiske eller baserte seg på bruk av morsmelkerstatning i tillegg til morsmelk.

3.3.3 Utvelgelse

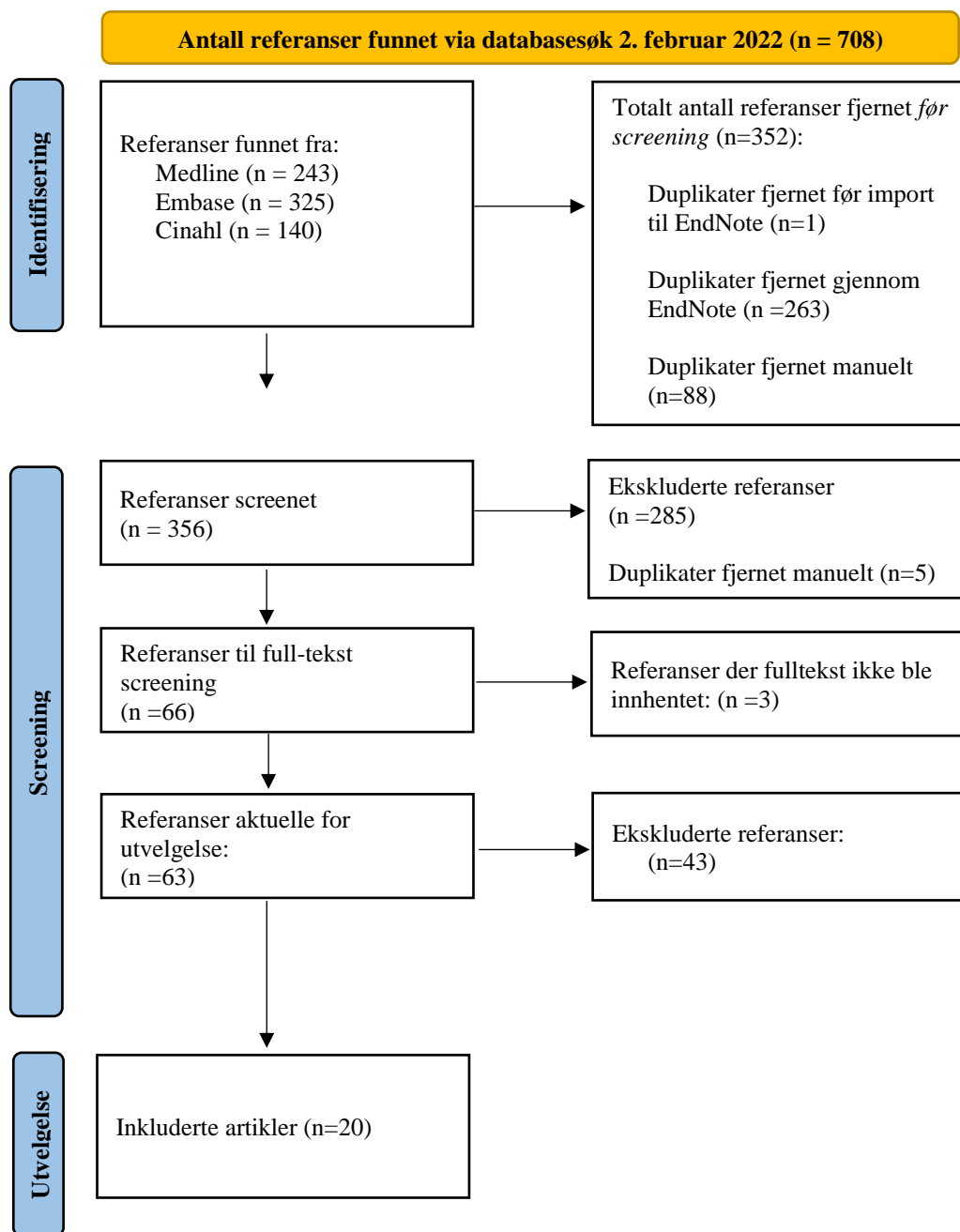
I utvelgelsesprosessen skulle det leses fulltekst av de 66 referansene for å finne ut hvilke referanser som møtte alle kriteriene og dermed var aktuelle å inkludere i oppgaven. I tråd med etisk forskning er prosessen forsøkt utført så nøytralt så mulig.

Fulltekst-screeningen var første trinn i utvelgelsesprosessen. Også her skulle veileder lese fulltekst av 20 % av referansene og 13 artikler ble derfor oversendt for fulltekst-screening. Der vi var uenige, diskuterte vi oss frem til hvilke som skulle inkluderes med utgangspunkt i inklusjons – og eksklusjonskriteriene. Med unntak av tre referanser, var fulltekst tilgjengelig for alle referansene gjennom VPN via NMBUs bibliotek. Fulltekst for de tre siste referansene kunne bestilles gjennom Oria til hovedbiblioteket på NMBU. Etter overveielse i samråd med

veileder ble dette ikke gjort, da informasjonen i referansenes sammendrag antydte at de lå litt utenfor oppgavens problemstilling og derfor ikke var relevante for å besvare denne, se figur 2.

Etter hvert som referansene ble lest, ble de sortert i mapper i EndNote: en for inkluderte referanser, en for ekskluderte og en for referanser der det var noe usikkerhet. Etter gjennomlesingen var 17 referanser markert som usikre og de ble derfor oversendt til veileder for en ny vurdering, sammen med et dokument som beskrev årsaken til usikkerheten. Av 17 referanser ble det besluttet at 16 av dem skulle ekskluderes og én referanse inkluderes.

Underveis i prosessen ble de ekskluderte artiklene sortert og fremstilt i en tabell med navn og årsak til eksklusjon, se vedlegg 2. Eksempler på hovedgrunnene til eksklusjon var artikler som inkluderte sammenligninger med land utenfor Skandinavia, artikler utført blant helsepersonell, artikler med datainnsamling gjennomført før 2005, vold, artikler som så på introduksjon av fast føde og lignende. Utvelgelsesprosessen resulterte til slutt i totalt 20 inkluderte og 46 ekskluderte referanser, se figur 2. De inkluderte artiklene ble valgt på bakgrunn av relevans for problemstillingen og er presentert i tabell 3.



Figur 2: Flytdiagram som viser prosessen bak gjennomføringen av det endelige søket, med antall ekskluderte og inkluderte referanser (63). Figuren er fritt oversatt fra “*PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.*”

Neste trinn i utvelgesprosessen innebar at det skulle gjennomføres en «risk of bias assessment» av de utvalgte referansene, noe som er i tråd med veiledningen fra Cochrane

(59). Referansene vurderes opp mot bestemte kriterier for hvert enkelt studiedesign, og hensikten var å kontrollere om de inkluderte artiklene i oppgaven var gjort i tråd med metodisk kvalitet og ikke inneholdt noen systematiske feil. Kvalitetsvurderingen ble utført ved hjelp av sjekklister fra Joanna Briggs Institute (JBI) (64). For å sørge for at vurderingen av artikler var så objektiv som mulig, ble tre av dem vurdert av veileder.

Det ble utarbeidet et scoringssystem for å vurdere artiklene etter kvalitet. Etersom sjekklisene hadde et ulikt antall spørsmål, fikk artiklene en score avhengig av hvor høy andel «ja» de fikk i sjekklisene til JBI. Vedlegg 3 fremstiller artiklene samt redegjør for om de har lav, middels eller høy kvalitet. Fordelingen mellom medium og høy score var relativt jevn, der 12 av dem ble tildelt medium score og åtte høy score. Ingen artikler ble ekskludert gjennom kvalitetsvurderingen.

3.4 Etikk

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i innsamling av allerede eksisterende litteratur, noe som innebærer at det ikke hentes inn ny kunnskap. Det var derfor ikke nødvendig å melde prosjektet til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) eller NSD (Norsk senter for forskningsdata). I prosessen og arbeidet med en slik oppgave er det likevel viktig å påse at artiklene som inkluderes følger gjeldende etiske retningslinjer. Videre er det viktig å ha et balansert og nøytralt syn på de inkluderte artiklene, samt at disse presenteres på en objektiv måte.

Som en del av forarbeidet til masteroppgaven, ble det gjennomført litteratursøk for å sikre at denne studien ikke allerede var gjennomført, da det er uetisk i henhold til god forskningsetikk.

4.0 Resultater

I dette kapitlet fremstilles resultatene fra litteratursøket. Data og demografisk informasjon fra de utvalgte artiklene er presentert i punkt 4.1. Funnene er fremstilt i punkt 4.2.

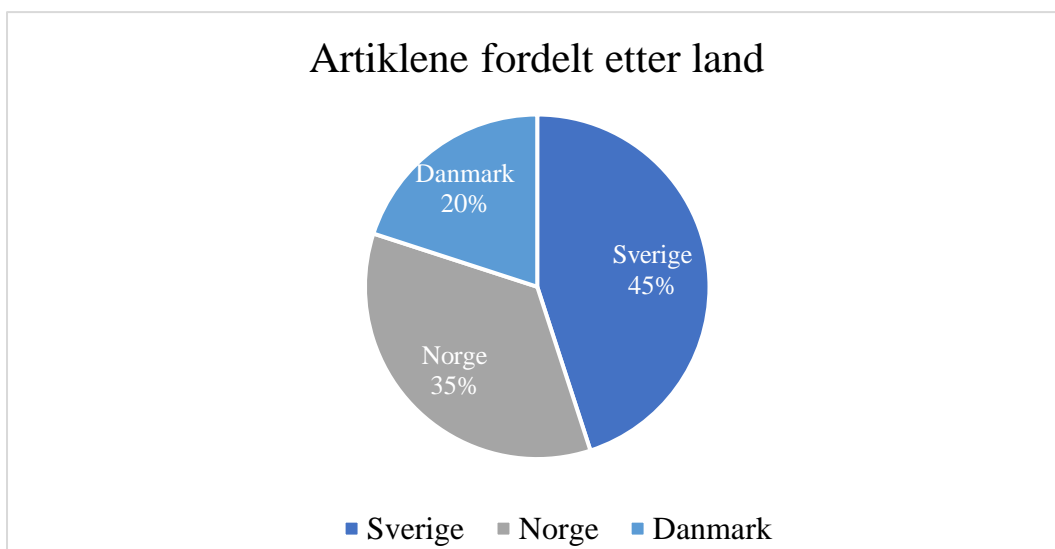
4.1 Kategorisering av funn

4.1.1 Data og demografisk informasjon

Data og demografisk informasjon fra de 20 inkluderte artiklene er fremstilt i tabell 3. Tabellen inkluderer forfattere, tittel, artiklenes formål, publikasjonsår, studiedesign – og metode, antall

deltakere og deltakernes alder. Artikkene er sortert alfabetisk etter førsteforfatters etternavn og er nummerert etter dette. Tidsspennet for publikasjon strekker seg fra 2012 til 2021. Det er kun en artikkel per år for årene 2013, 2015, 2019 og 2021. Det er publisert to artikler i 2012 og 2017, tre i 2018, fire i 2016 og fem i 2020. For årene 2011 og 2014 var det ingen inkluderte artikler. Alle artiklene er skrevet på engelsk.

Når det gjelder fordelingen mellom land, er den relativt lik mellom Sverige og Norge, med henholdsvis ni (45 %) og syv (35 %) artikler. Fire (20 %) av dem er fra Danmark. Figur 3 viser fordelingen over hvor mange av artiklene som er svenske, norske og danske.



Figur 3: Andel av de inkluderte artiklene som er fra Norge, Sverige og Danmark (%).

Samtlige forfattere har bidratt i flere artikler. Almquist-Tangen, Roswall, Alm og Bergman er forfattere i artikkel 1 og 2, som springer ut fra samme studie, se tabell 3. Artikkel 3 baserer seg på studien i artikkel 4, og begge er skrevet av flere av de samme forfatterne, med Bærug som førsteforfatter. Cato, Sylvén og Rubertsson har bidratt i artikkel 6 og 7, og Foverskov og Kronborg har bidratt i henholdsvis 15 og 16, og 15, 16 og 17. Nilsson er forfatter i artikkel 9 og 17.

Tabell 3. Nøkkelinformasjon fra de inkluderte artiklene.

#	Forfatter	Tittel	Mål	Land og år*	Design og metode	Antall deltakere	Alder**
1	Almquist-Tangen, Bergman, Dahlgren, Roswall og Alm	Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age	Vurdere faktorer som var assosiert med opphør av amming innen den første måneden.	Sverige 2012	Populasjonsbasert longitudinell fødselskohortstudie (kvan.). Spørreskjema.	2666	<20-40+
2	Almquist-Tangen, Strömberg, Holmen, Alm, Roswall og Bergman et al.	Influence of neighbourhood purchasing power on breastfeeding at four months of age: a Swedish population-based cohort study	Evaluerer en mulig assosiasjon mellom kvinner som slutter å amme ved fire måneders alder og nabolagets kjøpekraft.	Sverige 2013	Tverrsnittstudie (kvan.). Data hentet fra en populasjonsbasert kohortstudie.	2407	15-46
3	Bærug, Laake, Loland, Tylleskar, Tufte og Fretheim	Explaining socioeconomic inequalities in exclusive breast feeding in Norway	Kartlegge sammenhengen mellom SØS og fullamming.	Norge 2017	Tverrsnittstudie. Data fra en randomisert kontrollert studie om effektiviteten av mor-barnvennlig initiativ i kommunehelsetjenestene (kvan.). Spørreskjema. Statistisk analyse.	1598	16-44
4	Bærug, Langsrud, Loland, Tufte, Tylleskar og Fretheim	Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial	Vurdere effektiviteten av å implementere barnevennlig initiativ (BFI) i kommunehelsetjenester.	Norge 2016	Kluster-kvasi randomisert kontrollert studie (kvan.).	1906	16-44
5	Bjørset, Helle, Hillesund og Øverby	Socio-economic status and maternal BMI are associated with duration of breast-feeding of Norwegian infants	Undersøke om det er en assosiasjon mellom SØS, mors BMI og varighet av amming/fullamming av norske spedbarn ved 4 og 5 måneders alder.	Norge 2018	Tverrsnittstudie (kvan.). Data fra en randomisert kontrollert studie.	715	30,5
6	Cato, Sylvé, Henriksson og Rubertsson	Breastfeeding as a balancing act - pregnant Swedish women's voices on breastfeeding	Kartlegge holdninger til amming blant gravide, svenske kvinner som hadde intensjoner om å amme.	Sverige 2020	Semi-strukturert intervjuguide (kval.).	11	27-37 (30,6)

7	Cato, Sylvén, Lindbäck, Skalkidou og Rubertsson	Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months- Identifying women in need of targeted breastfeeding support	Undersøke faktorer som er assosiert med fullamming som opphører før to måneder etter fødsel.	Sverige 2017	Regresjonsanalyse (kvan). Data fra en populasjonsbasert kohort.	679	30,7
8	Claesson, Myrgard, Wallberg og Blomberg	Pregnant women's intention to breastfeed; their estimated extent and duration of the forthcoming breastfeeding in relation to the actual breastfeeding in the first year postpartum- A Swedish cohort study	Undersøke intensjoner om å amme i svangerskapet, den estimerte varigheten og omfanget av den kommende ammingen blant førstegangsfødende og mødre med flere barn i ulike BMI klasser. I sub-gruppen studeres den faktiske ammingen sammenlignet med intensjonen.	Sverige 2019	Prospektiv kohortstudie (kvan.).	775, hvorav 174 deltok i en sub-gruppe	x
9	Feenstra, Nilsson og Danbjørg	Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants	Undersøke hvordan førstegangsfødende opplever perioden fra fødsel til utskrivelse, etter reinnleggelse med spedbarn.	Danmark 2018	Fenomenologisk og hermeneutisk studie (kval.). Datainnsamling via telefonintervju.	7	20-40
10	Grewal, Andersen, Sellen, Mosdøl og Torheim	Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey	Kartlegge amming og annen mating i de første seks månedene blant norske spedbarn av somalisk og irakisk opprinnelse.	Norge 2016	Tverrsnittstudie (kvan.). Datainnsamling ved hjelp av en semi-kvantitativ FFQ.	107 barn (Somalia). 80 barn (Irak).	30 (Somalia) 32 (Irak)***
11	Granberg, Ekström-Bergström og Bäckström	First-time mothers' enjoyment of breastfeeding correlates with duration of breastfeeding, sense of coherence and parental couple and child	Undersøke faktorer som korrelerer med førstegangsfødendes trivsel med amming og ammevarighet, mellom fødsel og to år etter.	Sverige 2020	Prospektiv, longitudinell kohort-studie (kvan.).	324	18-43

		relation: a longitudinal Swedish cohort study					
12	Grandahl, Stern og Funkquist	Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: a cross-sectional study among Swedish mother and their partners	Undersøke hvordan foreldrepermisjon er assosiert med varigheten av fullamming og delvis amming de første tolv månedene etter fødsel.	Sverige 2020	Tverrsnittstudie (kvan.). Del av en større longitudinell studie. Analyse ved bruk av lineær regresjon.	813	19-49 (31,7)
13	Hjälmhult og Lomborg	Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experience	Presentere en teoretisk fremstilling av mødrenes første periode hjemme med deres nyfødte i Norge.	Norge 2012	Fokusgruppe-intervjuer (kval.). Analyse ved hjelp av Grounded Theory.	26	20-40
14	Hvatum og Glavin	Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture	Beskrive kvinners erfaring med å ikke amme i en kultur der amming er normen.	Norge 2016	Individuelle, semi-strukturerte intervju (kval.). Kvalitativ innholdsanalyse.	12	25-40
15	Kronborg og Foverskov	Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding: a Danish cohort study	Undersøke den relative betydningen av sosiodemografiske, pre – og perinatale, spedbarns, psykososiale og interaksjonsrelaterte faktorer som påvirker varigheten av fullamming.	Danmark 2020	Data fra en kommune-basert randomisert klynge (kvan.). Spørreskjemaer.	1265	30,8
16	Kronborg, Foverskov, Væth og Maimburg	The role of intention and self-efficacy on the association between breastfeeding of first and second child, a Danish Cohort study	Undersøke påvirkningen av intensjon og mestringstro på sammenhengen mellom ammevarigheten av det første og det andre barnet.	Danmark 2018	Data fra en 5-årig dansk kohortstudie (kvan.). Multiplere regresjons-analyse.	1162	x
17	Nilsson, Kronborg, Rahbek og Strandberg-Larsen	The significance of early breastfeeding experience on breastfeeding self-efficacy one week postpartum	Identifisere prevalensen og faktorer som er assosiert med tidlige, negative amme-erfaringer, lav mestringstro første uken etter fødsel, og fall i mestringstroen fra sent i svangerskapet til tidlig etter fødsel.	Danmark 2020	Prospektiv, longitudinell kohortstudie (kvan.) Data fra en kluster-randomisert studie.	2804	x

18	Palmér, Carlsson, Brunt og Nyström	Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study	Forklare og forstå hvordan avgjørelsen om å fortsette eller slutte å amme påvirkes av betydningen av startvansker.	Sverige 2015	Hermeneutisk tilnærming (kval.). Fenomenologisk orienterte intervju.	8	20-37
19	Rydström, Tavallali, Sundborg, Berlin og Ranheim	Caught on the fringes of life: Mothers' lived experiences of initial breastfeeding complications	Utvikle en forståelse for fenomenet «tidlige amme-vansker» mens de oppleves av moren og hvordan disse mødrene kan støttes.	Sverige 2021	Fenomenologisk design (kval.). Intervju.	12	28-39 (31,5)
20	Wandel, Terragni, Nguyen, Lyngstad, Amundsen og de Paoli	Breastfeeding among Somali women living in Norway: Attitudes, practices, and challenges	Utforske amming og annen mating blant somalisk-fødte mødre i Norge, samt hvordan de navigerer blant ulike informasjonskilder.	Norge 2016	Dybdeintervjuer og fokusgrupper (kval.). Analyse ved bruk av Grounded Theory.	21 mødre deltok på intervju. 22 mødre deltok i fokus-grupper.	21-40

Kval. = kvalitativt

Kvan. = kvantitativt

År* = publikasjonsår

** Deltakernes alder. Alder oppgitt i aldersspenn og/eller gjennomsnittsalder (i kursiv)

*** Medianalder

x = alder ikke oppgitt

4.1.2 Metode og design

Det er brukt et kvantitativt design i 13 artikler (65-77), se tabell 3. Syv av dem tar utgangspunkt i kohortstudier eller data fra en større kohortstudie (65, 70, 71, 73, 75-77).

Videre baserer fem artikler seg på tverrsnittstudier, der en av dem bruker data fra en kohortstudie (66), tre bruker data fra en større randomisert, kontrollert studie (RCT) (67-69) og en er en del av en større longitudinell studie (74). De resterende syv artiklene har benyttet et kvalitativt design (78-84). To baserer seg på semi-strukturerte intervju (80, 84), en har benyttet telefonintervju (78), to har en fenomenologisk tilnærming (81, 82) og en benytter både dybdeintervju og fokusgrupper (83).

I flere av artiklene er det tatt utgangspunkt i data fra større studier, og artikkel 1 og 2 er basert på en større hovedstudie kalt «The Halland Health and Growth Study» (65, 66). Studien er en

prospektiv, longitudinell, populasjonsbasert fødselskohort som ble gjennomført mellom 2007 og 2008 i regionen Halland i Sverige. I artikkel 3, som kartla sammenhengen mellom SØS og amming, har forfatterne tatt utgangspunkt i data hentet fra studien beskrevet i artikkel 4: «Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial» (67, 68).

4.1.3 Artiklenes bruk av teori

Få artikler har oppgitt bruk av teori. “Grounded Theory” er benyttet i analysen i artikkel 13 og 20 (79, 83). Grounded Theory har til hensikt å danne ny og kontekstspesifikk teori, og ikke kun beskrive funnene. Teorien egner seg for artiklenes mål, da de hadde til hensikt å presentere en teoretisk fremstilling av mødrenes periode hjemme, samt utforske ammepraksis blant mødre. I artikkel 16 ble Ajzen og Fishbeins teori om planlagt atferd benyttet (76). Hensikten var å kartlegge sammenhengen intensjoner og mestringsstro har på ammevarigheten. Modellen ble benyttet som et rammeverk for variablene som ble målt i artikkelen.

4.1.4 Antall deltakere, alder og etnisitet

Majoriteten av deltakerne er kvinner, enten gravide eller mødre. Fedre er kun inkludert som deltakere i to artikler (1 og 12) (65, 74). Det var et stort spenn i antall deltakere i studiene, fra 7 (artikkel 9) til 2804 deltakere (artikkel 17), se tabell 3. Det var færre deltakere i artiklene som baserte seg på kvalitativ metode, enn i de som brukte kvantitativ metode.

Deltakernes alder varierer fra 15 til 46 år, se tabell 3. I noen av artiklene ble det kun oppgitt gjennomsnittsalder for deltakerne. I artikkel 17 ble mødrenes alder kategorisert som under 25 år, 25-29, 30-34 og over 35 år. I artikkel 8 ble alder oppgitt i tilsvarende kategorier, men kvinnene var i tillegg kategorisert etter kroppsmasseindeks (BMI). Dette gjorde det vanskelig å finne aldersspennet eller gjennomsnittsalder blant mødre. Mødrenes alder ble ikke oppgitt i artikkel 16, men inkludert som en påvirkende faktor.

Artiklene baserer seg på skandinaviske kvinner, og de fleste omhandlet den generelle befolkningen. I artikkel 6, 7, 13, 16, 17 og 18 var det et inklusjons - eller eksklusjonskriterie at deltakerne måtte forstå hovedspråket i det aktuelle landet (70, 76, 77, 80, 81, 84). Det var ikke oppgitt noen informasjon om deltakernes etnisitet i disse artiklene, se tabell 3. I artikkel 8 var nordisk-språklige kvinner invitert til å delta, og i artikkel 3 ble spørreskjemaene kun utsendt på norsk (68, 71). Det ble derfor en forutsetning at deltakerne kunne lese norsk. I en

majoritet av artiklene ble det forutsatt at kvinnene kunne snakke hovedspråket i det aktuelle landet (65, 66, 69, 74, 78, 79). Disse artiklene inkluderer også kvinner med utenlandsk opprinnelse. Det er oppgitt at kvinnene snakket et annet morsmål eller hadde en annen etnisitet enn skandinavisk, men det manglet informasjon om hvilken. I artikkel 11 var 178 av deltakerne født i Sverige, en i et annet nordisk land og tre i andre europeiske land (73). En deltaker hadde ikke oppgitt opprinnelsesland.

Noen artikler tar utgangspunkt i at kvinnene har en bestemt etnisitet. Formålet med artikkel 10 og 20 var å kartlegge amming blant somalisk – eller irakiskfødte kvinner bosatt i Norge (72, 83). I artikkel 4 var kun norskfødte kvinner inkludert (67). I to av artiklene var det ikke oppgitt informasjon om deltakernes etnisitet, annet enn at de var danske eller bosatt i danske områder (75, 82). Da deltakelse i de fleste artiklene forutsetter at kvinnene forstår språket, er antakeligvis innvandrerkvinner noe underrepresentert. Med unntak av to artikler, er det vanskelig å si noe spesifikt om disse gruppene. Det kan derfor ikke utelukkes at deltakerne også har hatt en annen etnisk opprinnelse enn skandinavisk.

4.1.5 Artiklenes mål og tema

Artiklenes overordnede mål varierer og er fremstilt i tabell 3. Flere av dem har samme tema og en oversikt over dette er forsøkt fremstilt i tabell 4. Mange artikler omfatter flere faktorer som har en betydning for amming, og betydningen av «formål» her er derfor det artiklene hovedsakelig hadde til hensikt å undersøke. Dette utelukker ikke at flere av dem omhandler andre faktorer. I majoriteten av artiklene blir faktorer som ammevarighet – og opphør, intensjoner og holdninger til amming belyst. Sammenhengen mellom SØS og amming er godt kartlagt. Videre kartlegger flere artikler sammenhengen mellom blant annet amming og etnisitet, kultur, BMI og hvorvidt det er forskjeller mellom førstegangsfødende og andre mødre.

Tabell 4: Oversikt over artiklens formål.

Artiklens formål	Artikkelnummer*	Totalt
Sosioøkonomisk status	2, 3, 5, 15,	4
Etnisitet og kulturell bakgrunn	10, 14 og 20	3
Varighet, opphør, ammeintensjoner og holdninger	1, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 18, 20	11
BMI	5, 8	2
Førstegangsfødende	8, 9, 11, 16	4
Effekt av mor-barn-vennlig initiativ og andre forhold**	4, 9, 12, 13, 19	5

* Artikler som nevnes i flere kolonner = artikler med flere formål.

** Andre forhold viser til blant annet foreldrepermisjon, ammevansker og tidlig utskriving.

Artiklens formål er forsøkt strukturert etter lagene i den sosiale helsemodellen og beskrevet under.

Sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer

Det ytterste laget i den sosiale helsemodellen omhandler generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer (36). SØS har betydning for determinanter som utdanningsnivå, boforhold og levekår, arbeidsforhold og tilgang på helsetjenester.

Dette laget i modellen omhandler politiske føringer, som effekt av mor-barn-vennlig initiativ, og foreldrepermisjon, og amming i offentligheten.

Levekår

Det neste laget omhandler levekår, som boforhold, nabolag og utdanning (36). Disse er viktige indikatorer på SØS. Tilgang på helsetjenester er en determinant som påvirkes av både kulturelle og sosioøkonomiske forhold, og er derfor plassert i dette laget. Det samme gjelder tilgang på informasjon, kunnskap og støtte fra helsepersonell.

Sosiale nettverk

Modellens tredje lag viser til sosiale nettverk og støtte (36). Dette er, for eksempel, støtte fra venner og familie.

Individuelle faktorer

Individuelle faktorer er det nest innerste laget i den sosiale helsemodellen (36). Slike er røyking, status som førstegangsfødende, BMI, herunder overvekt og fedme, og intensjoner og holdninger til amming. Det samme gjelder et ønske/forventninger om å amme. Etnisitet og kulturell bakgrunn er individuelle determinanter og omfattes også av dette laget. Alder er en biologisk faktor som befinner seg i modellens kjerne, og er en upåvirkelig determinant.

4.2 Funn

I denne delen av oppgaven presenteres funnene fra litteratursøket. En rapid review innebærer en narrativ syntese av funnene. I punkt 4.2.1 fremstilles de kvantitative funnene. Deretter fremstilles de kvalitative funnene i punkt 4.2.2. Resultatene er forsøkt strukturert etter lagene i den sosiale helsemodellen, og i underkapitler som gjenspeiler temaene fremstilt i tabell 4.

4.2.1 Kvantitative funn

Totalt hadde 13 artikler kvantitative funn.

4.2.1.1 Sosioøkonomiske kulturelle og miljømessige faktorer

Mor-barn-vennlig initiativ og andre forhold

Aspekter som fødselspermisjon og implementering av mor-barn-vennlige sykehus ser ut til å ha en positiv påvirkning på amming og varigheten av denne (67, 68, 74). Forfatterne bak artikkel 12 konkluderte med at både lenger planlagt og faktisk brukt foreldrepermisjon er assosiert med lenger varighet av både fullamming og annen amming (74). I artikkel 3 ble det konkludert med at mor-barn-vennlig initiativ bidrar til å opprettholde en høy andel mødre som ammer (68). Dette funnet bekreftes i artikkel 4, der forfatterne undersøkte effekten av mor-barn-vennlig initiativ i kommuner som ennå ikke hadde innført dette (67). Forskningen viser at kvinner som var på mor-barn-vennlige sykehus har større sannsynlighet for å fullamme barnet i seks måneder etter fødsel (ca. 18 %) enn kvinner som ikke fikk samme omsorg (ca. 14 %) (p-verdi = 0.03). Det ble imidlertid ikke påvist en signifikant forskjell i ammefrekvensen ved 12 måneders alder, som var henholdsvis 27,8 og 27,9 %. På dette tidspunktet var det heller ikke stor forskjell i tilfredshet med ammingen hos mødrene (henholdsvis ca. 76 % og 75 %). Resultatene tyder på at iverksatt mor-barn vennlig initiativ kan øke fullammingen opp til seks måneder. Det ser ikke ut til å ha en påvirkning på amming eller mødrenes trivsel ved 12 måneders alder.

Det ble identifisert andre generelle faktorer som førte til kortvarig eller uteblitt amming. En artikkel viste at tidlig utskriving fra sykehus påvirket ammingen (65). I artikkel 1 rapporterte ca. 27 % av mødrene problemer med ammingen, til tross for at de var fornøyde med hjelpen de fikk fra helsepersonell. Blant deltakerne i studien valgte ca. 7 % utskriving innen 24 timer. En fjerdedel av disse rapporterte problemer som var assosiert med dette. I artikkelen fant man at mødre som ammet sjeldent (<5 ganger dagen) hadde større sannsynlighet for å utvikle ammeproblemer enn mødre som ammet oftere.

4.2.1.2 Levekår

Sosioøkonomisk status

Resultatene indikerer at sosioøkonomiske forhold som nabolag, inntekt og utdanning påvirker ammingen (66, 69).

Nabolag er en indikator på SØS, som igjen kan ha sammenheng med amming. I artikkel 2 ble sammenhengen mellom nabolagets kjøpekraft (målt i husholdningsinntekt delt på antall husstandsmedlemmer) og amming undersøkt (66). Mødrene som bodde i nabolag med høy kjøpekraft hadde lavere sannsynlighet for opphør av amming før fire måneders alder enn mødre i nabolag med lav kjøpekraft. Mødrenes utdannelsesnivå korrelerte med nabolagets kjøpekraft. I artikkelen ble det konkludert med at høy kjøpekraft er en faktor som påvirker varighet av ammingen selv når det er justert for alder, røyking og utdanning. Funnene kan indikere at mennesker som lever i samme sosioøkonomiske nabolag har stor sannsynlighet for å ha samme oppfatninger, muligheter og ressurser, og dermed følge de samme anbefalingene. Dette indikerer at høy kjøpekraft er en faktor som kan ha sammenheng med amming.

Kvinnens valg om å amme kan påvirkes av sosial kontekst, som for eksempel det å bo i nabolag med høy inntekt. Også individuelle forhold kan ha betydning, som lavere utdannelsesnivå og dermed lavere inntekt. Økonomiske bekymringer kan føre til mindre energi til å klare ammingen over tid.

Andre funn viste en sammenheng mellom innbyggertetthet og varigheten av ammingen (69). Det var mindre sannsynlig at barn av mødre som bodde i byer med mellom 5000 og 14 999 innbyggere ble ammet ved fire måneders alder sammenlignet med barn av mødre som bodde i byer med 50 000 eller flere innbyggere.

Funn fra tre artikler indikerer at kvinner med høyt utdanningsnivå tilsynelatende ammer lenger enn kvinner med ingen eller lavere utdanning (68, 69, 74). Artikkelen 3 viste at det allerede på fødeavdelingen ble avdekket forskjeller i amming avhengig av mors utdanningsnivå (68). Blant mødre med høy utdanning fullammet 85 %, sammenlignet med 77 % blant mødre med lavere utdanning på dette tidspunktet. For all amming var tallene henholdsvis 86 % og 57 %. Etter fem måneder fullammet 22 % av mødrene med høy utdanning og 7 % av mødrene med lavere utdanning.

I en artikkel som hadde til hensikt å kartlegge hvordan ulike indikatorer for SØS og mors BMI før svangerskapet var assosiert med varigheten av amming, kom forfatterne til samme konklusjon (69). Barn av mødre med høyere utdanning hadde høyere sannsynlighet for å bli ammet ved fem måneders alder (ca. 85 %) enn barn av mødre med lavere utdanning (ca. 63 %). Funn fra artikkel 12 viser at høyere utdanning korrelerte med varigheten av all amming (74).

I tre artikler ble det ikke funnet sammenheng mellom sosioøkonomiske faktorer og varighet av amming (65, 73, 75). I artikkel 15 ble sammenhengen mellom utdanningsnivå og amming undersøkt, og det ble ikke funnet en sammenheng når det ble kontrollert for psykososiale faktorer som intensjoner, mestringsstrategi, subjektive normer og opplevelse av sikkerhet (75). Forfatterne bak artikkel 1 fant ikke at mors utdanning hadde betydning for varigheten av amming (65). I artikkel 11 ble det ikke funnet sammenheng mellom sosioøkonomiske faktorer som alder, utdanning, oppfattet økonomi og lengden på forholdet til foreldrene og varighet av ammingen (73).

Kontakt med helsepersonell

Resultatene viser at kontakt med helsepersonell kan påvirke ammingen (65). Det var få kvantitative funn som viste at en generell kontakt med helsepersonell i seg selv kan fremme amming, noe som skiller seg fra de kvalitative funnene. Dette antyder at denne faktoren er lettere å kartlegge i et intervju enn i spørreundersøkelser. Funn fra artikkel 1 viser at mange kvinner takket ja til hjelp fra helsepersonell under svangerskapet (65). Av deltakerne takket 68 % ja til hjelp den første måneden etter fødsel og ca. 97 % av disse var fornøyde med den hjelpen de fikk. Cirka 27 % av kvinnene opplevde utfordringer med ammingen som kunne relateres til tidlig opphør. Funnene tyder på at mange kvinner har behov for hjelp og kontakt med helsepersonell, men dette er et område hvor det finnes lite kvantitative data.

4.2.1.3 Individuelle faktorer

Etnisitet og kulturell bakgrunn

I artikkel 3 er det hevdet at igangsetting av amming er en kulturell norm i Norge (68). Kvinner med fremmedkulturell bakgrunn kan være påvirket av normer i Norge, men også ha en oppfatning om amming fra sitt opprinnelsesland. I artikkel 10 kartla forfatterne forskjeller i amming de første seks månedene mellom norsk-somaliske og norsk-irakiske spedbarn (72). Ved en måneds alder ble 37 % av de norsk-somaliske barna fullammet, sammenlignet med 35 % av de norsk-irakiske. Ved tre måneders alder var tilsvarende tall 21 % og 26 % og ved fire måneders alder henholdsvis 7 % og 10 %. Da barna var cirka fem måneder ble nesten ingen av dem fullammet. Tallene kan tyde på at de norsk-irakiske barna ble fullammet mer, men dersom man ser på tall for all amming, og ikke kun fullamming, fant forfatterne at de norsk-somaliske barna ble ammet mest. Blant de norsk-somaliske barna ble 97 % ammet ved en måneds alder og 79 % ammet ved seks måneders alder. Tilsvarende tall for norsk-irakiske spedbarn var 88 % og 58 %.

Mødrene oppga ulike grunner til ammeopphør (72). Blant de norsk-somaliske oppga 59 % at årsaken var utilfredsstillende melkeproduksjon, og 32 % at barnet ikke lenger ønsket å ammes. For de norsk-irakiske var tilsvarende tall 56 % og 12 %. Bruk av morsmelkerstatning var vanlig i begge grupper: 44 % av norsk-somaliske barn fikk erstatning den første måneden, 67 % ved fire måneders alder og 79 % ved seks måneders alder. Henholdsvis 34 %, 55 % og 61 % av norsk-irakiske barn fikk erstatning på de samme tidspunktene. Vann ble gitt i tillegg til morsmelk/morsmelkerstatning i begge grupper i løpet av den første måneden (30 % og 26 %). Funnene kan tyde på at det er en lavere andel av disse mødrene som fullammet enn i den øvrige norske befolkningen (7, 72).

Varighet, opphør, intensjoner og holdninger

Mestringstro og erfaringer fra tidligere amming påvirket mødrenes ønske om å amme igjen. En artikkel undersøkte trivsel med amming blant førstegangsfødende og fant at 81% av mødrene ønsket å amme igjen dersom de skulle få et barn til (73). Kun 5 % av mødrene sa de ikke ønsket å amme igjen, mens 8 % var usikre. Andelen mødre som ammet en uke etter fødsel, var mer innstilt på å amme neste barn enn mødre som ikke ammet ved tilsvarende tidspunkt. Funn viste at lang varighet av amming korrelerte positivt med mødrenes rapporterte glede over å amme. Ammevarigheten var relatert til mors opplevde relasjon til barnet.

Funnene fra artikkelen indikerer at mødre som ammer lenge og trives med det, har større sannsynlighet for å amme det neste barnet.

I artikkel 16 ble det undersøkt hvilken betydning mestringsstro og intensjoner hadde på assosiasjonen mellom amming av det første og andre barnet (76). Varigheten av fullamming med det første barnet var assosiert med varigheten av fullamming av det andre barnet. I tillegg hadde varighet av fullamming av første barn sammenheng med mors intensjoner og mestringsstro på evnen til å amme barn nummer to, også når det ble justert for mors alder og utdanning.

I artikkel 17 var tidligere negativ erfaring med amming mest vanlig blant mødre som var i aldersgruppen 30-34 år, hadde BMI på over 30 og hadde opplevd lav mestringsstro på amming i tidligere svangerskap (77). De rapporterte også lite opplevd sosial støtte. Røyking var assosiert med høy sannsynlighet for lav mestringsstro én uke etter fødsel. Mødre som rapporterte om nedgang i mestringsstro, hadde tidligere kortere ammevarighet, tidligere negative ammeerfaringer og ingen eller kortere utdanning. Når antall barn ble stratifisert for, viste resultatet en sterkere sammenheng mellom fall i, eller lav, mestringsstro og tidligere negativ ammeerfaring blant førstegangsmødre enn blant mødre med flere barn.

Artikkel 15 hadde til hensikt å kartlegge ammeintensjoner blant mødre og viste at intensjoner om å amme en lenger periode var relatert til økt varighet av ammingen og redusert sannsynlighet for tidlig opphør (75). Lave intensjoner og lav uttrykt mestringsstro på å klare å amme i fire måneder var assosiert med økt sannsynlighet for opphør av ammingen. Det samme gjaldt dem som ga uttrykk for at de ikke kom til å amme lenge. Tidligere kort varighet av amming og lav mestringsstro i svangerskapet var andre faktorer som var assosiert med kort ammevarighet. Resultatene kan tyde på at mestringsstro og vellykket og langvarig tidligere amming, har sammenheng med senere amming.

Førstegangsfødende

Flere artikler viser at mødre som har barn fra før kan ha økt sannsynlighet for å amme sammenlignet med førstegangsfødende (69, 70, 72-77). For eksempel fant forfatterne i artikkel 5 30 % som ammet ved fem måneders alder blant kvinner med tre barn, mens tilsvarende tall for kvinner med to og ett barn var henholdsvis 19 % og 12 % (69). Artikkel 7 viste at det å være førstegangsfødende var assosiert med ammeopphør før to måneder etter

fødsel (70). Dette gjaldt også mødre med somalisk eller irakisk opprinnelse: kvinner med to eller flere barn hadde større sannsynlighet for å amme sin nyfødte enn de med færre barn (77). Funn i artikkel 17 viste at førstegangsmødre hadde høyere sannsynlighet for å oppleve negative erfaringer med ammingen den første uken etter fødsel, sammenlignet med mødre som hadde barn fra før. Dette bekreftes av funnene i artikkel 15, der det fremgår at det å ha ammet tidligere var assosiert med en lavere andel som sluttet å amme (75). Funnene tyder på at tidligere erfaring med amming har sammenheng med amming av senere barn og varigheten av denne.

Overvekt og fedme

I to artikler gis det indikasjoner på at overvekt og/eller fedme hos mor har en negativ sammenheng med både amming og fullamming (69, 71). Artikkel 5 viste at barn av mødre med overvekt eller fedme hadde lavere sannsynlighet for å bli ammet og fullammet ved fire måneders alder sammenlignet med mødre med normalvekt (77 % overvekt og 71 % fedme versus 85 % med normalvekt) (69). I artikkel 8 fremgår det at andelen som ammet frem til fire måneders alder var 92 %, 84 % og 75 % hos mødre med henholdsvis normalvekt, overvekt og fedme (71). Resultatene tyder på at mødre med flere barn som har overvekt eller fedme, ammer mindre enn mødre med normalvekt og flere barn. Forfatterne i artikkel 15 fant riktignok at den signifikante sammenhengen mellom overvekt før svangerskapet og varigheten av amming forsvant da det ble kontrollert for pre – og perinatale faktorer (75). Disse faktorene var, for eksempel, hvor mange barn man hadde fra før og type fødsel.

Røyking

Røyking var assosiert med tidlig opphør av amming (68). I artikkel 3 fant forfatterne at kun 2 % av mødre som røyket fullammet ved fem måneders alder, mens 18 % av ikke-røykere fullammet ved samme tid. I artikkel 2 hadde mødre i nabolag med lav-middelklasse den høyeste forekomsten av røyking (ca. 9 %) (66). Disse mødre ammet mindre da barnet var fire måneder enn mødre i nabolag med høyere klasse, der forekomsten av røykende mødre var lavere. Forfatterne i artikkel 5 fant imidlertid ikke sammenheng mellom røyking og varigheten av ammingen (69). Likevel indikerer funnene at det blant mødre som røyker er en lavere andel som ammer og avslutter ammingen tidlig, enn blant mødre som ikke røyker.

Alder

Tall fra artikkel 3 indikerer at en lavere andel yngre enn eldre mødre ammer (68). Blant mødre i aldersgruppen 35-44 år fullammet 26 % da spedbarnet var fem måneder gammelt. Kun 7 % av mødrene i aldersgruppen 16-24 år gjorde det samme. Artikkel 12 og 16 viste en sammenheng mellom høyere alder ved fødsel og amming (74, 76). I en annen artikkel var derimot høy alder hos mor negativt assosiert med fullamning frem til barnet var fire måneder (69). Denne sammenhengen ble ikke funnet ved fem måneders alder. Funnene gir en indikasjon på at høyere alder henger sammen med høyere andel som ammer.

4.2.2 Kvalitative funn

Totalt hadde syv artikler kvalitative funn.

4.2.2.1 Generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer

Amming i offentligheten

Samfunnets syn på kvinnekroppen og kulturelle tradisjoner ble avdekket som barrierer for å amme i offentligheten (83, 84). Mødre i artikkel 6 uttrykte at samfunnet så på kvinnekroppen som seksualisert, selv i en ammekontekst (84). De formidlet at det var urettferdig å bli kritisert for å amme i offentligheten, ettersom amming var en helt naturlig ting. Kvinnene lot seg imidlertid ikke påvirke i den grad at de sluttet å amme i offentligheten, og det var en kollektiv enighet om at man burde ignorere den type kommentarer. Holdningen deres var at amming tross alt ikke var andres anliggende.

Islamske tradisjoner med å dekke til kroppen kunne føre til utfordringer ved å amme offentlig blant de somaliske kvinnene (83). Noen mødre valgte å amme i en garderobe eller på et offentlig toalett der dette var tilgjengelig, men mange valgte isteden å introdusere erstatning da det førte til færre praktiske utfordringer. Funnet underbygger tidligere funn om hvorfor noen kvinner fra islamske tradisjoner introduserer morsmelkerstatning tidlig og ammer mindre.

4.2.2.2 Levekår

Støtte fra helsepersonell

Støtte fra helsepersonell i ammesituasjonen ble hyppigere omtalt i artiklene enn støtte hjemmefra, og kun to artikler rapporterte betydningen av støtte hos familie og slektninger (81, 83).

Flere kvinner ga uttrykk for at de ønsket mer individuell støtte fra helsepersonell under oppstarten av ammingen (78, 79, 81, 83, 84). Andre opplevde at det var for mye press fra helsepersonell og følte de var en fiasko dersom de mislyktes (83). Det var ønskelig med mer praktisk hjelp og støtte i ammesituasjonen, som for eksempel hvordan de kunne vite om de hadde nok melk, og hva de skulle gjøre hvis de ikke hadde det. Flere mødre hadde også behov for hjelp til å posisjonere barnet (78). Status som minoritet medførte at de somaliske mødrene følte seg sårbare i møte med helsepersonell, og de uttrykte redsel for å gjøre noe som var feil i norske øyne (83). “In all cases, I am from Somalia... I am a foreigner when something happens... It is not allowed to do something wrong” (83, s. 490). Andre funn var at kvinnene mente det ikke var tilstrekkelig bruk av tolk på helsestasjon, og at tolk nødvendig dersom de ikke snakket flytende norsk. Flere kvinner oppga også at informasjon gitt muntlig var lettere å forstå enn den som ble gitt skriftlig.

Til tross for opplevde utfordringer, var mange mødre fornøyde med hjelpen de mottok (78, 79, 81, 83). Helsepersonell som viste forståelse var til hjelp for mødre som skulle håndtere en ny og krevende tid, og mødrene opplevde både informasjonen og veiledningen som støttende (78). Opplevde mor at hun kunne stole på helsepersonellet og utviste helsepersonellet omsorg utover det rent praktiske, følte mor at hun hadde mulighet til å overvinne de vanskene hun hadde (81). Hjelp og støtte fra helsepersonell gjorde at flere mødre oppnådde større grad av trivsel med ammingen (79).

Funnene tyder på at støtte og samvær med andre som er positive amming, kan motivere mor til å fortsette med ammingen, til tross for utfordringer. Dette indikerer at trygghet og støtte i ammingen er en forutsetning for amming, som igjen kan fremme amming.

Kunnskap

Kunnskap henger ofte sammen med utdanning, og er relatert til individet. Kunnskapen påvirkes av generelle samfunnsmessige forhold man lever under.

Deltakerne oppga at de fikk informasjon om amming gjennom det offentlige, helsepersonell, bøker, familie, venner og på internett (79, 80, 83, 84). Mødre i artikkel 6 beskrev at de opplevde en forskjell mellom generell offentlig informasjon om amming og informasjon som var direkte rettet mot gravide kvinner (84). Informasjonen som var direkte rettet mot dem opplevdes som mer målrettet og virkelighetsnær for dem som vordende mødre, enn den generelle informasjonen.

Kvinnene var fornøyde med både informasjon om amming, og tiden de fikk til å diskutere amming sammen med jordmødre (84). Jordmødrene informerte hovedsakelig om amming fra brystet, og en deltaker savnet mer informasjon om flaskemating. Dette ble også nevnt i en annen artikkel. En deltaker i artikkel 14 fortalte at hun ikke hadde hatt tilstrekkelig kunnskap om alternativet til amming og at ingen hadde fortalt henne om det (80). Artikkelen hadde til hensikt å kartlegge mors erfaringer med å ikke amme i en kultur der amming var normen. Mødrene opplevde mangel på balansert informasjon og ønsket at helsepersonellet hadde informert dem om alternativet, slik at de ikke hadde vært nødt til å finne ut av det på egen hånd. Kvinnene uttrykte også at helsepersonellet ga dem informasjon om amming som de ikke hadde etterspurt. Dermed følte de et press om å fortsette å amme selv om de egentlig ønsket å slutte. De følte skam da de ga barnet morsmelkerstatning, og mente dette skyldtes press og mangel på informasjon. Amming har en såpass høy status i Norge at de følte at de nærmest brøt loven ved å gi barna morsmelkerstatning. De uttrykte at dersom det ble gitt mer informasjon om alternativer, ville det ikke oppleves som et stigma dersom de var nødt til å ty til dem.

Artikkel 20, som kartla amming blant somaliske kvinner i Norge, viste at det var sprik i kunnskapen om amming og hva som var fullamming (83). Dette indikerer et behov for mer informasjon til denne gruppen. Mødrene oppfattet at de fullammet barna, men det viste seg at de ikke helt forsto hva som regnes som fullamming, og at de i realiteten ikke fullammet barnet. En deltaker uttrykte: "I am breastfeeding him exclusively, but sometimes when we are out.. or I do not have the opportunity to breastfeed him... I would usually give him a little bit of formula" (83, s. 489). Disse mødrene fikk råd og oppfordringer om å amme fra helsepersonell, venner, familie, bestemødre, bøker og internett. Flere kvinner hadde tatt

avgjørelsen om å amme fordi det var anbefalt i Koranen. I likhet med mødrene i artikkel 10, introduserte flere av kvinnene i artikkel 20 både morsmelkerstatning og vann tidlig (72, 83). De trodde at ammingen gjorde barnet tørst og at varmen om sommeren førte til et økt behov for væske. Introduksjonen av erstatning og vann var basert på råd fra slektninger, og var i strid med det rådet kvinnene fikk fra helsepersonell. Rådet gikk også på akkord med mors intensjon om å fullamme barnet. Kvinnene opplevde de ulike informasjonskildene som overveldende. Analysen viste at mødrene fulgte tre prinsipper når de skulle finne informasjon (83). Det ene var basert på tradisjon og verdier, det andre av hensyn til norske forhold og det tredje basert på vitenskap.

Funnene gir indikasjoner på at det er en kollisjon mellom vitenskapelige råd fra helsepersonell og kultur og tradisjoner (83). Om kvinnen velger å tidlig innføre vann og morsmelkerstatning, kan dette føre til at de fullammer mindre. En av kvinnene uttrykte følgende:

I think it is a cultural conviction, this thing that breast milk is not enough...I think this is the reason why my breastfeeding came to an end...I always felt that pressure: it is not enough, it is not enough, you have to give something else in addition, and when they first begin with the bottle they refuse the breast (83, s. 490)

Funnene tyder på at det er utfordringer knyttet til hvilke informasjonskilder kvinnene oppsøker og stoler på.

4.2.2.3 Sosial støtte og nettverk

Sosial støtte

I artikkel 6 oppga de fleste kvinnene at partnerne var positive til amming, og at det var et individuelt valg (84). Partnere ble nevnt som en viktig støtte for fremtidig amming. Noen kvinner uttrykte uro over at ammingen kunne komme i veien for båndet mellom barn og far, og at de derfor vurderte bruk av flaske selv om ammingen var vellykket. Mødrene med somalisk bakgrunn opplevde det som vanskeligere å amme i Norge enn i Somalia (83). Dette skyldtes mangelen på et støttenettverk tilsvarende det de hadde i Somalia. Ammingen kunne være stressende og vanskelig å håndtere i en hektisk hverdag. Det var derfor flere som tydde til erstatning, da de opplevde dette som mer håndterbart.

I flere av artiklene kom det til uttrykk at mødrene opplevde et press om å amme fra familie, helsepersonell og samfunnet ellers (80, 82, 84). I en artikkel utført blant svenske mødre, fryktet flere av dem at de skulle bli ansett som mindreverdige mødre dersom de ikke fikk til ammingen (84). De opplevde skam og skyldfølelse hvis det var tilfellet. Mødrene uttrykte også at de hadde hørt andre rundt dem, som ikke fikk til å amme, uttrykke skam. Kvinnene opplevde at sosiale normer i samfunnet rådet over situasjonen. Du skulle amme, men det var begrensninger for hvor lenge ammingen skulle vare. En av deltakerne uttrykte følgende: “you get criticized if you stop breastfeeding, as if you’re vain or lazy..., and if you do it for too long its regarded too hippie, so you should (breastfeed) a perfect length of time in between” (84, s. 4).

Opplevd skam og ytre press ble også ytret blant norske mødre (80). Noen av dem følte seg presset til å starte opp med ammingen mens de var innlagt på fødeavdelingen. Kvinnene oppfattet at de ansatte på sykehuset forventet at de skulle begynne å amme innen et gitt tidspunkt. De ble ikke spurt om de ønsket å amme eller ei – det var implisitt at de skulle det. Mødrene opplevde at alle rundt dem visste hva som var best for dem og barnet, og at de var nødt til å stå opp for seg selv. I likhet med de svenske mødrene, opplevde de skam og skyld dersom de ikke fikk til ammingen (80, 84). Denne følelsen ble imidlertid redusert dersom de ble møtt av støttende helsepersonell. Dette gjaldt dog ikke alle, og noen opplevde at helsepersonellet indirekte presset dem. I likhet med kvinnene i andre artikler, oppfattet kvinnene amming som norm, og alt annet var utenfor. Det var ikke akseptert å velge å ikke amme. Hvis mor valgte bort ammingen, ble hun spurt om hvorfor hun ikke ammet. De opplevde at dette ble ansett som samfunnets anliggende og ikke en privatsak.

Mødre som ikke fikk til ammingen, følte seg annerledes fra andre mødre: “I was really expecting breastfeeding to be quite straightforward. I did not know many others who did not breastfeed” (80, s. 3148). Flere av dem var engstelige for å bli oppfattet som en dårlig mor. Oppsto det utfordringer med ammingen, kunne de føle på en frykt for hva andre skulle tenke om dem (81). Blikk fra andre kunne forsterke mors opplevelse av å føle seg mislykket og ikke være en god mor.

Noen svenske mødre som hadde startvansker, opplevde å bli neglisjert av helsepersonellet da de fortalte om bekymringene relatert til oppstartsproblemene (82). Da de ga uttrykk for at ammingen kunne være smertefull, følte de at helsepersonellet forsøkte å normalisere

problemene deres. Mange av dem måtte ha gjentatte besøk tilbake på helsestasjonen før de opplevde at de ble lyttet til. Mødrene uttrykte at dette var problematisk, da det kunne føre til sinne mot de ansatte fordi mødrenes bekymringer ikke ble tatt på alvor. Mødrene hadde en oppfatning om at dette kunne vært løst om helsepersonellet ga dem mer individuelt tilpasset hjelp og ikke bagatelliserte problemene deres.

Funnene fra artiklene tyder på at flere kvinner opplever et press om å amme, og skam og skyldfølelse dersom de ikke får det til. Dersom de ikke kan, eller ønsker å amme, føler de seg uglesett av samfunnet, og ammingen oppleves ikke som et individuelt valg. Artiklene over baserer seg på kvinner både i Norge og Sverige, noe som kan tyde på at dette er et generelt og ikke et landsspesifikt problem.

Et ønske/forventninger om å amme

Til tross for noen unntak, tyder resultatene på at mødrene har forventninger eller ønsker om å amme (79-82, 84). I likhet med tidligere funn, hadde de følelser knyttet til forventningene samfunnet hadde til dem og til om de ville klare å amme. I artikkel 6 ønsket alle deltakerne å amme dersom de fikk det til (84). Kvinnene var derimot usikre på varigheten og synes det var vanskelig å spekulere i hvor lenge de ville kunne amme. Flere av dem uttrykte et ønske om å amme i tråd med anbefalingene om fullamming i seks måneder: “If it works... then I see no point in dealing with formula and such, it [breastfeeding] feels like the most practical alternative, it has everything that’s needed.” (84, s. 5). Deltakere i artikkel 13, som kartla mors erfaring med den første perioden hjemme med den nyfødte, ga uttrykk for at å få til ammingen kunne se ut til å representere suksess i mortilværelsen (79). Synet deles av andre mødre (80). Amming var viktig for kvinnene, og det var en oppfattelse om at man skulle amme – gjerne opp til ett år – da det var normen. “I wanted to breastfeed, which is what all mothers want” (80, s. 3148)

Mødrene i artikkel 9 opplevde at ammeproblemene gjorde dem usikre, og at amming ble en plikt, og ikke det de hadde forestilt seg (78). Dette bekreftes av funnene i artikkel 19 (82). Da ammevanskene oppsto og forventningene ikke ble innfridd, følte mødrene seg maktesløse og fortvilet. De opplevde en følelse av sorg og svik over å ikke kunne amme barnet sitt, og forventningene om den ubetingede kjærligheten de hadde forestilt seg forsvant: “...it was that first initial time I had heard them describe this as instant love... and then why could I not feel

in this way... it was really difficult taking care of that child and trying to survive...” (82, s. 1626)

En mor i artikkel 18 uttrykte at det var den positive responsen hun fikk fra barnet som motiverte henne til å fortsette med ammingen (81). Fikk hun ikke denne, følte hun seg ikke bekreftet av barnet og det reduserte motivasjonen. Funnene gir også indikasjoner på det omvendte: dersom mor fikk positiv respons fra barnet, og ammingen fungerte, ble mødrene motiverte og opplevde en følelse av frihet og glede (81, 82). Dette påvirket opplevelsen av å være mor positivt.

Hvorvidt kvinnen fikk til ammingen eller ei, påvirket hennes syn på kroppens funksjon (81). Hvis kroppen ga god respons på ammingen, med mye melk og lite smerte, ga dette kvinnene håp og selvtillit for hva kroppen kunne få til. Inntraff det motsatte, kunne dette føre til at de mistrode kroppens funksjoner. Funnene over indikerer at kvinnene var motiverte for å amme, men at ammeutfordringer kan påvirke både motivasjon, forventninger og selvfølelse, som i sin tur kan påvirke om kvinnene fortsetter å amme eller ikke.

5.0 Diskusjon

Følgende kapittel omfatter en diskusjon av funnene fra kapittel 4 samt en diskusjon av metoden som er benyttet. Diskusjonen av funnene følger samme oppbygning som i resultatkapittelet og er delt inn i en kvantitativ og en kvalitativ del. Implikasjoner for folkehelsearbeidet diskuteres både fortløpende og avslutningsvis.

5.1 Diskusjon av funn

Funn fra artiklene tyder på at politiske aspekter som implementering av mor-barn-vennlig initiativ og permisjon har betydning for ammingen. Høy SØS, som høy utdanning og det å bo i et område med høye inntekter, ser ut til å ha sammenheng med amming. Individuelle faktorer, som etnisitet og kulturell bakgrunn, høy alder, overvekt og fedme og røyking kan ha sammenheng med oppstart og varighet av amming. Det samme kan antall barn fra før og tidligere erfaring med amming. Kunnskap, holdninger og intensjoner om amming ser ut til å ha betydning for om kvinnen velger å amme. Kontakt med og støtte fra helsepersonell ble også funnet som viktige påvirkningsfaktorer.

5.1.1 Kvantitative funn

5.1.1.1 Sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer

Effekt av mor-barn vennlig initiativ og andre forhold

Resultatene viste at implementering av mor-barn-vennlig initiativ i kommunehelsetjenester bidro til lengre varighet av amming (67). Det samme gjorde planlagt og benyttet fødselspermisjon (74). Utover disse funnene, ga resultatene få indikasjoner på at aspekter som politiske føringer og permisjon i seg selv fremmer amming. Derimot er det grunn til å tro at disse aspektene kan ha en påvirkning da de er blitt en del av samfunnets generelle norm i Skandinavia. Det kan diskuteres hvorvidt ordninger som tilrettelegger for amming er såpass vanlige i Skandinavia at man ikke reflekterer over at de er der, og dermed kommer ikke effekten av dem så tydelig frem i forskning i dag. At Skandinavia har slike ordninger, er en mulig forklaring på hvorfor det er så høye amme-tall og muligens en forklaring på hvorfor det heller ikke ble funnet flere artikler om dette.

Funnene tyder på at etnisk skandinaviske kvinner fullammer mer og lenger enn kvinner med somalisk og irakisk opprinnelse, til tross for samme tilgang til ordninger som tilrettelegger for amming (72, 83). Det kan derfor ikke uten videre antas at innføring av slike tiltak i land utenfor Skandinavia i seg selv nødvendigvis ville ført til en økt andel som ammer. Derimot er det nærliggende å tro at ved å tilrettelegge for amming, bidrar man til å gjøre det enklere å amme. Kvinnene fra Somalia oppga imidlertid at det var enklere å amme i Somalia, da de hadde et støttenettverk der som de manglet i Norge (83). Dette understreker at det er ulike faktorer som tilrettelegger for amming. Funnet kan tolkes dithen at det ikke nødvendigvis er politiske tiltak som fremmer amming i alle land, men tilrettelegging og muliggjøring i seg selv. Generelle sosiale ordninger kan derfor ha en positiv effekt på folkehelsen dersom det fører til at flere kvinner har mulighet til å amme lenger og mer. Søkelyset bør derfor settes på å fortsatt informere om rettigheter og anbefalinger for å opprettholde og helst øke andelen som amme.

5.1.1.2 Levekår

Sosioøkonomisk status

I likhet med tidligere forskning fra ulike land, viser flere artikler at høy SØS har sammenheng med amming blant skandinaviske kvinner (9, 13, 66, 69). Vanlige indikatorer på SØS er utdanning og sosioøkonomisk profil på nabolaget. Dette er ikke faktorer som man kan

modifisere for gravide eller nybakte mødre, men kunnskap om dette er nyttig for å kjenne til grupper som kan ha nytte av ekstra oppfølging eller støtte for å velge å amme og å amme lenger.

Utdannelsesnivå

I likhet med tidligere internasjonal forskning, viser flere av artiklene at blant kvinner med høy utdanning er det en høyere andel som ammer og de ammer lenger enn kvinner med lavere utdanning (13, 40, 41, 68, 69, 74). Det kan være flere grunner til at de med høy utdanning oftere velger å amme, og oftere ammer lenger enn andre. Det er nærliggende å tro at kvinner med høy utdanning er vant til å tilegne seg ny kunnskap, og at det er lettere for dem å både oppsøke og forstå anbefalingene rundt amming. Høyere utdanning kan også være nyttig når det kommer til å skille mellom kvaliteten på ulike informasjonskilder. Dersom retningslinjer og anbefalinger ikke når frem i lik grad til kvinner med lavere utdanning, vil det sannsynligvis føre til lavere ammefrekvens. Ifølge tidligere forskning kan utdanning endre individets oppfatning og føre til at det opplever større kontroll over forhold i livet sitt (40, 43).

Utdanning kan bidra til at mødrene får bedre ressurser og kapasitet til å amme i tråd med anbefalingene. Det kan også være at høyt utdannede kvinner med ammevansker i større grad oppsøker helsehjelp. Opplever man vansker i en sårbar fase, kan det tenkes å være en fordel å ha kunnskap om hvor man skal oppsøke hjelp og hvem man kan kontakte.

Tidligere forskning fra Sverige viser til at forskjellen i varigheten av amming ser ut til å gjøre seg gjeldende frem til barnet er 12 måneder gammelt (45). På det tidspunktet var det en høyere andel kvinner med kortere utdanning som ammet. Forskerne konkluderer med at forskjellen kan skyldes at kvinner med kort utdanning i større grad er hjemme og dermed oppstår ikke konflikt mellom jobb og amming. Ingen artikler fra dette litteratursøket har undersøkt sammenhengen mellom mødrenes utdannelsesnivå og amming ved 12 måneders alder. Det er derfor uklart om en slik sammenheng eksisterer i dag.

Det er nærliggende å tro at høyt utdannede kvinner får med seg helseinformasjon, og følger den i større grad enn lavt utdannede. Resultatene fra denne oppgaven gir grunn til å reise spørsmål ved om anbefalinger og informasjon om amming gis på en slik måte at den forstås best av høyt utdannede. Hvis det er tilfelle, er dette problematisk da det kan skape et skille i helsen hos barn avhengig av mors utdannelsesnivå. Da vi kjenner til ammingens helsefordeler, er det viktig at ikke utdannelsesnivå er avgjørende for hvordan informasjon om

amming forstås eller oppfattes. I et folkehelseperspektiv vil det være av verdi å sørge for at vordende og ammende mødre får tilrettelagt informasjon på en slik måte at anbefalingene forstås og at mødrene ønsker å følge dem. Det er i denne sammenheng et poeng at helsepersonellet har tilstrekkelig tid til å bli kjent med mødrene slik at de blir klar over hvilke eventuelle utfordringer den enkelte har. Kunnskap om sosioøkonomiske faktorer knyttet til kvinnen, som utdanning, arbeidsforhold og tilgang til helsetjenester, er antakelig en forutsetning for å kunne gi god og tilpasset informasjon. Kort sammenfattet kan det legges til grunn at høy utdanning har sammenheng med amming. De med kortere utdanning kan trenge noe ekstra fokus og oppfølging for å oppmuntres til å amme lenge, og det er viktig å kartlegge hvem dette er.

Nabolag

Sammenhengen mellom amming og utdanning kan også relateres til omgivelsene. Tidligere forskning viste at mødre som hadde et nettverk med andre ammende mødre, hadde høy sannsynlighet for å amme (13). Ettersom mennesker ofte i stor grad omgir seg med andre med samme utdannelsesnivå, gjennom relasjoner fra studier, jobb og også nabolag, vil andres kunnskap og holdninger påvirke og gjerne forsterke egen motivasjon til å amme. Dette kan være derfor en forsterkende faktor for kvinner med høy utdanning. Artikkel 2 viser at lav kjøpekraft i nabolaget er assosiert med å ikke amme ved fire måneder, og at høy kjøpekraft er assosiert med mindre sannsynlighet for å stoppe før fire måneders alder (66). Når kvinner med lav utdanning bosetter seg i nabolag med lav kjøpekraft, vil det kunne være negativt for amming. Det er interessant å drøfte betydningen av utdannelsesnivå opp mot betydningen av nabolagets kjøpekraft. Det er et spørsmål om en kvinne med lav utdanning, som bosetter seg i et nabolag med høy kjøpekraft, har høyere sannsynlighet for å amme enn hvis hun hadde bosatt seg i et område med lavere kjøpekraft. Hvis det er slik, vil de sosiale omgivelsene kunne påvirke ammingen i større grad enn kvinnens individuelle utdannelsesnivå. Uttrykket «bosette seg» kan imidlertid romme flere ulike situasjoner, og hvorvidt kvinnen bor der midlertidig eller har vokst opp der, kan derfor ha betydning. Det er nærliggende å tro at kvinner som har vokst opp i et område med høy SØS har med seg normene fra nabolaget selv om hun selv ikke har høy utdanning.

Kontakt med helsepersonell

Tidligere forskning viser at opplevd støtte fra helsepersonell påvirker mødres intensjoner om å amme (9, 47). Det var relativt få kvantitative funn som sa noe om betydningen av kontakt med helsepersonell for amming, men resultatene viser at de aller fleste kvinnene var fornøyde med hjelpen de fikk fra helsepersonell (65).

5.1.1.3 Individuelle faktorer

Etnisitet og kulturell bakgrunn

Resultatene tyder på at etnisitet og kulturell bakgrunn kan påvirke amming og varigheten av den (72, 83). Tidligere forskning utført av både Bernard og Dennis viste at innvandrerkvinner hadde en større sannsynlighet for å starte med amming, men at det ikke var fullamming (49, 50). Dette er i tråd med resultatene referert i denne oppgaven, som viser at kvinner med somalisk og irakisk bakgrunn fullammet i mindre grad enn skandinaviske kvinner generelt (72, 83). Ved fire måneders alder fullammet 7 % av de somaliske kvinnene og 10 % av de irakiske (72). Til sammenligning fullammet henholdsvis 61 % og 39 % kvinner i den danske og norske befolkningen generelt ved samme tidspunkt (5, 7). Forskjellene i all amming var mindre, og viste at en høy andel av somaliske og irakiske kvinner ammet noe ved seks måneders alder (72). Kulturelle tradisjoner som tidlig introduksjon av vann og morsmelkerstatning, kan muligens forklare sammenhengen, da disse kan antas å forhindre fullamming (72, 83).

Det kan ikke antas at statistikkene fra Skandinavia kun baserer seg på kvinner med skandinavisk etnisitet, og det er derfor vanskelig å si noe om dataene er representative (5, 7). Grewal et al. fant at opprinnelsesland hadde betydning for amming ved seks måneders alder, og somaliske mødre hadde større sannsynlighet for å amme ved seks måneders alder enn irakiske mødre (72). Somalisk og irakisk etnisitet hadde også betydning for om mødre fullammet (72, 83). Forskjellen i fullamming er et viktig funn. Selv om mødre ammet lenge, er det ønskelig at barnet kun får morsmelk og ikke introduseres unødvendig for vann eller morsmelkerstatning.

Kvinnene opplevde at råd og anbefalinger kolliderte med tradisjoner og råd fra familie, og resultatene tyder på at dette kan ha betydning for amming blant innvandrere (83). En av kvinnene oppga at kulturelle normer og presset om å introdusere erstatning og vann var årsaken til opphøret av ammingen. Resultatene indikerer et behov for mer målrettet

informasjon og støtte til kvinner med somalisk og irakisk etnisitet, men også til familiene deres. Informasjon om amming, kurs og oppfølging bør tilbys til kvinnen og hennes tilsvarende nære. Funn fra artikkel 20 viser at flere av de somaliske kvinnene ønsket at informasjonen ble gitt muntlig ved direkte kontakt med helsepersonellet (83). Dette funnet bør man ha med seg når man skal gi informasjon til disse kvinnene. Målet bør være å redusere gapet mellom informasjon kvinnen får av helsepersonell og myndigheter, og den hun får fra familien. Forhåpentligvis kan dette føre til at sannsynligheten for tidlig opphør reduseres og at hun i større grad støttes i ammingen hjemme. Funnene fra denne oppgaven omhandler kun mødre med somalisk eller irakisk opprinnelse (72, 83). Det er et poeng å undersøke om disse forholdene også gjør seg gjeldende i andre innvandrergupper.

Resultatene tyder på at skandinavisk bakgrunn kan ha sammenheng med fullamming. Funnene tyder på at kulturelle tradisjoner knyttet til etnisitet har stor betydning for opphør av fullammingen. Kunnskap om kultur og tradisjoner er derfor viktig i møte med vordende og ammende mødre. Helsepersonell og andre som gir veiledning til mødre med somalisk og irakisk opprinnelse bør være bevisst disse kulturelle forskjellene. Når tradisjoner fra opprinnelseslandet viser seg å ha stor betydning, er det også et spørsmål om man bør bestrebe seg på at informasjonen gis av helsepersonell med samme kulturelle bakgrunn i den grad det er praktisk mulig. Det er grunn til å tro at disse vil ha en annen påvirkningskraft, og dette bør derfor undersøkes ytterligere.

Varighet, opphør, intensjoner og holdninger

Intensjoner om å amme kan knyttes til funn om at antall barn fra før kan ha sammenheng med amming. I artikkel 11 fant forfatterne at mødre som trivdes med langvarig amming av det første barnet, hadde høyere sannsynlighet for å amme det neste barnet (73). Det var også slik at de som ammet lengst var de som trivdes best med å amme. Varigheten av ammingen av det første barnet var korrelert med varigheten av amming av det andre barnet, og er dermed tall som kan utpeke seg som unike for Skandinavia dersom man sammenligner med forskningen utført av Sutherland et. al (55). Derimot viser forskning fra land utenfor Skandinavia en negativ assosiasjon mellom antall barn fra før og en intensjon om å amme i neste svangerskap (47). Funnene som antyder at skandinaviske mødre med barn fra før har sterkere intensjoner om å amme enn mødre som er førstegangsfødende, kan henge sammen med politiske og sosiokulturelle forhold i disse landene som skiller seg fra andre land (54).

I artikkel 15 fant forskerne at lav mestringstro var assosiert med kortere varighet av ammingen og økt sannsynlighet for opphør (75). Lave intensjoner om å amme, spesielt blant førstegangsfødende, ser ut til å kunne hindre ammingen. Dersom mødrene ikke får startet opp med ammingen, vil dette trolig kunne påvirke valget om å amme et senere barn. Det at resultatene viser at tidligere god erfaring med amming kan øke intensjonene om å amme igjen, understreker viktigheten av god støtte og hjelp med amming hos førstegangsfødende (73).

Det er viktig å arbeide for å styrke empowerment hos kvinnene. Kvinnene bør oppleve at valget er deres og at ammingen er noe de vil klare. På sikt kan dette øke mestringstroen, og dermed intensjonene om å amme. Resultatene tyder på et økt behov for målrettet oppfølging blant førstegangsfødende og kvinner med lav mestringstro eller lave intensjoner om å amme. Oppfølging bør skje som veiledning og informasjon allerede under svangerskapet. Kjennskap til hva som har påvirket tidligere valg angående amming vil være verdifullt hvis man skal arbeide med intensjoner og mestringstro, og for å redusere andelen som slutter å amme.

Førstegangsfødende

Tidligere forskning har vist en negativ assosiasjon mellom amming og antall barn fra før, hvor amming etter første fødsel kunne predikere amming for senere barn (47, 55). Resultatene fra denne oppgaven indikerer at det er en omvendt sammenheng enn antatt fra tidligere forskning. Førstegangsfødende ammet mindre enn mødre med flere barn, og flere barn så ut til å øke sannsynligheten for amming av neste barn (69, 70, 72-77).

Et aspekt som tenkes å være utslagsgivende for hvorfor førstegangsmødre ammer mindre, er at de ikke har tidligere erfaring med amming. Dersom de støter på utfordringer, har de ingen positiv erfaring med at problemene kan løse seg.

Kunnskap om at førstegangsfødende i mindre grad enn andre velger å amme er viktig informasjon og indikerer at de har nytte av ekstra støtte, slik at de føler de kan håndtere sin egen situasjon og ammingen. For å øke intensjonen om å amme neste barn, bør ekstra støtte også gis til mødre som tidligere har opplevd mislykket amming. På sikt vil dette være positivt for folkehelsen.

Overvekt og fedme

Resultatene om sammenhengen mellom overvekt og amming er sprikende, men de tyder på at det er en negativ sammenheng mellom overvekt og/eller fedme og både amming og fullamming (69, 71). Forfatterne i artikkel 5 peker på at mulige årsaker til sammenhengen kan skyldes fysiske utfordringer grunnet stor kroppsstørrelse, og en mulig reduksjon i melkeproduksjonens første fase (69). Det kan tenkes at overvektige kvinner opplever et større ubehag ved å vise frem kropp og bryst i offentligheten enn kvinner med normalvekt, og dermed lar være å amme.

Generell informasjon til mennesker som skal endre helseatferd og som er i grupper som har flere barrierer enn andre, hjelper sjelden. Det vil derfor neppe ha særlig stor effekt å informere dem om at de er i en risikogruppe for ikke å amme. Derimot er det et poeng å i særlig grad lytte til disse kvinnenes tanker om amming og gi dem ekstra støtte. Det vises her til funn fra artikkel 17 som viste at høy BMI korrelerer med lav mestringstro (77). Som det fremgår over, er det flere faktorer som kan føre til at disse kvinnene ammer mindre, og dette øker behovet for støtte til ammingen.

Ettersom andelen overvektige i Skandinavia øker, vil kunnskap om sammenhengen mellom overvekt og amming være svært nyttig å undersøke videre i fremtidige studier (85).

Røyking

Det er sprikende resultater om sammenhengen mellom røyking og amming. En artikkel viste at mødre som røyker fullammer mindre enn ikke-røykere, og røyking var også assosiert med lav mestringstro for amming én uke etter fødsel (77). En annen artikkel fant ingen sammenheng mellom røyking og amming (69). Funn fra artikkel 2 viste at mødre med lav SØS hadde høyere andel røykere enn andre og også en lavere andel som ammer (66). Det er dermed ikke godt å si om det er lav SØS eller selve røykingen som har størst betydning for mindre amming.

Ettersom kvinner med høy utdanning har vist seg å i større grad være oppdatert på anbefalinger fra myndighetene om amming enn kvinner med lav utdanning, kan det også være at kvinner med høy SØS er mer oppdatert på informasjonen om at man ikke skal røyke samtidig som man ammer og/eller etterlever dette i større grad (42).

Funnene gir ingen entydig indikasjon på en sammenheng mellom røyking og amming, men det er et interessant funn som krever ytterligere forskning.

Alder

I samtlige artikler er høyere alder assosiert med amming (68, 69, 74, 76). Funnene stemmer med tidligere forskning fra andre land (13). Høyere alder kan ha sammenheng med sannsynligheten for å ha flere barn og dermed også tidligere erfaringer med amming og sterkere intensjoner om å gjøre det igjen. Dersom det er slik at høy alder hos mor kan fremme amming, viser disse funnene at unge mødre kanskje har et behov for ekstra støtte og oppfølging slik at de ammer lenger.

Selv om resultatene tyder på at en høy alder fremmer amming, er høy alder hos mor ikke utelukkende positivt. Sett fra et folkehelseperspektiv kan man ikke av den grunn oppfordre kvinner til å vente med å få barn. Resultatene tilsier imidlertid at tiltak i særlig grad rettes mot de yngste mødrene.

5.1.2 Kvalitative funn

5.1.2.1 Sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer

Amming i offentligheten

Resultatene rundt amming i offentligheten er delvis i tråd med tidligere forskning (9, 13, 38). Samfunnets syn på amming påvirker kvinnene i ulik grad (84). Kvinner omtalt i artikkel 6 opplevde samfunnets holdninger som problematiske, men det stoppet dem ikke i å amme i offentligheten. I studier utført utenfor Skandinavia fant man at kvinner ammet lite i offentligheten fordi det var mindre sosialt akseptert (9, 38). Disse resultatene kan antyde at amming i offentligheten ikke er like tabubelagt i Skandinavia som i andre land. Det er nærliggende å tro at aksepten for amming i offentligheten i Skandinavia kan ha vært med å bidra til den høye andelen som ammer, men det er viktig at synet på amming i offentligheten som normalt opprettholdes.

Artikkelen som undersøkte amming blant somaliske kvinner i Norge, kan underbygge tidligere funn om hvorfor muslimske kvinner introduserer vann og morsmelkerstatning tidlig og dermed fullammer mindre (83). Det var tydelig at praktiske utfordringer, som ønsket om å dekke seg til, påvirket ammingen og gjorde erstatning til et enklere valg. Kunnskap om, og

forståelse for kulturelle og praktiske aspekter er viktig når man oppfordrer og informerer om amming. Ulike behov medfører behov for ulik tilrettelegging. De svenske kvinnene ønsket å amme når og der det passet dem (84). De muslimske kvinnene brukte erstatning eller oppsøkte en garderobe/offentlig toalett (83). Dette indikerer et behov for et sted de kunne være privat/utenfor offentligheten.

Amming i offentligheten bidrar til å normalisere synet på amming, og kan på den måten bidra til å fremme amming. Egnede steder der kvinner kan amme bør være tilgjengelig for de som har behov for dette. Til tross for at dette kan føre til amming blir mindre synlig i offentligheten og dermed påvirker synet på om det er greit å amme i offentligheten, bør det tilrettelegges for ulike behov. Dette kan føre til at ammingen ikke opphører.

Slik vil amming i offentligheten bli hver enkelt kvinnes valg – og ikke samfunnets. For folkehelsen vil mer amming i offentligheten kunne bidra til å redusere det seksualiserte synet på brystet, sosial stigmatisering og skape et mer tolerant samfunn.

5.1.2.2 Levekår

Støtte fra helsepersonell

Resultatene viser at støtte er en faktor som kan fremme amming (78, 79, 81, 83, 84). Dette underbygges av tidligere forskning (13). Det ble avdekket et behov for mer individuell støtte og veiledning. Flere kvinner uttrykte et ønske om mer hjelp i situasjonen, og dette var vesentlig for at de skulle føle mestring. Andre funn har dokumentert at mødre opplever et press om å amme, og er redde for å mislykkes (83). Sammenlagt tyder resultater fra denne oppgaven på at opplevd støtte og omsorg fra helsepersonell kan bidra til at mor overvinnes eventuelle ammevansker og dermed gradvis begynner å trives med ammingen (79, 81). Funnene understreker at det er viktig at mor motiveres og opplever en følelse av empowerment.

Tidligere forskning viste at samvær med andre ammende mødre kunne påvirke mor til å amme (13). Dette viser at et støttende nettverk kan ha en positiv påvirkning. Kvinnene i artikkel 20 uttrykte at mangelen på et støttende nettverk i Norge tilsvarende det de hadde i Somalia gjorde at de opplevde det som vanskeligere å amme i Norge (83). Dette er et viktig funn som muligens kan bidra til å forklare hvorfor de tidlig innfører morsmelkerstatning. Innsikt og forståelse vil være viktig i møte med gravide og ammende kvinner.

Funnene understreker viktigheten av både god og tilpasset støtte fra helsepersonell, men også behov for støttende nettverk, som for eksempel barselgrupper. Dersom samvær med andre mødre kan fremme amming hos noen mødre og støtte opp om kvinnene, kan mødre oppfordres til deltakelse i barselgrupper. Informasjon om amming bør gis til partner, familie og tilsvarende nære slik at de kan støtte mor og avlaste henne ved behov – og dermed gjøre det lettere for henne å amme.

Kunnskap

Resultatene indikerer at kunnskap om amming fremmer den (83, 84). Funnene er i tråd med tidligere forskning (9). Dette tyder på at kunnskap er en konstant faktor og ikke et forbigående fenomen, og viktig på tvers av kontekst. Funnene viste imidlertid at noen kvinner manglet kunnskap om hva som var fullamming, og savnet kunnskap om morsmelkerstatning. Dette kommer frem i eksempelet i resultater, der en kvinne i artikkel 14 opplevde at hun ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om alternativer til amming (80). Undersøkelsen målte ikke den kunnskapen som var tilgjengelig for kvinnene, men hva de selv opplevde å vite.

De somaliske kvinnene som deltok i artikkel 20 fikk anbefalinger om å amme også fra Koranen (83). Valget deres var i stor grad preget av tradisjoner og meninger hos familie og venner. Kvinnene var av den oppfatning at de fullammet, men dette viste seg å være feil, til tross for et uttrykt ønske om å fullamme. Valget om å introdusere vann og morsmelkerstatning ble tatt basert på hva som var vanlig i hjemlandet. Kvinnene opplevde også utfordringer med hvilke informasjonskilder de skulle stole på. Det oppsto kollisjon mellom tradisjonen for å følge råd fra familie og venner og offentlige anbefalinger. Manglende kunnskap om fullamming fører ikke nødvendigvis til mindre amming, men det tyder på at kvinnene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om dette.

Funnet avdekker et behov for mer kunnskap om fullamming. Det er ikke nødvendigvis tilfelle at kvinner med en annen etnisk bakgrunn og andre tradisjoner velger å fullamme og avvike fra egne tradisjoner selv om de får riktig og god informasjon om hva dette er. Det gir dem imidlertid den informasjonen de trenger til å ta et veloverveid valg. Det kan være verdifullt at helsepersonell som gir ammeveiledning har kunnskap om tradisjoner og kulturelle forskjeller. På denne måten kan det være mer sannsynlig at informasjonen om fullamming når frem til disse kvinnene.

Flere kvinner opplevde at informasjonen om morsmelkerstatning var utilstrekkelig, og ønsket seg mer balansert informasjon (80, 84). De oppga at mer balansert informasjon kunne fjerne et eventuelt stigma knyttet til dette. Dette tyder på et behov for mer informasjon om alternativer. Samtidig er det ønskelig å få flere kvinner til å amme. Det kan derfor stilles spørsmål ved om det er riktig å gi mye informasjon om morsmelkerstatning, dersom situasjonen ikke tilsier at det er behov for det. Kvinnene i artikkel 14 som ikke ammet, oppga ulike grunner til dette (80). Noen av dem klarte ikke å amme. Andre følte seg presset til å starte å amme eller ble ikke spurt om det var dette de ønsket. Det er viktig at kvinner som ikke kan amme av fysiske og/eller psykiske årsaker tilbys god og balansert informasjon om morsmelkerstatning fra helsepersonellet. Til disse kvinnene bør erstatning fremmes som et fullverdig alternativ, slik at det ikke oppleves som et nederlag å ty til dette. Når målet er å få flest mulig kvinner til å amme, er det imidlertid ikke uproblematisk å presentere morsmelkerstatning som et fullverdig alternativ før kvinnene har forsøkt å amme. For å opprettholde andelen som ammer og øke den, er det et poeng at de som kan amme nettopp gjør det.

Ønsker vi at kvinner ammer, bør vi tilrettelegge for at hun opplever at dette er et selvstendig valg og ikke som følge av press om å amme fra helsepersonell. Det stiller krav til helsepersonellets formidlingsevne både under og etter svangerskapet. Oppfatter kvinnen at hun har den kunnskapen hun trenger for å velge å amme, kan dette føre til intensjoner om å amme.

5.1.2.3 Sosial støtte og nettverk

Sosial støtte

Flere kvinner rapporterte et press om å amme fra familie, helsepersonell og samfunnet generelt. Resultatene viser at kvinnene følte en forventning om å få til ammingen, og uttrykte en følelse av skam dersom de ikke gjorde det (80, 82, 84). For noen kvinner startet dette presset allerede på fødeavdelingen (80). Press og opplevd skam kan føre til lav mestringstro og en lav følelse av empowerment. Mødrene hadde hørt at andre rundt dem som ikke fikk til ammingen uttrykke skam (84). Dette tyder på at mødrene fikk det inntrykk av at man skulle skamme seg over dette allerede før de selv startet å amme.

Resultatene tyder på at den allmenne oppfatningen i samfunnet om at man skal amme kan være problematisk for noen kvinner. For folkehelsen er det gunstig at så mange barn som

mulig ammes, men dette må kommuniseres uten at det er forbundet med stigma å ikke amme. Som tidligere nevnt, uttrykte flere kvinner at følelsen av skam og skyld ble redusert i møte med støttende helsepersonell (80). Dette understreker tidligere funn om at støtte kan fremme amming. Informasjon om at amming er et frivillig og personlig valg bør gis til både mor og hennes nærstående.

Det kan riktignok ikke legges til grunn at det er en direkte sammenheng mellom redusert press og stigma og mer amming. Derimot kan mindre press på kvinnen føre til økt empowerment. Opplever mor at hun har kontroll over sin egen situasjon, kan det øke sannsynligheten for at hun tar et helsefremmende valg. Tilrettelagt støtte og et arbeid mot å øke empowerment hos gravide og ammende kvinner er svært viktig. Både fordi stigma ikke bare kan føre til lave intensjoner om å amme igjen, men også lav selvfølelse, lite mestringstro og en følelse av mislykkethet. Resultatene fra denne oppgaven viser at førstegangsfødende allerede ammer lite, og press og skam er en dårlig start. For kvinner med flere barn, kan press og skam redusere intensjonene om å amme det neste barnet.

Et ønske/forventninger om å amme

Resultatene viser at de fleste kvinnene ønsket å amme (79-82, 84). Dette kan komme av en indre motivasjon, og at man ønsker å gjøre det beste for barnet. Mødrene opplevde at vellykket amming representerte en slags suksess, som understøtter resultatene om at samfunnet ilegger mødre et forventningspress om å amme. Vellykket amming kunne føre til at mødrene ble motivert til å amme og en positiv respons fra barnet motiverte til fortsettelse (81, 82). I disse to artiklene hadde mødrene som ble intervjuet vansker med oppstart av ammingen. Det kan derfor tenkes at de var i en ekstra utsatt posisjon. Resultatene underbygger likevel tidligere funn.

Det er viktig å identifisere eventuelle utfordringer, usikkerhet og lav motivasjon, da resultatene tyder på at dette påvirker ammingen. Et ønske om å amme fremmer amming, og dersom denne motivasjonen er til stede, kan dette antas å gi en økt følelse av empowerment. Begrepet empowerment kan som tidligere nevnt, brukes om en opplevelse av mestring (57). Det er sannsynlig at en opplevelse av mestring fører til økt selvfølelse og økt tro på egne evner. Mors motivasjon bør kartlegges og eventuelle utfordringer som kan stå i veien for amming, bør håndteres ved god kontakt mellom kvinnen og helsepersonellet.

Amming og de sosiale helsedeterminantene

De fleste lagene av helsedeterminantene påvirker hverandre, se figur 1 (36). Det er interessant å diskutere i hvilken grad determinantene påvirker hverandre.

I denne oppgaven har den sosiale helsemodellen blitt benyttet som et hjelpemiddel for å synliggjøre de faktorene som kan ha betydning for amming (36). Sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer har betydning for utdanning, bo – og arbeidsforhold. Sosiale nettverk og tilgang på sosial støtte kan ha påvirkning for de valgene kvinnen tar. Denne masteroppgaven har vist at det er sammenheng mellom SØS og amming, og at høy SØS kan fremme amming. Dersom de ytre determinantene påvirker determinantene i sirklene innenfor, vil antakeligvis kvinner med høy SØS også ha større tilgang til sosiale nettverk og helsetjenester og at de i større grad kan utnytte disse. Dette kan muligens øke sannsynligheten for at de ammer mer. På en slik måte vil tilgang til determinantene kunne påvirke kvinnens helsestatus. Det kan ikke påstås at det er slik, men kjennskap til determinantene og hvordan de påvirker helsen, er nyttig kunnskap i arbeidet med å få flere til å amme. En god forståelse av hvordan faktorene gjensidig påvirker hverandre, er vesentlig for å lage målrettede tiltak i arbeidet med å bedre folkehelsen.

5.2 Metodediskusjon

Min rolle som forsker

Forskning innebærer alltid en risiko for subjektivitet. I følge Malterud har forskerens forforståelse betydning for hvordan man samler inn data og tolker denne (86). Forforståelsen består av erfaringer, faglig perspektiv og hypoteser, og den teoretiske referanserammen vi har ved prosjektets start. Amming, morsmelk og kvinnehelse er et personlig interessefelt. Det kan ikke derfor ikke garanteres at min personlige oppfatning og forforståelse ikke har påvirket datainnsamlingen og fortolkningen av resultatene. Samtidig kan oppgavens problemstilling med et åpent spørsmål om hva som har betydning for amming ha ført til mindre subjektivitet. Formålet med oppgaven innebar å kartlegge ulike faktorer, noe som ikke nødvendigvis ville resultere i et klart svar. Dette gjorde det lettere å være nysgjerrig og åpen for alle funn, enn om jeg hadde hatt en problemstilling som tok utgangspunkt i å påvise noe. Min tidligere kunnskap om hva som påvirker amming var også relativt begrenset, da jeg selv ikke har barn og dermed ikke hadde erfaringer som kunne farge oppgaven.

Subjektivitet er en skjevhet det er viktig å være bevisst. Jeg har etterstrebet nøytralitet og objektivitet gjennom hele prosessen, og håper dette har ført til at min forskning er etterprøvbart og transparent.

Styrker og svakheter ved metoden

En rapid review har, som tidligere nevnt, til hensikt å vurdere allerede eksisterende forskning på et felt (58). Rapid review kan oversettes til «rask gjennomgang» og egner seg derfor innenfor rammene av en masteroppgave. Det korte tidsperspektivet kan likevel medføre en ulempe. Metoder som krever lenger tid, for eksempel en større systematisk litteraturgjennomgang, gir forskeren mulighet til å gå gjennom større mengder litteratur, herunder grå litteratur. Ved å utelukke grå litteratur, er det mulig jeg har ekskludert relevant materiale som kunne ført til andre svar. Lenger tid kunne også ført til at flere artikler ble inkludert, som igjen kunne ha påvirket resultatet.

Metoden tar utgangspunkt i å være «fast, but not dirty» (58). Metodiske sjekklister kan bidra til at arbeidet blir gjennomført systematisk og nøyaktig (61). Kravet om en kvalitetsvurdering av inkluderte artikler bidrar til å redusere risikoen for skjevheter, som ofte anses som en metodisk svakhet grunnet den korte tidsperioden. Cochranes midlertidige veiledning stiller krav til andre interessenter («key stakeholders») (59). I denne oppgaven innebar det at veileder leste gjennom en viss andel av artiklene, samt gjennomførte et antall kvalitetsvurderinger. Til sammen fører disse momentene til at metoden anses som solid, til tross for at den gjennomføres i løpet av relativt kort tid.

Styrker og svakheter ved gjennomføringen

Generelt

Under forberedelsene til masteroppgaven ble det først bestemt at oppgaven skulle være en scoping review. Prosjektplanen og det innledende arbeidet med oppgaven tok derfor utgangspunkt i dette. I januar 2022 ble det avholdt et møte med universitetsbibliotekarene der ble det avklart at en scoping review ville bli for omfattende innenfor de rammene som var gitt. Jeg ble derfor anbefalt å bruke rapid review som metode isteden, som var et mer fornuftig valg med tanke på den tiden jeg hadde til rådighet. Dette medførte at en mindre del av oppgaven måtte gjøres om igjen, samtidig som jeg brukte noe ekstra tid til å sette meg inn i den nye metoden. Bytte av metode var uansett et klokt valg, og gjennom arbeidet har jeg fått kjennskap til en metode jeg ikke hadde erfaring med fra før.

En svakhet ved gjennomføringen av litteratursøket, var min manglende forskererfaring. Med unntak av bacheloroppgaven, har jeg begrenset erfaring med forskning. Dette kan ha ført til større sannsynlighet for skjevheter og metodiske feil. Jeg har derfor forsøkt å være ekstra nøyaktig under gjennomføringen og prøvd å utføre metoden i tråd med veiledningen og følge denne så presist som mulig.

Identifisering

Oppgaven innebar et omfattende databasesøk. I samråd med bibliotekar valgte jeg ut tre databaser som egnet seg. Bruk av få databaser er en mulig skjevhet, og det kan ikke utelukkes at flere databaser kunne ført til enda flere artikler, som igjen kunne påvirket problemstillingen. Siden databasene som er brukt er velrennomerte innen helseforskning og søkene ga en relativt stor mengde funn, ble det konkludert med at tre var tilstrekkelig. Ved å lete etter nøkkelartikler var jeg relativt sikker på at søkestrengen fungerte på tvers av databasene. Funnet av flere nøkkelartikler gjorde meg trygg på at flere databaser ikke nødvendigvis hadde ført til så mange flere treff, samtidig som dette er en skjevhet man aldri kan forsikre seg hundre prosent mot.

Søket resulterte i 708 treff, og duplikatkontrollen i EndNote var derfor et svært nyttig verktøy å lære seg. Sorteringen var en tidkrevende prosess, men førte til et godt system samtidig som det utelukket irrelevante artikler og duplikater.

Screening

I tråd med metoden, ble inklusjons – og eksklusjonskriteriene diskutert med veileder på forhånd (59). Ved å utelukke situasjoner som ikke innebar amming fra brystet, kan det ha blitt utelukket relevante artikler som kunne gitt andre perspektiver og svar. Dette er en eventuell svakhet ved screeningen. Siden jeg ønsket å finne svar på hva som påvirker kvinner til å amme, ble andre måter å gi morsmelk på utelatt.

Datainnsamling gjennomført før 2005 var et eksklusjonskriterium. Flere referanser som ble lest i screeningen, sammenlignet eldre og yngre datasett. Disse ble besluttet utelatt for å begrense antall artikler og beholde de som var mest relevante for dagens situasjon. Dette førte til at noe nyere data ble utelatt, og kan ha ført til at jeg utelukket relevante artikler som også kunne ha besvart problemstillingen.

I tråd med metoden ble referansene sendt til veileder for screening i to runder (59). Veileder screenet artiklene og deretter diskuterte vi hvorvidt de skulle inkluderes eller utelates.

Veileders gjennomlesing har vært en styrke ved screeningen, da den har fungert som en kvalitetssjekk av artiklene, samtidig som det har gitt meg gode innspill. Alt i alt synes jeg at kriteriene som ble satt var gode for den valgte metoden, og nødvendig innenfor de gitte rammene, selv om færre eksklusjonskriterier kunne gitt flere resultater og andre perspektiver.

Utvelgelse

I forbindelse med utvelgelsen ble det gjennomført en «risk of bias assessment» ved hjelp av sjekklister fra JBI (64). Det var flere sjekklister å velge mellom, men valget falt på JBI da de var oversiktlige og hadde et bredt utvalg skjemaer som dekket flere forskningsdesign. Det er usikkert om vurderingene som ble tatt ville blitt annerledes med andre sjekklister. Jeg hadde ingen tidligere erfaring med kvalitetsvurdering av artikler, noe som kan ha økt risikoen for at kvaliteten på de inkluderte artiklene i realiteten var en annen enn det jeg har vurderte dem til. Dette kan ha ført til inkludering av artikler med skjevheter. Veiledningen fra Cochrane stilte krav til at kvalitetsvurdering skulle gjennomføres av mer enn én fagperson («reviewer») (59). Veileder vurderte derfor tre artikler før vi sammenlignet sjekklisene. At en mer erfaren forsker vurderte tre artikler, kan ha bidratt til å minimere bias. Til tross for manglende erfaring, har jeg forsøkt mitt ytterste å sette meg inn i sjekklister og vurdere artiklene så presist så mulig.

Til slutt ble 20 artikler inkludert, som kan være både en styrke og en svakhet. Hensikten med metoden var å finne nøkkelkomponenter, og ved å bruke 20 artikler var det mindre sannsynlig at jeg utelukket relevant informasjon enn hvis jeg hadde benyttet færre. Fordelen ved dette antallet er at det blir mulig å trekke frem både ulike perspektiver og funn, og det øker sannsynligheten for å identifisere temaer på tvers av artiklene. En større mengde forskning ville gjøre det vanskelig å få omtalt relevante funn på samme måte.

I denne typen forskning medfører seleksjonsskjevhet en risiko for at utvalget ikke er representativt. I denne oppgaven har jeg benyttet ulike artikler som baserer seg på kvinner fra ulike samfunnslag i Skandinavia. Det kan reises spørsmål ved om de inkluderte artiklene er representative for å kunne si noe generelt om skandinaviske kvinner. De fleste av artiklene med kvantitativt design har rekruttert kvinner ved det som i undersøkelsene betegnes som jordmorklinikk, fødeavdelinger og ved svangerskapskontroller (65-68, 70, 71, 73-76). Flere

av artiklene benytter data fra større geografiske områder, noe som øker sannsynligheten for at utvalget er representativt. Noen artikler inkluderer flere hundre kvinner, mens andre omhandler flere tusen deltakere. Som det fremgår over, kommer kvinnene fra ulike land, er i ulike aldre og fra ulike samfunnslag. Dette antas å gi noen indikasjoner om generaliserbarhet. Samtidig kan det, i de tilfellene der kvinnene er rekruttert ved jordmordklinikk, fødeavdeling og svangerskapskontroll, være noe overvekt av kvinner med høy utdanning som har valgt å delta. Til tross for dette kan de kvantitative funnene anses å være representative nok til å si noe om kvinner i Skandinavia. Som tidligere nevnt er innvandrerkvinner sannsynligvis noe underrepresentert, da det var krav om å forstå det aktuelle språket i flere artikler. Dette kan ha utelukket interessante funn.

I artiklene med kvalitativt design, ble kvinnene hovedsakelig rekruttert fra helsestasjoner, fødselsforberedende kurs og fødeavdelinger. Noen deltakere kom til gjennom venner som hadde kjennskap til studien. Kvalitativ forskning innebærer ofte mindre utvalg, og det er derfor vanskelig å si noe om generaliserbarhet for den øvrige befolkningen ut fra disse artiklene.

Det kan stilles spørsmål ved om kvinner som deltaker i denne typen forskning er representative for den generelle befolkningen. Nybakte mødre befinner seg i en ny og sårbar livssituasjon, som er omveltende. Majoriteten av artiklene kartla både amming og intensjonen om å amme både underveis og i etterkant. Flere av kvinnene ble rekruttert i svangerskapet eller rett etter fødsel. Det kan tenkes at kvinner som på disse tidspunktene i livet takker ja til å delta i forskning har kapasitet og ressurser utover det vanlige. Et par av artiklene trekker paralleller mellom ulike samfunnslag, og noen intervjuet kvinner som befant seg i en særlig sårbar situasjon. Det kan likevel antas at deltakelse i forskning forutsetter et visst overskudd.

Kvinner som nylig har født eller skal amme, og ikke takker ja til å delta i forskning, kan muligens ha andre utfordringer, synspunkter og behov enn kvinner som har overskudd til deltakelse. Det kan ikke utelukkes at disse ville oppgitt andre faktorer for hva som fremmer amming eller fører til opphør, enn hva som kommer frem av denne oppgaven. Dette kan medføre at funnene kun gjelder for en bestemt del av befolkningen, med andre ord at det som kartlegges er det som fremmer amming blant den mer ressurssterke del av befolkningen. Dette er en typisk seleksjonsbias for denne typen forskning. Ved denne typen seleksjonsbias får man ikke kartlagt hva som kan fremme amming blant de andre kvinnene. Slik er det en risiko

for at man ikke når alle, og kanskje særlig ikke den gruppen som er minst ressurssterke og trenger det mest.

Informasjon om disse kvinnene bør derfor kartlegges på andre måter. Et forslag til mulig løsning på dette kan være å sende ut et spørreskjema som stiller spørsmål om amming, motivasjon og intensjoner om å amme, samt opphør og årsaker til andre kvinner enn de som er omtalt i avsnittet over. Dette kan gjøres i forkant av graviditet, eller noe senere i livet. På denne måten får man kartlagt flere kvinner enn de som takker ja når de står i situasjonen. Samtidig vil svar fra kvinner for hvem situasjonen foreløpig kan fortone seg som hypotetisk, være mindre valide. Det kan likevel tenkes at ved å kartlegge kvinnene i en mindre sårbar livsfase økes sannsynligheten for flere og mer utfyllende svar. Det er mulig noen kvinner har mer kapasitet på et annet tidspunkt i livet, og kan gi svar på om eller hvorfor de valgte å amme eller ikke.

6.0 Konklusjon

6.1 Hovedfunn

Denne masteroppgaven har kartlagt og belyst ulike faktorer som har betydning for amming blant skandinaviske kvinner. Resultatene viser at det er ulike sosiale, kulturelle og politiske faktorer, sosioøkonomiske faktorer og individuelle faktorer som har betydning for amming. Disse kan fokuseres på for å fremme amming blant skandinaviske kvinner. Generelle sosiale ordninger i Skandinavia, som anbefalinger og rettigheter, tilrettelegger og muliggjør ammingen. Indikatorer for SØS, herunder høyere utdanning og høy kjøpekraft, er assosiert med amming og kan påvirke varigheten av den. Mødre med høy utdanning ammer mer enn mødre med lavere utdanning. Det samme gjelder mødre som er bosatt i nabolag med høy kjøpekraft. Det kan tenkes at SØS kan påvirke ammingen blant annet gjennom sosiale nettverk, kunnskap, bruk av helsetjenester og livsstilsvalg.

Kontakt og støtte fra helsepersonell kan ha en positiv påvirkning på ammingen. Hva slags omsorg som gis kan påvirke mødrene. Resultatene viser at ekstra støtte, individuelt tilpasset rådgivning og det å bli hørt kan bidra til å øke både mestringstro og intensjonen om å amme. Et opplevd press om å amme kan ha motsatt effekt. Dette er viktige funn da de avdekker et behov for noe ekstra støtte til kvinner i en sårbar situasjon.

Det er flere individuelle faktorer som har vist seg å ha betydning for, og fremmer amming. Både høy alder hos mor, normalvekt og status som ikke-røyker er positivt for amming. Funn fra denne oppgaven tyder på at førstegangsfødende ammer mindre enn mødre med flere barn, og at flere barn ser ut til å kunne øke intensjonene om å amme igjen. Lav mestringstro er også assosiert med kortere varighet av ammingen.

Kulturelle tradisjoner ser ut til å påvirke ammingen i større grad enn etnisitet. For innvandrere med bakgrunn fra Somalia og Irak kan dette henge sammen med manglende kunnskap om hva fullamming er og tradisjonen om tidlig introduksjon av morsmelkerstatning og vann. Som det fremgår over, har individuelle faktorer stor betydning for amming og vil antakelig modifisere effekten av de andre faktorene.

6.2 Implikasjoner for folkehelsearbeid

Resultatene viser at generelle sosiale ordninger som tilrettelegger og muliggjør amming har en positiv effekt på folkehelsen dersom de fører til at flere kvinner kan amme lenger og mer. Myndighetene bør fortsatt informere om anbefalinger og rettigheter, men i større grad benytte seg av flere informasjonskanaler, som TV og sosiale medier. Slik kan anbefalingene nå ut til en større målgruppe. Anbefalinger og retningslinjer om amming bør fortsatt vektlegges under svangerskapet. Amming i offentligheten er relativt normalisert i Skandinavia sammenlignet med andre land, men det er viktig å opprettholde normalisering av amming i offentligheten, og tilrettelegge for ulike behov. Dette vil ha stor betydning for folkehelsen.

Amming ser ut til å kunne relateres til omgivelsene. Nabolagets kjøpekraft/SØS vil kunne ha betydning for ammingen. Dersom det er slik at mødre påvirkes av andre mødre i samme nabolag, og at høy SØS kan fremme amming, vil dette påvirke ammingen for noen grupper i samfunnet. Dette funnet vil være viktig å ha kunnskap om i folkehelsearbeid.

Denne masteroppgaven avdekker et behov for noe ekstra støtte til amming for kvinner i befolkningsgrupper som generelt har en lavere andel som ammer eller har risiko for tidligere opphør av ammingen. Dette kan være førstegangsfødende, kvinner med lavere SØS, yngre kvinner, kvinner med overvekt og/eller fedme, kvinner som røyker, kvinner med innvandrerbakgrunn og kvinner med tidligere negative erfaringer med amming eller med lav mestringstro og lave intensjoner om å amme. Dette stiller et krav til kompetanse og ressurser hos helsepersonell. Kunnskap om mulige barrierer og personlige forhold hos kvinnen vil være

nyttig når helsepersonell skal gi informasjon og veilede vordende og ammende mødre. Dette vil være viktig i arbeidet med å fremme amming. Kvinner bør støttes, oppmuntres og motiveres til å amme både under svangerskapet og fødsel. Videre bør det bevilges ressurser til flere hjemmebesøk, slik at det er mulig å kartlegge og følge opp mødre.

Kvinnens personlige forutsetninger, forventninger og ønsker påvirker valget om å amme. Mange kvinner ønsker å amme, og det kan se ut som tidligere gode erfaringer kan motivere dem til å amme igjen. Funnene tyder på at kunnskap om amming kan fremme den, men kunnskapen ser ikke ut til å være tilstrekkelig. Informasjon om anbefalinger og rettigheter knyttet til amming og fullamming, gitt på en måte som kan forstås av flere, vil kunne være et godt tiltak som også kan redusere informasjonsgapet. For å øke den sosiale støtten en kvinne opplever fra omgivelsene, bør denne informasjonen også gis til kvinnens familie og tilsvarende nære. Videre bør god og balansert informasjon om morsmelkerstatning gis til kvinner som ikke kan eller ønsker å amme, for å redusere et eventuelt stigma i en allerede sårbar situasjon.

Resultater fra denne oppgaven har vist at å omgås andre mødre som ammer, kan øke sannsynligheten for at mor ammer. Kunnskap om kvinnenens sosiale nettverk, inkludert nabolag, kan være et utgangspunkt for å veilede kvinner og sørge for støtte i ammingen. Kvinner kan oppfordres til deltakelse i barselgrupper, eller samvær med andre mødre som ammer, så langt det er praktisk mulig.

6.3 Implikasjoner for videre forskning

Sosial støtte fra både helsepersonell og andre viktige personer i kvinnens liv ser ut til å ha betydning for amming. Det vil derfor være interessant å undersøke i videre forskning hvordan man kan øke slik støtte til nybakte mødre.

Oppgaven har kartlagt at faktorer som er bra for helsen, også er bra for amming. Dette er faktorer som å ha normalvekt og å ikke røyke. Livsstilsfaktorer som overvekt og røyking var assosiert med lavere andel som ammet. Det er et behov for ytterligere forskning på sammenhengen mellom slike livsstilsfaktorer og amming. Det vil også være interessant å forske på hvorfor eldre mødre ammer mer enn yngre. Disse faktorene vil ha betydning for folkehelsen.

Det vil være interessant å undersøke om det er kulturelle faktorer blant andre grupper minoritetskvinner som har betydning for deres amming. Om tilsvarende faktorer som dem som er funnet i denne oppgaven gjør seg gjeldende blant andre minoritetskvinner enn kvinner med somalisk og irakisk bakgrunn, vil også disse kvinnene ha et behov for informasjon og ekstra støtte.

6.4 Konklusjon

Denne masteroppgaven har kartlagt ulike faktorer som har påvirkning på hvorvidt skandinaviske kvinner ammer, samt varigheten av denne. Både sosiale, kulturelle og politiske faktorer har betydning. Levekår og individuelle sosioøkonomiske faktorer spiller inn, og blant kvinner med høy SØS er det høyere andel som ammer. Tilgang på kunnskap og helsetjenester samt sosiale nettverk og støtte fremmer amming. Individuelle faktorer synes å ha vesentlig betydning.

De overnevnte faktorene vil være viktig å ha kjennskap til i fremtidig folkehelsearbeid. Kvinner i grupper som har en lavere andel som ammer eller økt risiko for tidligere opphør kan ha behov for ekstra støtte. Oppgaven avdekker et behov for ytterligere forskning på sammenhenger mellom amming og individuelle livsstilsfaktorer, og på betydningen av økt støtte til nybakte mødre. I tillegg er det interessant å undersøke hvilke kulturelle faktorer som er av betydning for amming blant ulike grupper av minoritetskvinner.

7.0 Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [oppdatert 2021-07-08; hentet 2022 01-10]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering>
2. Ryste ME. Ammerekvolusjonen [Internett]. Kvinnehistorie.no: Kilden kjønnsforskning.no; 2003 [oppdatert 2019; hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.kvinnehistorie.no/artikkel/t-2474>
3. Helsedirektoratet. Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [oppdatert 2014-04-09; hentet 2022 01-10]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
4. Socialstyrelsen. Statistik om amning 2019 [Internett]. Socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen; 2021 [oppdatert 2021-12-14; hentet 2022 01-10]. Tilgjengelig fra: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7693.pdf>
5. Sundhedsstyrelsen. Amning - en håndbog for sundhedspersonale [Internett]. Sundhedsstyrelsen.dk: Sundhedsstyrelsen; 2021 [oppdatert 2021-03; hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Amning-håndbog-for-sundhedspersonale.ashx>
6. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National

Breastfeeding Committees and Representatives. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(3):400-7.

7. Myhre JB, Andersen LF, Kristiansen AL. Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 6 måneder. [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020 [hentet 2022 04-27]. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/kostholdsundersokelser/spedkost-3---barn-6-mnd-alder.pdf>

8. Maharlouei NM, Pourhaghighi AMs, Raeisi Shahraki HP, Zohoori DM, Lankarani KM. Factors Affecting Exclusive Breastfeeding, Using Adaptive LASSO Regression. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2018;6(3):260-71.

9. Kong SKF, Lee DTF. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nurs.* 2004;46(4):369-79.

10. Rousseau EH, Lescop JN, Fontaine S, Lambert J, Roy CC. Influence of cultural and environmental factors on breast-feeding. *Can Med Assoc J.* 1982;127(8):701-4.

11. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics.* 2000;106(5):e67-e.

12. Burdette AM, Pilkauskas NV. Maternal Religious Involvement and Breastfeeding Initiation and Duration. *Am J Public Health.* 2012;102(10):1865-8.

13. Brown A. Sociological and Cultural Influences upon Breastfeeding. I: Family Larson-Rosenquist Foundation, red. *Breastfeeding and Breast Milk – From Biochemistry to Impact.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2018. s. 137-162.

14. World Health Organization. Breastfeeding [Internett]. Who.int: World Health Organization; u.å [hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra:
https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html

15. Helsedirektoratet. Amming og morsmelk [Internett]. Helsenorge.no: Helsedirektoratet; u.å [oppdatert 2020-12-17; hentet 2022 01-10]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsenorge.no/spedbarn/spedbarnsmat-og-ammings/ammings-og-morsmelk/>
16. Forestell CA. Flavor Perception and Preference Development in Human Infants. *Ann Nutr Metab* 2017;70(Suppl. 3):17-25.
17. Mazzocchi A, Gianni ML, Morniroli D, Leone L, Roggero P, Agostoni C, et al. Hormones in Breast Milk and Effect on Infants' Growth: A Systematic Review. *Nutrients*. 2019;11(8):1845.
18. Lønnerdal B, Erdmann P, Thakkar SK, Sauser J, Destailats F. Longitudinal evolution of true protein, amino acids and bioactive proteins in breast milk: a developmental perspective. *J Nutr Biochem*. 2017;41:1-11.
19. Almeida CC, Mendonça Pereira BF, Leandro KC, Costa MP, Spisso BF, Conte-Junior CA. Bioactive Compounds in Infant Formula and Their Effects on Infant Nutrition and Health: A Systematic Literature Review. *Int J Food Sci*. 2021;2021:1-31.
20. Løland B, Brabrand K, Myr R, Prestaasen R. Amming/morsmelk/mastitt og abscess [Internett]. Veileder i fødselshjelp: Norsk gynekologisk forening; 2020 [oppdatert 2020-02-16; hentet 2022 01-10]. Tilgjengelig fra:
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/ammings-morsmelk-mastitt-og-abscess/>
21. Ammehjelpen. Hva er fullamming? [Internett]. Ammehjelpen.no: Ammehjelpen; u.å [oppdatert 2021-06-15; hentet 2022 01-10]. Tilgjengelig fra:
<https://ammehjelpen.no/fullamming/>
22. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding [Internett]. Who.int: World Health Organization; u.å [hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra:
<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

23. Ammehjelpen. «Mor-barn-vennlig standard» og «Ti trinn for vellykket amming» [Internett]. Ammehjelpen.no: Ammehjelpen; u.å [oppdatert 2021-06-15; hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://ammehjelpen.no/mor-barnvennlig-initiativ/>
24. Socialstyrelsen. Tio steg som främjar amning [Internett]. Socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen; 2014 [oppdatert 2014-10-27; hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-10-27.pdf>
25. Roos J. Strategier och rekommendationer för amning [Internett]. Rikshandboken-bhv.se: Rikshandboken i barnhälsovård; u.å [oppdatert 2020-12-21; hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.rikshandboken-bhv.se/amning-och-nutrition/framja-amning/strategier-och-rekommendationer-for-amning/>
26. Livsmedelsverket. Spädbarn [Internett]. Livsmedelsverket.no: Livsmedelsverket; u.å [hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/barn-och-ungdomar/spadbarn>
27. Folkehelseinstituttet. Amming og morsmelk [Internett]. FHI.no: Folkehelseinstituttet; u.å [oppdatert 2021-12-17; hentet 2022 01-13]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/>
28. Livsmedelsverket. Nationell samordning av spädbarnsnutrition och amning [Internett]. Livsmedelsverket.se: Livsmedelsverket; u.å [oppdatert 2021-10-27; hentet 2022 01-13]. Tilgjengelig fra: <https://www.livsmedelsverket.se/om-oss/samarbeten/nationella-amningskommitten>
29. Kompetencecenter for amning. Om kompetencecentret [Internett]. Kompetencecenterforamning.dk: Komiteen for Sundhedsoplysning; u.å [oppdatert 2021-11-16; hentet 2022 01-13]. Tilgjengelig fra: <http://www.kompetencecenterforamning.dk/om-kompetencecentret>
30. Jordemoderforeningen. Videntcenter for Amning lukker. Tidsskrift for Jordemødre. 2008; (11).

31. Ammehjelpen. Hva er ammehjelpen? [Internett]. Ammehjelpen.no: Ammehjelpen; u.å [hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://ammehjelpen.no/hva-er-ammehjelpen/>
32. Amningshjälpen. Välkommen til amningshjälpen [Internett]. Amningshjalpen.se: Amningshjälpen; u.å [hentet 2022 01-13]. Tilgjengelig fra: <https://www.amningshjalpen.se/foreningen>
33. Beskæftigelsesministeriet. Barselsorloven: Hvor meget orlov, og hvordan kan den holdes? [Internett]. bm.dk: Beskæftigelsesministeriet; 2021 [hentet 2022 01-14]. Tilgjengelig fra: <https://bm.dk/arbejdsomraader/arbejdsvilkaar/barselsorlov/barselsorloven-hvor-meget-orlov-og-hvordan-kan-den-holdes/>
34. Arbeidsmiljøloven. 2005. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 2005-06-17 nr 62.
35. Arbetsgivarverket. Föräldraledighet [Internett]. Arbetsgivarverket.se: Arbetsgivarverket; u.å [hentet 2022 01-14]. Tilgjengelig fra: <https://www.arbetsgivarverket.se/ledare-i-staten/arbetsgivarguiden/pagaende-anstallning/ledighet-och-franvaro/foraldraledighet/>
36. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? The Lancet. 1991;338(8774):1059-63.
37. Safaei J. Social Policy as Social Vaccine. Social Medicine. 2014;8:11-22.
38. Scott JA, Kwok YY, Synnott K, Bogue J, Amarri S, Norin E, et al. A Comparison of Maternal Attitudes to Breastfeeding in Public and the Association with Breastfeeding Duration in Four European Countries: Results of a Cohort Study. Birth. 2015;42(1):78-85.
39. Helsedirektoratet. Sosial ulikhet påvirker helse - tiltak og råd [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [oppdatert 2018-08-30; hentet 2022 04-15]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad#referere>

40. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J. Pediatr.* 2018;203:190-6.e21.
41. Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, Gillman MW. Immigration, Race/Ethnicity, and Social and Economic Factors as Predictors of Breastfeeding Initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(3):255.
42. Skafida V. The relative importance of social class and maternal education for breastfeeding initiation. *Public Health Nutr.* 2009;12(12):2285-92.
43. Sajjad S, Roshan R, Tanvir S. Impact of maternal education and source of knowledge on breast feeding practices in Rawalpindi city. *MOJ Curr Res & Rev.* 2018;1(5):212-42.
44. Johansen A, Krogh C, Weber Pant S, Holstein B. Amning: Temarapport og årsrapport. Børn født i 2014 [Internett]. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2016 [hentet 2022 01-24]. Tilgængelig fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/publikationer/rapporter
45. Socialstyrelsen. Har sociodemografin betydelse för amningsfrekvensen? [Internett]. www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen; 2014 [Hentet 2022 01-24]. Tilgængelig fra: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-10-24.pdf>
46. Callaghan S, Moore RL, Geraghty AA, Yelverton C, McAuliffe F. Examination of weight status, parity and maternal education factors on intentions to breastfeed and breastfeeding duration in an Irish cohort. *Proc Nutr Soc.* 2020;79(OCE2).
47. Ballesta-Castillejos A, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, Ortiz-Esquinas I, Hernández-Martínez A. Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1).

48. Farhadi R. Spiritual Aspects of Breastfeeding: A Narrative Review. *J Pediatr Rev.* 2020;8(4):229-36.
49. Bernard JY, Cohen E, Kramer MS. Breast feeding initiation rate across Western countries: does religion matter? An ecological study. *BMJ Glob Health.* 2016;1(4):e000151.
50. Dennis CL, Shiri R, Brown HK, Santos HP, Schmied V, Falah-Hassani K. Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2019;15(3):e12809.
51. Wu W-C, Wu JC-L, Chiang T-L. Variation in the association between socioeconomic status and breastfeeding practices by immigration status in Taiwan: a population based birth cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1).
52. Oves Suárez B, Escartín Madurga L, Samper Villagrasa MP, Cuadrón Andrés L, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, et al. Immigration and factors associated with breastfeeding. CALINA study. *An Pediatr (Barc).* 2014;81:32-38
53. Jiang H, Li M, Yang D, Wen LM, Hunter C, He G, et al. Awareness, Intention, and Needs Regarding Breastfeeding: Findings from First-Time Mothers in Shanghai, China. *Breastfeed Med.* 2012;7(6):526-34.
54. Wen L, Baur LA, Rissel C, Alperstein G, Simpson JM. Intention to breastfeed and awareness of health recommendations: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. *Int Breastfeed J.* 2009;4(1):9.
55. Sutherland T, Pierce CB, Blomquist JL, Handa VL. Breastfeeding Practices Among First-Time Mothers and Across Multiple Pregnancies. *Matern Child Health J.* 2012;16(8):1665-71.
56. NOU 1998:18. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Sosial - og helsedepartementet; 1998.

57. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. [Internett]. Geneva: World Health Organization; 2009 [hentet 2022 04-27]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/>
58. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):91-108.
59. Garritty C, Gartlehner G, Kamel C, King VJ, Nussbaumer-Streit B, Stevens A, et al. Cochrane Rapid Reviews. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group [Internett]. Cochrane Rapid Reviews Methods Group: Cochrane; 2020 [oppdatert 2020-23-03; hentet 2022 01-17]. Tilgjengelig fra: http://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf
60. CQUniversity Library. Definition of a rapid review [Internett]. CQUniversity Library: Central Queensland University; 2021 [oppdatert 2021-12-02; hentet 2022 01-14]. Tilgjengelig fra: <https://libguides.library.cqu.edu.au/rapid-review>
61. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev.* 2021;10(1).
62. Helsebiblioteket.no. Alle databaser [Internett]. Helsebiblioteket.no: Folkehelseinstituttet; u.å [hentet 2021 09-29]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
63. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021:n71.
64. Critical Appraisal Tools [Internett]. JBI.global: Joanna Briggs Institute; 2020 [hentet 2022 02-22]. Tilgjengelig fra: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

65. Almquist-Tangen G, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr.* 2012;101(1):55-60.
66. Almquist-Tangen G, Stromberg U, Holmen A, Alm B, Roswall J, Bergman S, et al. Influence of neighbourhood purchasing power on breastfeeding at four months of age: a Swedish population-based cohort study. *BMC Public Health.* 2013;13:1077.
67. Baerug A, Langsrud O, Loland BF, Tufte E, Tylleskar T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):428-39.
68. Baerug A, Laake P, Loland BF, Tylleskar T, Tufte E, Fretheim A. Explaining socioeconomic inequalities in exclusive breast feeding in Norway. *Arch Dis Child.* 2017;102(8):708-14.
69. Bjorset VK, Helle C, Hillesund ER, Overby NC. Socio-economic status and maternal BMI are associated with duration of breast-feeding of Norwegian infants. *Public Health Nutr.* 2018;21(8):1465-73.
70. Cato K, Sylven SM, Lindback J, Skalkidou A, Rubertsson C. Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months-Identifying women in need of targeted breastfeeding support. *PLoS One.* 2017;12(6):e0179402.
71. Claesson IM, Myrgard M, Wallberg M, Blomberg M. Pregnant women's intention to breastfeed; their estimated extent and duration of the forthcoming breastfeeding in relation to the actual breastfeeding in the first year postpartum-A Swedish cohort study. *Midwifery.* 2019;76:102-9.
72. Grewal NK, Andersen LF, Sellen D, Mosdøl A, Torheim LE. Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey. *Public Health Nutr.* 2016;19(4):703-15.

73. Granberg A, Ekstrom-Bergstrom A, Backstrom C. First-Time Mothers' Enjoyment of Breastfeeding Correlates with Duration of Breastfeeding, Sense of Coherence, and Parental Couple and Child Relation: A Longitudinal Swedish Cohort Study. *Nurs Res Pract*. 2020;2020:8194389.
74. Grandahl M, Stern J, Funkquist EL. Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: a cross-sectional study among Swedish mothers and their partners. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):159.
75. Kronborg H, Foverskov E. Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding; a Danish cohort study. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238363.
76. Kronborg H, Foverskov E, Vaeth M, Maimburg RD. The role of intention and self-efficacy on the association between breastfeeding of first and second child, a Danish cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):454.
77. Nilsson IMS, Kronborg H, Rahbek K, Strandberg-Larsen K. The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Matern Child Nutr*. 2020;16(3):e12986.
78. Feenstra MM, Nilsson I, Danbjørg DB. Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants. *J Clin Nurs*. 2019;28:870–881
79. Hjälmhult E, Lomborg K. Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(4):654-62.
80. Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *J Clin Nurs*. 2017;26(19-20):3144-55.
81. Palmér L, Carlsson G, Brunt D, Nyström M. Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *Int Breastfeed J*. 2015;10(1):1-11.

82. Rydstrom LL, Tavallali A, Sundborg E, Berlin A, Ranheim A. Caught on the Fringes of Life: Mothers' Lived Experiences of Initial Breastfeeding Complications. *Qual Health Res.* 2021;31(9):1622-31.
83. Wandel M, Terragni L, Nguyen C, Lyngstad J, Amundsen M, de Paoli M. Breastfeeding among Somali mothers living in Norway: Attitudes, practices and challenges. *Women Birth.* 2016;29(6):487-93.
84. Cato K, Sylvén SM, Henriksson HW, Rubertsson C. Breastfeeding as a balancing act – pregnant Swedish women's voices on breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 2020;15(1):1-9.
85. Magnusson M, Sørensen TIA, Olafsdottir S, Lehtinen-Jacks S, Holmen TL, Heitmann BL, et al. Social Inequalities in Obesity Persist in the Nordic Region Despite Its Relative Affluence and Equity. *Curr Obes Rep.* 2014;3(1):1-15.
86. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 254 s.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Fullstendig oversikt over endelige søk i databaser

Database: Medline

Dato: 2. februar 2022

Antall treff: 243

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to February 01, 2022>

#	Søkeord/søkestreng	Resultater
1	Breast Feeding/	41197
2	(breastfeed* or beast feed* or breastfed* or breast fed*).tw,kw.	39348
3	((wet adj1 nurs*) or (nurs* adj1 (mother or mothers))).tw,kw.	1985
4	1 or 2 or 3	59053
5	(woman or women or mother or mothers or female or females)	2349316
6	(scandinavia* or Norway or norwegian or Denmark or danish or Sweden or Swedish).tw,kw	177152
7	(influenc* or affect* or promot* or support* or training or experience* or practice* or benefits or education or knowledge or attitude or contribut*).tw,kw.	9231382
8	5 and 6 and 7	19906
9	4 and 8	413
10	limit 9 to yr="2011 -Current"	243

Database: Embase
Dato: 2. februar 2022
Antall treff: 325

Embase <1974 to 2022 February 01>

#	Søkeord/søkestreng	Resultater
1	breast Feeding/	58727
2	(breastfeed* or beast feed* or breastfed* or breast fed*).tw,kw.	48711
3	((wet adj1 nurs*) or (nurs* adj1 (mother or mothers))).tw,kw.	1838
4	1 or 2 or 3	75674
5	(woman or women or mother or mothers or female or females)	3355536
6	(scandinavia* or Norway or norwegian or Denmark or danish or Sweden or Swedish).tw,kw	240804
7	(influenc* or affect* or promot* or support* or training or experience* or practice* or benefits or education or knowledge or attitude or contribut*).tw,kw.	11595597
8	5 and 6 and 7	26834
9	4 and 8	496
10	limit 9 to yr="2011 -Current"	325

Database: Cinahl
Dato: 2. februar 2022
Antall treff: 140

Print Search History

Wednesday, February 02, 2022 9:53:12 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	S4 AND S8	Limiters - Published Date: 20110101-20220231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	140
S9	S4 AND S8	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	202

S8	S5 AND S6 AND S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	8,331
S7	TI (influenc* or affect* or promot* or support* or training or experience* or practice* or benefits or education or knowledge or attitude or contribut*) OR AB (influenc* or affect* or promot* or support* or training or experience* or practice* or benefits or education or knowledge or attitude or contribut*)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2,381,114
S6	TI (scandinavia* or Norway or norwegian or Denmark or danish or Sweden or Swedish) OR AB (scandinavia* or Norway or norwegian or Denmark or danish or Sweden or Swedish)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	55,862
S5	TI (woman or women or mother or mothers or female or females) OR AB (woman or women or mother or mothers or female or females)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	715,040
S4	S1 OR S2 OR S3	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	33,056
S3	TI (wet N1 (nurs* or mother or mothers)) OR AB (wet N1 (nurs* or mother or mothers))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	59
S2	TI (breastfeed* or beast feed* or breastfed* or breast fed) OR AB (breastfeed* or beast feed* or breastfed* or breast fed)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	22,972

			Search Database - CINAHL	
S1	(MH "Breast Feeding+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Find all my search terms	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	25,645

Vedlegg 2

Oversikt over ekskluderte artikler i utvelgelsen samt årsak til eksklusjon

Forfattere	Navn	Årsak til eksklusjon
Ahnfeldt-Møllerup, Petersen, Kragstrup, Christensen og Sørensen	Postpartum infections: occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding	Mor har sykdom/diagnose
Andersson, Christensson og Hildingsson	Mother's satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care – a clinical trial	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Blixt, Johansson, Hildingsson, Papoutsi og Rubertsson	Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support" – an interview study	Utenfor målgruppen
Blixt, Mårtensson og Ekström	Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges	Datainnsamling utført før 2005
Brandhagen, Lissner, Brantsæter, Meltzer, Häggkvist, Haugen et al.	Breast-feeding in relation to weight retention up to 36 months postpartum in the Norwegian Mother and Child Cohort Study: modification by socio-economic status?	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Busck-Rasmussen, Villadsen, Norsker, Mortensen og Andersen	Breastfeeding practices in relation to country of origin among women living in Denmark: a population-based study	Datainnsamling utført før 2005
Cato, Sylvén, Skalkidou og Rubertsson	Experience of the first breastfeeding session in association with the use of hands-on approach by healthcare professionals: a population based Swedish study	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Claesson, Larsson, Steen og Alehagen	«You just need to leave the room when you breastfeed» Breastfeeding experiences among obese women in Sweden – a qualitative study	Utenfor målgruppen
Ekström, Kylberg og Nissen	A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: an intervention study	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Fahlquist	Experience of non-breastfeeding mothers: norms and ethically responsible risk communication	Studier utført utenfor Skandinavia
Finnbogadóttir og Thies-Lagergren	Breastfeeding in the context of domestic violence-a cross-sectional study	Mor har annen spesiell situasjon

Gerhardsson, Oras, Matsson, Blomqvist, Funkquist og Rosenblad	Developing the preterm breastfeeding attitudes instrument: a tool for describing attitudes to breastfeeding among health care professionals in neonatal intensive care	Inkluderer premature
Grewal, Andersen, Kolve, Kverndalen og Torheim	Food and nutrient intake among 12-month-old Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi Infants	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Han og Brewis	Influence of weight concerns on breastfeeding: evidence from the Norwegian mother and child cohort study	Datainnsamling utført før 2005
Han og Brewis	Why does high body weight reduce breastfeeding? Strong evidence for the role of body image from the Norwegian mother and child cohort study	Ikke hentet fulltekst
Helle, Hillesund og Øverby	Timing of complementary feeding and associations with maternal and infant characteristics: a Norwegian cross-sectional study	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Hildingsson, Karlström, Rubertsson og Larsson	Birth outcome in a caseload study conducted in a rural area of Sweden: a register-based study	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Holmberg, Peterson og Oscarsson	A two-decade perspective on mothers' experience and feelings related to breastfeeding initiation in Sweden	Datainnsamling utført før 2005
Jahnsen, Widnes og Schjøtt	Analysis of questions about use of drugs in breastfeeding to Norwegian drug information centers	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Kendall-Tackett	Attitude matters: Swedish study shows the surprising ways that providers influence mothers' breastfeeding experiences	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Kronborg, Foverskov, Nilsson og Maastrup	Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Kronborg, Harder og Hall	First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn	Datainnsamling utført før 2005
Kronborg, Maimburg og Væth	Antenatal training to improve breast feeding: a randomized trial	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Kronborg, Væth og Rasmussen	Obesity and early cessation of breastfeeding in Denmark	Datainnsamling utført før 2005
Lagerberg, Magnusson og Sundelin	Child health and maternal stress: does neighbourhood status matter?	Ikke hentet fulltekst
Lagerberg, Wallby og Magnusson	Differences in breastfeeding rate between mothers delivering by caesarean section and those delivering vaginally	Datainnsamling utført før 2005

Larsen og Kronborg	When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experience after giving up breastfeeding	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Maastrup, Bojesen, Kronborg and Hallström	Breastfeeding support in neonatal intensive care: a national survey	Utenfor målgruppen
Maastrup, Walloe og Kronborg	Nipple shield use in preterm infants: prevalence, motives for use and association with exclusive breastfeeding – Results from a national cohort study	Inkluderer premature
Magnusson, Lagerberg og Wallby	No widening socioeconomic gap within a general decline in Swedish breastfeeding	Datainnsamling utført før 2005
Mangrio, Persson and Bramhagen	Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review	Studier utført utenfor Skandinavia
Nilsson, Kronborg, Knight og Strandberg-Larsen	Early discharge following birth – What characterizes mothers and newborns	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Nilsson, Strandberg-Larsen, Knight, Hansen og Kronborg	Focused breastfeeding counselling improves short – and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Olanders	“Breastfeeding feels so delicate” How mothers of breastfed preschool children experience being treated by preschool teachers	Ikke hentet fulltekst
Olsson, Diderholm og Blomqvist	«Paying it forward» - Swedish Women's experience of donating human milk	Inkluderer melkebank
Palmer, Carlsson, Mollberg og Nyström	Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother – Women's lived experience of initiating breastfeeding under severe difficulties	Mor har annen spesiell situasjon
Palmer og Jutengren	Development and psychometric testing of an instrument to assess existential aspects of mother's initial breastfeeding difficulties (ExBreastS)	Undersøker effekten av en spesiell intervensjon
Sjöström, Welander, Haines, Andersson og Hildingsson	Comparison of breastfeeding in rural areas of Sweden and Australia – a cohort study	Studier utført utenfor Skandinavia
Sundelin-Wahlsten, Hallberg og Helander	Higher alcohol consumption in early pregnancy or low-to-moderate drinking during pregnancy may affect children's behaviour and development at one year and six months	Utenfor målgruppen/ikke relevant

Swanson, Eriksson, Hågkvist Wallin, Strutton og Wallin	“Both parents should care for babies”: A cross-sectional, cross-cultural comparison of adolescents’ breastfeeding initiations, and the influence of shared parenting beliefs	Studier utført utenfor Skandinavia
Sørbo, Lukasse, Brantsæter og Grimstad	Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: Results from a large prospective cohort in Norway	Mor har annen spesiell situasjon
Spek, Truijens og Pop	Psychological determinants of initiation of breastfeeding	Studier utført utenfor Skandinavia
Theurich, Davanzo, Busck-Rasmussen, Diaz-Gomez, Brennan, Kylberg, et al.	Breastfeeding rates and programs in Europe: A survey of 11 national breastfeeding committees and representatives	Studier utført utenfor Skandinavia
Verpe, Kjellevoid, Moe, Smith, Vannebo, Stormark, et al.	Early postpartum discharge: maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies	Mor har sykdom/diagnose
Veyhe, Hansen, Sandanger, Nieboer og Odland	The Northern Norway mother-and-child contaminant cohort study: implementation, population characteristics and summary of dietary findings	Utenfor målgruppen/ikke relevant
Winkvist, Brantsæter, Brandhagen, Haugen, Meltzer og Lissner	Maternal prepregnant body mass index and gestational weight gain are associated with initiation and duration of breastfeeding among Norwegian mothers	Datainnsamling utført før 2005

Vedlegg 3

Kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene

#*	Artikkel	Benyttet sjekkliste**	Samlet vurdering
1	Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age	Checklist for cohort studies	Medium
2	Influence of neighbourhood purchasing power on breastfeeding at four months of age: a Swedish population-based cohort study	Checklist for analytical cross-sectional studies	Høy
3	Explaining socioeconomic inequalities in exclusive breast feeding in Norway	Checklist for randomized controlled trials	Medium
4	Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial	Checklist for randomized controlled trials	Medium
5	Socio-economic status and maternal BMI are associated with duration of breast-feeding of Norwegian infants	Checklist for analytical cross-sectional studies	Medium
6	Breastfeeding as a balancing act - pregnant Swedish women's voices on breastfeeding	Checklist for qualitative research	Høy

7	Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months-Identifying women in need of targeted breastfeeding support	Checklist for cohort studies	Medium
8	Pregnant women's intention to breastfeed; their estimated extent and duration of the forthcoming breastfeeding in relation to the actual breastfeeding in the first year postpartum- A Swedish cohort study	Checklist for cohort studies	Medium
9	Broken expectations of early motherhood: Mothers' experiences of early discharge after birth and readmission of their infants	Checklist for qualitative research	Høy
10	Breast-feeding and complementary feeding practices in the first 6 months of life among Norwegian-Somali and Norwegian-Iraqi infants: the InnBaKost survey	Checklist for analytical cross-sectional studies	Medium
11	First-time mothers' enjoyment of breastfeeding correlates with duration of breastfeeding, sense of coherence and parental couple and child relation: a longitudinal Swedish cohort study	Checklist for cohort studies	Medium
12	Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: a cross-sectional study among Swedish mother and their partners	Checklist for analytical cross-sectional studies	Høy
13	Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experience	Checklist for qualitative research	Medium
14	Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture	Checklist for qualitative research	Høy
15	Multifactorial influence on duration of exclusive breastfeeding: a Danish cohort study	Checklist for cohort studies	Medium
16	The role of intention and self-efficacy on the association between breastfeeding of first and second child, a Danish Cohort study	Checklist for cohort studies	Medium
17	The significance of early breastfeeding experience on breastfeeding self-efficacy one week postpartum	Checklist for cohort studies	Medium
18	Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study	Checklist for qualitative research	Høy
19	Caught on the fringes of life: Mothers' lived experiences of initial breastfeeding complications	Checklist for qualitative research	Høy
20	Breastfeeding among Somali women living in Norway: Attitudes, practices and challenges	Checklist for qualitative research	Høy

*Artiklene har samme nummerering som vist i tabell 3 i oppgaven. ** Viser til hvilken sjekklister fra JBI som ble benyttet.



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway