Kandidatspeciale

Når amning ikke lykkes

En kvalitativ interviewundersøgelse af mødres oplevelser efter de har opgivet at amme

af

Jette Schilling Larsen

Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
nr. 153/2008

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Jette Schilling Larsen
Modul: Kandidat speciale
Måned og år: August 2007
Vejleder: Hanne Kronborg
Anslag: 189.200

Når amning ikke lykkes

En kvalitativ interviewundersøgelse af mødres oplevelser efter de har opgivet at amme

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Jette Schilling Larsen og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Elektronisk udgivelse på http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-15-1

Dette kandidatspeciale har i 2007 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resumé

Mødre, der forventer at amme, føler sig mislykkede, når de må opgive at amme. Denne undersøgelse ser mødre, der opgiver at amme, selv om de gerne vil amme, i et socialt og kulturelt perspektiv. Undersøgelsen beskriver mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme, og besvarer spørgsmålene ”Hvad får mødre til at føle, at de lykkes, efter de har opgivet at amme?” og ”Hvordan kan sundhedsplejersken bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme?”.

Metode: Undersøgelsen bygger på en socialkonstruktiv videnskabsteoretisk position formuleret af Søren Barlebo Wenneberg. Der blev foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse på baggrund af Steinar Kvales metode. Syv mødre, der havde opgivet at amme, blev interviewet 3½ -4½ måned efter fødslen af deres første barn. Som analysemetode blev meningskondensering anvendt.

Resultater: Mødrene i undersøgelsen oplevede, at deres kontakt med barnet var god og følte sig tæt knyttet til barnet, efter de opgav at amme. Det var svært at finde ud af, hvad der er god spædbarnsernæring, når barnet ikke ammes. Mødre følte sig eneansvarlige for spædbarnsernæring. Mødre følte, at de lykkedes, når de oplevede at barnet udviklede sig og trivedes.

Konklusion: Sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme, på et universalistisk niveau og på et konkret situationsorienteret praksisniveau. Sundhedsplejen skal planlægges, så sundhedsplejersken er til rådighed for mor, når hun har brug for det. På basis af mødrenes oplevelser konstrueres et forslag til sundhedsplejerskens bidrag til mødre, der ikke ammer. Forslaget kan anvendes som grundlag for en debat blandt sundhedsplejersker om opgaver og muligheder i forhold til mødre, der ikke ammer. Forslaget kan desuden anvendes af den enkelte sundhedsplejerske som grundlag for hendes overvejelser i forhold til, hvordan hun overfor den enkelte mor kan bidrage til, at mor føler, at hun lykkes. Der afsluttes med perspektiver i forhold til, hvordan der oplyses om amning og spædbarnsernæring og der gives forslag til nye undersøgelser.

Summary

When breastfeeding is unsuccessful

– *a qualitative interview study on mothers experiences after giving up breastfeeding*

Mothers, to whom breastfeeding are important, feel unsuccessful, when they have to give up breastfeeding. This study examines mothers' experiences after they give up breastfeeding and ask the questions: "What makes women feel successful as a mother, when they have to give up breastfeeding?" and "How can the health visitor help mothers feel successful?".

Method: A social constructive approach was used in a qualitative interview study. Seven mothers, who had given up breastfeeding, were interviewed 3½ to 4½ months after giving birth to their first child.

Results: Mothers experienced a good relationship and felt attached to their child, when they gave up breastfeeding. It was hard to figure out the best way to feed a baby, when the baby is not breastfed. Mothers felt, they succeeded as mothers, when they experienced the child developing and thriving. Mothers feel responsible for all aspects of child nutrition.

Conclusion: The health visitor can contribute to the feeling of success on two levels, a universal and a concrete-situation-oriented level. It is important that the health visitor is available, when the mother needs her. The experiences of the mothers are used to construct a proposal to, how the health visitor can contribute to mothers´ feeling of success, when they do not breastfeed. The proposal can be used as the basis of discussions between health visitors on tasks and possibilities in relation to mothers, who do not breastfeed. The proposal can also be used by the health visitor in her considerations on, how to contribute to mothers´ feeling successful. Suggestions for how to inform on breastfeeding and child nutrition are addressed.

Indhold

1. INDLEDNING 1

1.1 FØLER MØDRE SIG MISLYKKEDE, NÅR DE OPGIVER AT AMME? 1
1.2 EN OPGAVE FOR SUNDHEDSPLEJERSKEN? 2
1.3 SPECIALETS OPBYGNING 3

2. LITTERATURGENNEMGANG 4

2.1 LITTERATURSØGNING 4
2.1 AT BLIVE MOR 4
2.2 HVEM OPGIVER AT AMME OG HVORFOR? 5
2.3 HVORDAN TALES OG SKRIVES DER OM AMNING? 6
2.3.1 Hvordan fremstilles amning i Danmark? 7
2.3.2 Et socialt og kulturelt perspektiv 9
2.4 HVAD HAR MØDRE BRUG FOR? 10
2.6 SAMMENFATNING AF LITTERATURGENNEMGANG 11

3. FORMÅL OG PROBLEMFORMULERING 13

4. METODE 14

4.1 VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT 14
4.2 UNDERSØGELSENS SOCIALKONSTRUKTIVE POSITION 14
4.3 VALG AF METODE TIL INTERVIEW OG ANALYSE 15
4.4 DET KVALITATIVE INTERVIEW 16
4.4.1 Overvejelser og valg i forbindelse med interview 16
4.4.2 Personlig baggrund før interview 18
4.4.3 Interviewguide 19
4.5 INTERVIEWPERSONERNE 19
4.5.1 Udvælgelse af og kontakt til mødre 20
4.5.2 Beskrivelse af mødrene og deres situation 21
4.5.3 Interviewsituationen 22
4.6 REFLEKSIONER EFTER INTERVIEW 22
4.7 TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW 23
4.8 MENINGSKONDENSERING 23

5. MØDRES OPLEVELSER 27

5.1 BESLUTNINGEN 27
5.1.1 Tiden op til beslutningen 28
5.1.2 Beslutningen – et vendepunkt 30
5.1.3 At træffe beslutningen 31
5.2 KONTAKTEN MED BARNET 33
5.3 AT MALKE UD 35
5.4 FLASKE! HVORDAN? 36
5.4.1 Den hårde mave 38
5.4.2 Overgangskost 39
5.5 NÆSTE GANG 40
5.6 SUNDHEDSPLEJERSKEN 41
5.7 DELKONKLUSION 1 43

6. MØDRES FØLELSE AF AT LYKKES 45

6.1 DEN NØDVENDIGE BESLUTNING 45
6.2 AT GØRE DET BEDSTE FOR BARNET 47
6.3 KONTAKTEN MED BARNET 48
6.4 DELKONKLUSION 2 51

7. SUNDHEDSPLEJERSKENS BIDRAG TIL AT MOR FØLER, AT HUN LYKKES 52

7.1 ANERKENDELSE FRA OMGIVELSERNE 52
7.2 FØLGER AF AT OPFATTE AMNING SOM NOGET NATURLIGT 54
7.3 MORS ANSVAR 56
7.4 ASPEKTER I FORHOLD TIL SPÆDBARNSERNÆRING 58
7.4.1 Flaske, hvad nu? *58*
7.4.2 Er udmalkning altid hensigtsmæssig? *62*
7.4.3 Forstoppelse *64*
7.4.4 Overgangskost *65*
7.4.5 Viden om spædbarnsernæring *66*
7.5 DELKONKLUSION 3 68

8. VURDERING AF UNDERSØGELSEN 69

8.1 UNDERSØGELSEN 69
8.2 ANVENDELIGHEDEN AF RESULTATERNE 70

9. FORSLAG TIL SUNDHEDSPLEJEPRAKSIS 73

9.1 SUNDHEDSPLEJERSKENS BIDRAG PÅ DET UNIVERSALISTISKE NIVEAU 73
9.2 SUNDHEDSPLEJERSKENS BIDRAG PÅ DET KONKRETE SITUATIONSORIENTEREDE PRAKSISNIVEAU 76
9.2.1 Etableringsfase: *77*
9.2.2 Sundhedsfremmende fase *78*
9.2.3 Afsluttende fase *79*

10. KONKLUSION 81

11. PERSPEKTIVER 83

12. REFERENCER 85

13. BILAGSOVERSIGT 89

BILAG 1. STUDIER ANVENDT TIL LITTERATURGENNEMGANG 90
BILAG 2. INTERVIEWGUIDE 95
BILAG 3. BREV TIL SUNDHEDSPLEJERSKER 97
BILAG 4. BREV TIL MØDRE 98

1. Indledning

Som sundhedsplejerske har jeg ofte mødt mødre, der gerne vil amme, men som må opgive. Disse mødre har arbejdet ihærdigt på at få amningen til at fungere for dem selv og deres barn, og må efter en afvejning af, hvad der er bedst for barn, mor og familie, træffe beslutningen om at give modermælkserstatning. At vælge det bedste for barn, familie og sig selv må være at lykkes i rollen som mor. Men alligevel har jeg oplevet, at det kan være svært at opgive amningen og at disse mødre føler sig frustrerede, kede af det og mislykkede, når de må opgive at amme. Jeg har derfor ofte overvejet, hvordan jeg som sundhedsplejerske hjælper mødre, der har opgivet at amme, selv om amning er af stor betydning for dem. Dette speciale omhandler derfor mødre, der gerne vil amme, men som må opgive og sundhedsplejerskens opgaver i forhold til disse mødre.

1.1 Føler mødre sig mislykkede, når de opgiver at amme?

Det er således min personlige erfaring som sundhedsplejerske af, at mødre kan føle sig mislykkede, når de opgiver at amme, der danner baggrund for dette speciale. Det er en opfattelse, jeg ikke er alene om.

Ifølge Sundhedsstyrelsen er det en uundgåelig følge af oplysning om amningens fordele, at mødre, der må opgive at amme, kan føle sig mislykkede som mødre (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 78). En undersøgelse har vist, at amning er af stor betydning for 89 % af danske mødre (Foverskov H.K. 2000 s. 30), men alligevel ammer kun 59 %, når barnet er fire måneder gammelt (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 17). Det vil sige, at mindst 30 % af de danske mødre ammer ikke, så længe som de gerne ville. Vejledningen til sundhedspersonalet lyder på at anerkende denne gruppe af mødre for deres indsats og bekræfte mor i, at det er bedst for barnet og familien, at barnet får kunstig ernæring (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 78). Sundhedsstyrelsen er altså af den opfattelse, at det ikke kan undgås, at mødre føler sig mislykkede og at sundhedspersonalet med en anerkendelse af indsatsen kan trøste med, at barnet bare kan ernæres kunstigt. Men hvordan mon det føles at give ens spædbarn noget kunstigt – kommer man ikke til at føle sig endnu mere mislykket? Og hjælper anerkendelse og bekræftelse i at det er bedst, når alternativet til amning fremstilles som noget kunstigt? Og kan det virkelig ikke undgås, at mødre, der opgiver at amme, føler sig mislykkede som følge af oplysning om amningens fordele?

Mødre har reageret på den måde, amning og modermælkserstatning fremstilles på både i samfundet generelt og i sundhedsvæsenet specielt. De har oprettet en hjemmeside, www.flaskebarn.dk, hvor man blandt andet kan læse om mødres oplevelser med amning og kontakt med sundhedssystemet i forbindelse med problemer med amning. Disse oplevelser vidner om mange frustrationer og oplevelser af at føle sig svigtet af sundhedssystemet. Der efterlyses respekt for mødre, der ikke ammer og flere nuancer i forhold til den måde spædbarnsernæring fremstilles på i dag (Bille H. & Ruby L. 2007).

Andre sundhedsplejersker har ligesom jeg oplevet, at mødre plages af dårlig samvittighed, når amning opgives. En gruppe sundhedsplejersker opfordrer til, at overskrifter om amningens lyksaligheder droppes og at der i stedet skabes en debat om, hvad der er et godt måltid for spædbarnet, da ”den nuværende fastfrosne fremhævelse af brysternæring har særdeles uheldige og direkte unødvendige konsekvenser” (Backmann B. et al. 2007). Sundhedsstyrelsen, mødre og sundhedsplejersker er altså enige om, at mødre kan føle sig mislykkede, når de må opgive at amme. Der er i dag gode alternativer til amning, nemlig modermælkserstatning af god kvalitet (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 78). Det medfører derfor ikke nogen fare for barnet på kort eller lang sigt at blive ernæret med modermælkserstatning. I et samfund som det danske er der altså i dag et fuldgyldigt alternativ til amning. Mødre behøver derfor ikke at være bange for hverken deres barns liv eller sundhed eller at føle sig som dårlige mødre, når de må opgive at amme. Jeg finder det derfor urimeligt, at en stor del af de danske mødre kan føle sig mislykkede på denne baggrund og mener, det er relevant at søge at ændre disse forhold.

1.2 En opgave for sundhedsplejersken?

Hvis disse forhold skal ændres, er det så en opgave for sundhedsplejersken? I bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge er det fastlagt, at sundhedsplejen blandt andet skal tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende foranstaltninger overfor alle børn i deres hjem og oplyse og vejlede forældre for at fremme børnenes sundhed og trivsel (Sundhedsministeriet 2002). Der er i dag en udbredt opfattelse af, at sundhed i en familie er afhængig af, hvordan de enkelte familiemedlemmer har det (Hall E.O.C. 2007 s. 10). Det vil sige, at når mor føler sig

utilstrækkelig og har dårlig samvittighed over at opgive amning, kan det have indflydelse på det lille barns oplevelse af sin omverden.

Sygeplejens og dermed også sundhedsplejens sociale mandat er ifølge professor Marit Kirkevold at lindre lidelse og fremme livsopretholdende og sundhedsfremmende aktiviteter (Kirkevold M. 2003 s. 18). I forhold til mødre, der opgiver at amme vil det, derfor være en sundhedsfremmende og forebyggende indsats ikke blot i forhold til mor, men også i forhold til barnets sundhed og trivsel at arbejde for, at mor ikke føler sig utilstrækkelig og har dårlig samvittighed. Det vil sige at det falder indenfor sundhedsplejerskens opgaver at arbejde for at mor ikke føler sig utilstrækkelig og har dårlig samvittighed, når hun opgiver at amme.

Sundhedsplejerskers arbejde indenfor ammevejledning er meget lidt beskrevet (Kronborg H. 2006 s. 8) og slet ikke beskrevet i forhold til mødre, der opgiver at amme. At beskrive hvordan sundhedsplejersken kan gribe sit arbejde an i forhold til mødre, der opgiver at amme, er derfor relevant. Målet med dette speciale er derfor at give forslag til, hvad sundhedsplejersker kan bidrage med i forhold til mødre, der opgiver at amme.

1.3 Specialets opbygning

For at konstruere et forslag til brug i sundhedsplejepraksis, er der foretaget en empirisk undersøgelse af mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme. Specialet er derfor struktureret i forhold til at fremstille denne undersøgelse. Som baggrund for undersøgelsens tema fremstilles i følgende afsnit en gennemgang af litteratur om emnet. I afsnit 3 formuleres undersøgelsens formål og spørgsmål og i afsnit 4 gennemgås det videnskabsteoretiske grundlag og metoden for den empiriske undersøgelse. Dernæst fremstilles resultatet af undersøgelsen i afsnit 5. I afsnit 6 og 7 fortolkes og diskuteres resultaterne, i afsnit 8 vurderes undersøgelsen i forhold til metode og anvendelse, før der i afsnit 9 fremstilles et forslag til sundhedsplejepraksis. I afsnit 10 konkluderes og afslutningsvis perspektiveres undersøgelsen i afsnit 11.

2. Litteraturgennemgang

Før den endelig beslutning om hvad der skulle undersøges og hvordan det skulle gøres, foretog jeg en gennemgang af eksisterende litteratur i relation til, hvad det vil sige at blive mor, hvorfor og hvornår mødre opgiver at amme, hvilke forventninger, der er til mødre, det vil sige, hvilke kulturelle og sociale opfattelser, der knytter sig til amning og moderskab og hvad nybagte mødre har brug for.

2.1 Litteratursøgning

Der er foretaget en systematisk litteratursøgning, i forhold til hvad der sker omkring mødre, der opgiver at amme. Der er søgt i følgende databaser: Medline, CINAHL, PsycINFO, Scopus, SveMed+, Web of Science. Der er desuden søgt på biblioteker (JCVU og bibliotek.dk). Søgeordene var: breastfeeding, motherhood, mothers, cessation, bottle feeding, experiences, behaviour, Scandinavia, nurse, health visitor og kombinationer af disse.

Litteraturen, der gennemgås her, er undersøgelser, der er udgivet indenfor de sidste 10 år, da amning er afhængig af den tid og sammenhæng, den udøves i (Dahl L. 2004;Maher V. 1992). Der blev i udvælgelsen lagt vægt på, at der var en systematisk og gennemskuelig fremlæggelse af emne, metode og resultater, samt et eksplicit videnskabsteoretisk grundlag for undersøgelsen. Der er primært søgt efter skandinaviske undersøgelser, da mødre i Skandinavien vil være præget af, at de skandinaviske velfærdssamfund bygger på en særlig socialpolitisk model (Dencik L. & Jørgensen P.S: 1999 s. 15). Da der ikke findes mange studier fra Skandinavien, inddrages også undersøgelser foretaget i vestlige lande med en ammepolitik i henhold til WHO´s anbefalinger (WHO 2003). Undersøgelser om mødre til syge eller for tidligt fødte børn er ikke medtaget, da særlige forhold med hensyn til amning og etablering af amning gør sig gældende her (Sundhedsstyrelsen 2006 kap. 12). Undersøgelserne, der gennemgås i det følgende, kan ses i bilag 1.

2.1 At blive mor

At blive mor er en forandringsproces (Mercer R.T. 2004;Nelson A.M. 2003). Den amerikanske sygeplejeforsker Ramona Mercer beskriver forandringsprocessen, som kvinder i forbindelse med graviditet og fødsel kastes ud i, som nogle overlappende faser. Den første fase (graviditeten) er præget af engagement, tilknytning og

forberedelse, den anden fase (to til seks uger efter fødslen) af at blive bekendt med, at lære og fysisk heling, den tredje fase (to uger til fire måneder) af at være på vej mod en ny normalitet og den fjerde fase (omkring fire måneder) af at opnå en identitet som mor (Mercer R.T. 2004 s. 231). Tiden efter fødslen er præget af konflikter, usikkerhed, frygt og følelsesmæssig labilitet (Nelson A.M. 2003 s. 476). Samtidig er det nødvendigt at lære nye færdigheder og mødre har brug for en følelse af at gøre det rigtige (Wilkins C. 2006).

Specielt de første uger efter fødslen kan altså være kaotiske, hvor mor både er optaget af at lære sit barn at kende, af at lære, hvordan hun tager sig af barnet og samtidig er svækket efter fødslen og i gang med en fysisk omstillings- og helingsproces. Det vil sige, at mødre, der opgiver at amme, befinder sig på et kaotisk tidspunkt i deres liv, hvor det samtidig med omstillingen til at blive mor er nødvendigt at lære meget nyt og få en følelse af at gøre det rigtige.

2.2 Hvem opgiver at amme og hvorfor?

Mors alder, uddannelsesmæssige baggrund og socioøkonomiske status har i en række undersøgelser vist at have indflydelse på ammeperiodens længde (Sundhedsstyrelsen 2006). Det vil sige at jo ældre mor er, jo længere uddannelse og højere social gruppe desto større sandsynlighed for, at hun ammer i længere tid. Sundhedsplejerske, ph.d. Hanne Kronborg har desuden fundet, at en række psykosociale faktorer har indflydelse på ammeperiodens længde. Det vil sige, at mors intention om, tiltro til og erfaring med amning har indflydelse på, om mor lykkes med at amme (Foverskov H.K. 2000). Undersøgelser viser, at førstegangsfødende ikke ammer så længe som flergangsfødende (Sundhedsstyrelsen 2006) og at en stor del af mødrene holder op med at amme indenfor de første 5 uger (Kronborg H. & Væth M. 2004). Det vil sige, at en stor del af de mødre, som sundhedsplejersken møder, der har opgivet at amme, er førstegangsmødre midt i forandringsprocessen til at blive mor.

Jordemoder Dorthe Taxbøl (1998) har undersøgt faktorer og sammenhænge, der påvirker mødre til at stoppe amning tidligere end de selv havde forventet. Taxbøl har fundet, at forventningerne ikke ligner den virkelighed, kvinderne oplever. Dette bevirker usikkerhed, som efterhånden fører til et så stort pres, at den første flaske gives for at løse problemet. Der er forskel på førstegangs- og flergangsfødende mødres oplevelser og hvad de føler sig presset af. (Taxbøl D. 1998). En gruppe amerikanske

sygeplejeforskere konkluderer i et studie af mødres oplevelser med "korttidsamning", at der for nogle mødre går meget lang tid – måneder eller år – med skyldfølelse over ikke at amme deres børn, mens andre relativt hurtigt kunne arbejde sig gennem deres skyldfølelse (Mozingo J.N. et al. 2000). En norsk sundhedsplejerske har fundet, at mødre føler et pres til at amme og har dårlig samvittighed, når de ikke lykkes. Mødre, der ikke ammer efterlades i et "ingenmandsland", hvor de både mangler praktisk hjælp og støtte og bliver set ned på. Mødre føler sig desuden dårligt forberedte både i forhold til amning og i forhold til livet med et lille nyfødt barn (Tønjum L. 1997;Tønjum L. 2001).

Det vil sige, at mødre, der står midt i forandringsprocessen til at blive mor, kan føle et stort pres, som de ikke får støtte og hjælp til at håndtere. Hvis mødre er dårligt forberedte på både amningen og livet med det nyfødte barn, har mødre, der opgiver at amme, formentlig brug for ekstra støtte, ikke mindst fordi nogle mødre bærer den dårlige samvittighed med sig i lang tid. Denne dårlige samvittighed kan måske tilskrives de forventninger mødre og omgivelser har til amning og livet med det spæde barn. Disse forventninger påvirkes af hvilke kulturelle og sociale opfattelser, der knytter sig til amning og moderskab. Opfattelser som kommer til udtryk gennem den måde, der tales og skrives om amning på (Tønjum L. 1997). Dette ses der derfor nærmere på i næste afsnit.

2.3 Hvordan tales og skrives der om amning?

Amning er et centralt emne i forhold til folkesundheden i de industrialiserede lande (Meyer D.M. & de Oliveira D.L. 2002;Wall G. 2001 s. 592). I litteratur om amning og moderskab er opfattelser af amning og moderskab tæt sammenknyttet (Knaak S. 2005b) og opfattelser af amning og moderskab kommer derfor til udtryk i litteratur til forældre og sundhedsprofessionelle. Denne litteratur har flere set på.

Den canadiske sociolog Glenda Wall (2001) har fundet, at måden, der tales og skrives om amning på, er med til at lægge et pres på mødre, der ikke ammer. En anden canadisk sociolog Stephanie Knaak (2005) konkluderer, at amning repræsenterer en medicinsk gylden standard for spædbarnsernæring og en moralsk gylden standard for moderskab. Amning fremstilles som en nem proces, som alle motiverede mødre kan lykkes med. Dette står i kontrast til de mødre, der må opgive at amme og som fortæller, at de føler sig isolerede, at deres kroppe har fejlet og at de fundamentalt har fejlet som

mødre (Wall G. 2001 s.598). I litteratur om amning og spædbørn er der et børnecentreret fokus, der gør barnet og ikke moderen til centrum for ammediskursen. Det forventes, at mødre ammer og lever sundt, så barnet kan få det bedst mulige. Hvis barnet ikke ammes, lægges der op til, at der blandt andet er risiko for en ikke optimal tilknytning og et barn, der ikke kan udnytte sit hjernemæssige potentiale. Det gør, at mødre opfattes som dårlige mødre, når de ikke ammer (Wall G. 2001 s. 604). Mor kan derfor ikke føle sig tilfreds med andre beslutninger end dem, der fører til vellykket amning. Valget omkring spædbarnsernæring er i dag bundet til opfattelser af succes og fiasko, hvilket lægger et pres på mødre om ikke bare at træffe den rigtige beslutning, men også til at lykkes lige meget hvilken situation eller omstændighed hun står i (Knaak S. 2005a s. 212). I lighed med dette har den svenske jordemoder Lena Dahl i sin doktorafhandling fundet, at diskurser om amning slører, hvad det er mødre har brug for for at lykkes med amning. Dermed står mødre isolerede, når de har problemer med amning og bliver set ned på, fordi amning gøres til noget naturligt, alle mødre kan uafhængigt af kultur og social kontekst (Dahl L. 2004 s. 143).

Det kan altså være problematisk at opgive at amme, og mødre, der opgiver at amme, har skyldfølelse og mangler tillid til egne evner som mor. På den anden side har den engelske sociolog Elizabeth Murphy fundet, at mødre, der af forskellige grunde må opgive at amme, aktivt modstår en fortolkning af, at deres måde at give mad skulle være et udtryk for, at de er utilstrækkelige eller uansvarlige som mødre (Murphy E. 2000 s. 319). Mødre, der opgiver at amme, kan altså på den ene side føle sig utilstrækkelige og på den anden side udadtil modstå en fortolkning af, at de er utilstrækkelige eller uansvarlige. Dette vil sige, at det at opgive at amme er et følsomt emne, hvor mor både kæmper med en følelse af at være utilstrækkelig og på den anden side for ikke at blive anset for at være utilstrækkelig eller uansvarlig af omverdenen. Det vidner om, at måden amning fremstilles på fra sundhedsmyndighedernes side, kan være et problem for mødre, der ikke ammer. Men kun udenlandske undersøgelser har set på, hvordan amning fremstilles. Hvordan amning fremstilles i Danmark behandles i næste afsnit.

2.3.1 Hvordan fremstilles amning i Danmark?

Som udtryk for hvordan amning fremstilles fra de danske sundhedsmyndigheders side, tager jeg her udgangspunkt i pjecer udarbejdet til forældre (Jerris T. 2005;Sundhedsstyrelsen 2005b) og anbefalinger til sundhedspersonale (Sundheds-

styrelsen 2005a; Sundhedsstyrelsen 2006) som udgives af Sundhedsstyrelsen for at oplyse, opmuntre og opfordre til amning.

I forhold til mødre fremstilles amning som noget stort set alle kvinder kan (det nævnes ikke hvem, der ikke kan). Amning skal læres, men det vigtigste er at have lyst til at amme og tillid til, at brysterne kan producere præcis den mælk, barnet har brug for (Jerris T. 2005 s. 1-2;Sundhedsstyrelsen 2005b s. 25). Det vil sige, at amning fremstilles som noget, alle kan lære, hvis de bare har lyst. Denne fremstilling af amning som en kompetence alle kvinder kan lære står i kontrast til, at en tredjedel af de danske mødre må opgive at amme, selv om amning har stor betydning for dem. I første sætning om amning i begge udgivelser nævnes det at amning er godt for barnet eller den bedste ernæring for spædbarnet (Jerris T. 2005 s. 1;Sundhedsstyrelsen 2005b s. 25). Alle mødre vil det bedste for deres spædbarn, så denne fremstilling giver et indtryk af, at alle mødre, der vil deres barn det bedste, naturligvis ammer. Fordelene ved amning opsummeres derefter og amning fremstilles som noget naturligt, alle mødre kan, hvis de bare har lyst. Mødre og deres omgivelser kan på denne baggrund forvente, at amning er noget, man gør på naturligste vis. Når mor får problemer med at få amningen til at fungere, er det således hendes eget ansvar, for alle kvinder kan amme. Denne opfattelse af amning er problematisk, da den skjuler, at amning er en kompetence, som skal læres og et arbejde, som for de fleste tager mange kræfter (Dahl L. 2004 s. 142-143). Når amning fremstilles som noget naturligt, lever mors forventninger til amning ikke op til virkeligheden, når hun får problemer og må opgive, og hun står tilbage med fornemmelsen af, at hun har svigtet, når hun ikke kan det, som alle kvinder tilsyneladende kan.

I forhold til sundhedspersonale fremstilles amning også som det bedste for barnet. Der lægges her vægt på, at ammede børn har en nedsat dødelighed i forhold til kunstigt ernærede børn (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 9). Jeg formoder, at udtrykket ”kunstigt ernærede børn”, dækker over børn ernæret med modermælkserstatning. Når udtrykket ”kunstig” bruges om alternativet til amning, giver det modermælkserstatning en negativ klang i forhold til amning, som benævnes naturlig (Sundhedsstyrelsen 2006 s.18). Det vil sige, at overfor sundhedspersonale fremstilles modermælkserstatning som noget, der medfører en øget dødelighed. Men disse oplysninger bygger på undersøgelser foretaget i ulande, hvorfor resultaterne vanskeligt kan overføres til danske forhold, hvor der er

helt andre hygiejniske og økonomiske muligheder for at ernære et barn med modermælkserstatning. Samlet må indtrykket som de sundhedsprofessionelle får af disse anbefalinger være, at det indebærer en væsentlig sundhedsrisiko at ernære et barn med modermælkserstatning. Sundhedspersonale, der står overfor mødre, der ikke ammer, kan altså implicit være påvirket af, at amning fremstilles som naturligt, og alternativet – modermælkserstatning, som sundhedsskadeligt og i værste fald livstruende. At sundhedspersonalet er påvirket af disse opfattelser vidner nogle af de beskrivelser af ammeforløb, som kan læses på www.flaskebarn.dk om. Man kan på den baggrund spørge om mødre, der ikke ammer får den støtte, de har brug for?

2.3.2 Et socialt og kulturelt perspektiv

Der er endnu en problemstilling i forhold til måden amning fremstilles på, som er relevant i denne sammenhæng. Hverken i forhold til mødre eller sundhedspersonale skelnes der nemlig mellem modermælk og amning. Amning har at gøre med både den fysiologiske mulighed for at danne modermælk og er en metode til at overføre mælken. Amning er derfor ikke bare en passiv overførsel af modermælk, så selv om mor har de fysiologiske forudsætninger, er det ikke givet at amning lykkes (Dahl L. 2004). Dette vidner adskillige sider om almindelige ammeproblemer i pjecer og anbefalinger om. Når amning fremstilles som noget naturligt, får de fleste indtryk af, at det er noget, man bare gør, men 43 % af mødrene rapporterer at de har haft problemer med amning (Foverskov H.K. 2000). For at få amning til at fungere skal der mere til. Kronborg har i sin afhandling ud fra videnskabelige undersøgelser om amning formuleret mål for, hvad mor skal kunne for at gennemføre at amme (Kronborg H. 2006 s. 11). For at kunne nå disse mål, kræver amning en indsats fra mor, at hun er opmærksom, har tillid til egne evner og kan hengive sig til det lille barn døgnets 24 timer.

Måden, amning fremstilles på overfor mødre og sundhedspersonale, skjuler derfor at amning er en praktisk kompetence, som kræver tid og kræfter og tålmodighed, og derfor ikke er noget alle bare kan. Med andre ord er amning socialt og kulturelt konstrueret som noget naturligt, og denne konstruktion af amning sætter vilkår for, hvordan amning fungerer i praksis og for mors egen og omgivelsernes opfattelse af hende, når hun opgiver at amme. På andre tider og i andre kulturer har man ikke haft samme opfattelse af amning (Løkke A. 1998;Maher V. 1992). Det er derfor nødvendigt at sætte amning i en social og kulturel sammenhæng (Dahl L. 2004 s. 143). Når jeg her

fokuserer på, hvordan sundhedsplejersken kan hjælpe mødre, når de må opgive at amme, selv om de gerne vil amme, må det være vigtigt at have disse perspektiver med. Det er altså nødvendigt at se mødre, der opgiver at amme, selv om de gerne vil amme i et socialt og kulturelt perspektiv, og ikke kun som et praktisk problem, der kan løses med en flaske modermælkserstatning.

2.4 Hvad har mødre brug for?

Sundhedsplejens sociale mandat bygger på forventninger fra forældre og samfund om at formidle sundhedspolitisk vejledning. Men det kan være svært at overføre sundhedspolitiske vejledninger til praksis i dag. En svensk forskergruppe har fundet, at fokus i sundhedsplejen over tid er ændret fra barnets fysiske sundhed til psykosociale problemer. Fra en opfattelse af at børns sundhed generelt er en samfundsmæssig pligt, sker der en glidning som i 1990–erne fører til en opfattelse af børns sundhed som et individuelt ansvar for forældre (Hallberg A.-C. et al. 2005 s. 201). Der hersker altså en opfattelse af, at mødre i dag er individuelt ansvarlige for deres barns sundhed. Sundhedsplejerskens vejledning skal derfor gøre dem i stand til at træffe informerede valg. Men hvordan vejledes mødre til ikke blot for at træffe et informeret valg, men også til at have det godt med dette valg?

Den irske jordemoder Patricia Warren har set på sammenhængen mellem social støtte og tro på egne evner i forhold til spædbarnspleje. Førstegangs mødre giver udtryk for at have brug for mere information om spædbarnsernæring fra professionelle og støtte, der opmuntrer og giver større tro på egne evner i forhold til spædbarnspleje. Mødres oplevelser og opfattelser i forhold til støtte er ikke udforsket (Warren P.L. 2005).

En skotsk forskergruppe peger i en undersøgelse af mødres oplevelser af støtte i forbindelse med spædbarnsernæring på, at forholdet mellem nye mødre og sundhedsprofessionelle afhænger af, hvordan de ernærer deres børn. Undersøgelsen peger på, at mødre, der ammer favoriseres. Der sættes derfor spørgsmålstegn ved, om mødre, der giver flaske får, tilstrækkelig støtte (Cairney P., Alder E.M., & Barbour R.S. 2006). Nelson mener desuden, at der er en manglende opmærksomhed på mødrene selv i de første måneder efter fødslen, hvilket medfører at mødres behov ikke imødekommes (Nelson A.M. 2003 s. 476).

Mozingo et al. konkluderer, at mødre, der tidligt må opgive at amme, kan føle sig skyldige og kan have brug for hjælp til at bearbejde disse følelser (Mozingo J.N., Davis M.W., Droppleman P.G., & Merideth A. 2000). Ifølge Wilkins må professionel pleje lige efter fødslen ikke kun dreje sig om de fysiske undersøgelser, men også fokusere på mødrenes individuelle behov for støtte, så mødrene får selvtillid og tro på, at de kan tage sig af deres spædbarn (Wilkins C. 2006).

Den finske sygeplejeforsker Terese Bondas har fundet tre udfordringer i sygepleje til mødre, der lige har født. Den ene er at forstå omsorgens betydning, den anden bevidst at involvere familie og andre nye mødre, og den tredje at se at den nye mor både har behov for at drage omsorg for det lille barn og har behov for at blive draget omsorg for af familie, venner og af professionelle omsorgspersoner (Bondas-Salonen T. 1998).

Den støtte og vejledning mødre, har brug for, når de opgiver at amme, skal altså både give mulighed for, at mor skal kunne træffe informerede valg, men samtidig også gives på en måde, så mor får mulighed for at bearbejde sine følelser og får selvtillid og tro på egne evner. Men der er en manglende opmærksomhed på mødre i tiden efter fødslen generelt og i forhold til mødre, der ikke ammer specielt. Dette står i kontrast til, at mødre har brug for omsorg fra blandt andet de sundhedsprofessionelle, for at hun selv kan være i stand til at drage omsorg for det lille barn. Det står desuden i kontrast til, at jeg i afsnit 2.2 fandt, at mødre, der opgiver at amme, har brug for ekstra støtte.

2.6 Sammenfatning af litteraturgennemgang

Nybagte mødre står midt i en kaotisk forandringsproces, hvor specielt de første uger kan være præget af usikkerhed og konflikt. Kvinder skal lære meget nyt og har brug for at føle at de lykkes midt i denne forandringsproces. Mødre kan være dårligt forberedte på livet med det nyfødte barn og mødre, der opgiver at amme har desuden dårlig samvittighed. De er påvirket af, at amning fremstilles som noget naturligt, der gør, at mor ikke lever op til egne og andres forventninger, når amning må opgives. Det forstærker en følelse af ikke at lykkes. På baggrund af dette må det siges, at denne gruppe af mødre formentlig har brug for ekstra støtte.

Litteraturen viser, at den støtte og vejledning mødre har brug for, når de opgiver at amme, både skal give mulighed for at træffe informerede valg, og give mulighed for at bearbejde følelser og få selvtillid og tro på egne evner. At amning fremstilles som noget naturligt medvirker til en manglende opmærksomhed på mødre i tiden efter

fødslen generelt og i forhold til mødre, der ikke ammer specielt. Dette står i kontrast til, at mødre har brug for omsorg fra blandt andet de sundhedsprofessionelle, for at hun selv kan være i stand til at drage omsorg for det lille barn.

3. Formål og problemformulering

Amning fremstilles i dag som noget naturligt, alle mødre kan og som det bedste og sundeste for barnet. De fleste mødre forventer og ønsker derfor at amme deres barn, ligesom det fra samfund og omgivelser forventes, at mødre ammer. Så når mødre opgiver at amme, lever de ikke op til deres egne og omgivelsernes forventninger. De kan derfor føle sig mislykkede. Men mødre, der opgiver at amme, bliver ikke ved med at føle sig mislykkede. Så hvad er det der får mødre til at føle, at de lykkes, når de ikke ammer? Og hvordan kan sundhedsplejersken være med til, at mødre føler, at de lykkes?

Der findes ikke litteratur, der beskriver mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme. Jeg vil derfor beskrive mødres oplevelser efter de har opgivet at amme og på baggrund af disse oplevelser beskrive, hvad der får mødre til at føle at de lykkes. Med andre ord hvordan skabes et moderskab, når man ikke lever op til egne og andres forventninger?

Mødre er omgivet af barnets far, familie, venner, sundhedsprofessionelle og udenforstående, der alle kan have indflydelse på mors oplevelse af at lykkes. Sundhedsplejersken er derfor kun en blandt mange, som har indflydelse på mors følelse af at lykkes. Sundhedsplejerskens indsats vil derfor være et bidrag til mors følelse af at lykkes. At opgive at amme er et følsomt emne. Det er ikke beskrevet, hvilken hjælp mødre har brug for, efter de har opgivet at amme eller hvad sundhedsplejersken kan bidrage med.

Formålet med dette speciale er at beskrive, hvad mødre oplever, efter de opgiver at amme, at afdække, hvad der har betydning for, at mødre føler, at de lykkes som mor og komme med forslag til, hvordan sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme.

Det fører til følgende problemformulering:

- *Hvilke oplevelser har mødre, der forventede at skulle amme, efter, at de har opgivet at amme?*
- *Hvad får mødre til at føle, at de lykkes som mødre, efter de har opgivet at amme?*
- *Hvordan kan sundhedsplejersken bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme?*

4. Metode

For at beskrive mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme og hvordan kvinder konstruerer dem selv som mødre, når de må opgive at amme, søger jeg ny information og nye vinkler. Formålet lægger derfor op til åbne, eksplorerende interviews (Kvale S. 1994 s. 104), der kan afdække kvalitative betydninger af mødres oplevelser. Jeg har derfor foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse med deltagelse af førstegangsmødre.

I dette afsnit gennemgås først de videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser, som lå til grund for udførelsen af interviewundersøgelsen. Derefter fremstilles hvordan undersøgelsen blev udført, hvilke interviewpersoner, der deltog og hvad der kendetegnede dem og den situation de var i. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af transskriberings – og analyseprocessen.

4.1 Videnskabsteoretisk udgangspunkt

Jeg har i afsnit 2.4.2 argumenteret for, at det er nødvendigt at se mødre, der opgiver at amme i en social og kulturel sammenhæng. En socialkonstruktivistisk tilgang forholder sig til, at den sociale virkelighed er foranderlig og afhængig af kulturel og historisk placering (Rendtorff J.D. 2003 s. 99). Socialkonstruktivisme er en bred gruppe af videnskabsteoretiske tilgange (Bertilsson M. 1998 s. 9;Collin F. 2003 s. 248;Jørgensen M.W. & Phillips L. 1999 s. 13), som kan bruges til at sætte spørgsmålstegn ved det, vi opfatter som selvfølgeligt (Wenneberg S.B. 2000 s. 17). Jeg har problematiseret den selvfølgelige opfattelse af, at amning er noget naturligt og antaget, at mødres opfattelse af dem selv som mødre påvirkes af denne gængse opfattelse af, hvordan man bør tage sig af sit barn. En socialkonstruktivistisk tilgang er derfor valgt i forhold til problemstillingen.

4.2 Undersøgelsens socialkonstruktive position

I ”Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver” har cand. merc. dat., ph.d. Søren Barlebo Wenneberg beskrevet en socialkonstruktivistisk position, der ikke kun har til formål at beskrive samfundsmæssige og sociale processer, men også rummer en normativ dimension (Wenneberg S.B. 2000 kap. 15). Det vil sige en position, der ikke bare vil påvise fejl og irrationaliteter, men også vil tage ved lære af dem og anvise mere formålstjenlige handlinger. Målet er, at socialkonstruktivisme kan

bruges konstruktivt og ikke blot beskrives og diskuteres (Wenneberg S.B. 2000 s. 9). Formålet med dette speciale er netop både at beskrive mødres oplevelser og på baggrund af dem give konstruktive forslag til sundhedsplejerskens bidrag. Den socialkonstruktive position, som Wenneberg har beskrevet, er derfor udtryk for specialets videnskabsteoretiske forståelse.

Ifølge Wenneberg vil videnskab altid opstå på basis af individuelle opfattelser eller oplevelser. Der kan ikke opnås sikker viden i absolut forstand. Han holder fast i, at der eksisterer en erkendelsesuafhængig fysisk verden, som påvirker os, og opretholder desuden troen på videnskabens rationalitet, som han baserer på at være åben for kritik og en vilje til at ville kritisere. Dette fører til et syn på viden, hvor viden ikke skal vurderes på dens sandhed, men i forhold til de handlinger den muliggør. Videnskab skal derfor forstås og vurderes i forhold til dens anvendelse, det vil sige, hvad videnskabelig viden betyder for vores samfund. Det omgivende samfunds mest afgørende vurderingskriterium bliver derfor om den videnskabelige viden, man vil anvende er troværdig (Wenneberg S.B. 2000 s. 190-194). Resultatet af denne undersøgelse vurderes derfor i forhold til anvendelsesmulighederne og undersøgelsen er søgt udført og fremstillet på en sådan måde, at metoden er eksplicit og dermed kan gøres til genstand for kritik.

Virkeligheden skal i så høj grad som muligt have lov til at påvirke vidensproduktionsprocessen (Wenneberg S.B. 2000 s. 193). Jeg har derfor ikke bragt teorier ind før i diskussionen af interviewresultaterne, og har i stedet bestræbt mig på, at stille mig åben for den virkelighed, som mødre oplever. Da jeg ikke havde prøvet at interviewe før, har jeg, for at muliggøre en kritik af metoden og forhåbentlig hindre, at jeg begik for mange begynderfejl, dog valgt at læne mig op ad en teori omkring kvalitative forskningsinterview og analysen af disse.

4.3 Valg af metode til interview og analyse

”InterView En introduktion til det kvalitative forskningsinterview” (1994) af professor i pædagogisk psykologi Steinar Kvale danner grundlag for mine overvejelser i forhold til design, udførelse og analyse af de kvalitative forskningsinterview, som denne undersøgelse bygger på.

Ifølge Kvale er målet med et kvalitativt forskningsinterview, at interview-forskeren kan konstruere en fortælling, der yder de interviewedes historier om deres

livsverden retfærdighed og give fortællingens læsere ny viden og indsigt (Kvale S. 1994 s. 87). Når jeg her vil beskrive mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme, og hvad det er der gør, at de føler at de lykkes, på trods af at de ikke lever op til egne forventninger om at amme, er målet at konstruere en fortælling om kvinders oplevelser og konstruktion af dem selv som mødre, efter de har opgivet at amme og dermed give ny viden og indsigt i forhold til sundhedsplejerskens bidrag til mødre, der opgiver at amme.

Kvale har desuden beskrevet, hvordan den nye interviewforsker kan udføre og analysere et forskningsinterview og træffe reflekterede beslutninger om undersøgelses-processen på basis af viden om emnet og om metodens muligheder og konsekvenser (Kvale S. 1994 s. 92).

En af de filosofiske tankegange, som Kvale præsenterer som central for det kvalitative interview er det, han kalder den postmoderne tænkning. Undersøgelser indenfor denne tænkning søger ikke sand viden, men lægger vægt på produktion af nyttig viden (Kvale S. 1994 s. 52).

Da målet for denne undersøgelse er anvendelig viden produceret på en tillids-vækkende facon har jeg valgt Kvale, da hans metode er udførligt beskrevet, lægger op til anvendelighed og stemmer overens med opgavens videnskabsteoretiske ståsted.

4.4 Det kvalitative interview

Et kvalitativt forskningsinterview er en samtale med en struktur og et formål. Struktur og formål sættes af forskeren og denne definerer og kontrollerer derfor interviewsituationen (Kvale S. 1994 s.19). Jeg vil her beskrive de valg og overvejelser, der er gjort, for at jeg kunne definere og kontrollere interviewsituationen og skabe en struktur, så undersøgelsen kan opfylde sit formål. Ifølge Kvale er spørgsmålet om validitet ikke knyttet til et bestemt stadium af undersøgelsen, men relevant under hele undersøgelsesprocessen (Kvale S. 1994 s. 231). De overvejelser, der er gjort for at sikre en løbende kontrol af kvaliteten af denne undersøgelse er derfor medtaget i det følgende.

4.4.1 Overvejelser og valg i forbindelse med interview

Før udførelsen af interviewet gjorde jeg overvejelser i forhold til om undersøgelsen var nødvendig og om hvilke konsekvenser undersøgelsen kunne få for

mødre generelt og for de deltagende mødre specielt. Litteraturgennemgangen blev derfor foretaget for at afdække, at der ikke findes eksisterende viden, som kunne give de svar, jeg søgte (Kvale S. 1994 s. 117). Det blev også klarlagt, at der fandtes et behov for den viden, som denne undersøgelse søger. Undersøgelsen rummer et normativt aspekt, idet der sigtes mod at undersøgelsen kan få indvirkning på praksis ved at give forslag til sundhedsplejerskens bidrag (Kvale S. 1994 s. 117). Det vil sige, at fremstille viden om og skabe opmærksomhed omkring sundhedsplejerskers muligheder for at bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, på trods af at de må opgive at amme. Det var dermed sikret at der var en så væsentlig grund til at foretage undersøgelsen, at det var værd at ulejlige mødre med interview.

Undersøgelsen kunne have både positive og negative konsekvenser for de deltagende mødre. At deltage i et interview kan få indvirkning på mors opfattelse af sin egen situation. Det vil sige, deltagelse i undersøgelsen rummede mulighed for, at mor kunne afklare sine oplevelser i forbindelse med at opgive at amme, da mor i interviewet fik lejlighed til at reflektere over sine oplevelser. Interviewet betød for den deltagende mor, at hun udleverede sig selv, sine oplevelser og synspunkter til mig. Jeg indledte derfor med en præsentation af undersøgelsen og formålet med interviewet. Jeg bestræbte mig på at være indfølende og opmærksom på reaktioner fra mor. Da et forskningsinterview kan nærme sig et terapeutisk interview (Kvale S. 1994 s. 117), lavede jeg en tydelig afrunding og afslutning af interviewet, så mor fik lejlighed til at komme med tanker og refleksioner, som jeg ikke havde fået spurgt til.

Da det at opgive at amme kan være et følsomt emne for den enkelte mor, er det tilstræbt at beskytte den enkelte mors identitet. Kun jeg selv har derfor haft adgang til interviewene og mødrenes identitet er sløret, idet jeg har anvendt fiktive navne og ikke har medtaget oplysninger om mødrene som for eksempel arbejde, uddannelse eller alder. Jeg mener ikke, at dette har haft indflydelse på resultatet af undersøgelsen. Jeg lagde desuden i både mundtlig og skriftlig kontakt med mødrene vægt på, at de til enhver tid før og under interviewet kunne sige fra og udgå af undersøgelsen. Ved kontakt til den lokale videnskabsetiske komite er det afklaret, at undersøgelsen ikke falder ind under biomedicinsk forskning.

For at rapportere viden, der er så sikker og verificeret som mulig (Kvale S. 1994 s.117) afklarede jeg under interviewet forståelsen af mors oplevelser ved at stille

uddybende eller afklarende spørgsmål. Analysen og fortolkningen af mødrenes oplevelser blev dermed indledt allerede under interviewet, idet jeg bestræbte mig på direkte at spørge til, om min forståelse var rigtig og ved at afprøve fortolkninger under interviewet.

Da interview er et håndværk, der baserer sig på den enkelte interviewers viden om emnet og indføling med den interviewede (Kvale S. 1994 s. 112), kan min manglende erfaring med interview smitte af på kvaliteten af denne interviewundersøgelse. Udover kendskab til emnet på et teoretisk plan, var jeg som sundhedsplejerske desuden fortrolig med det miljø, hvor interviewene blev foretaget og fortrolig med den hverdag, der knytter sig til at være mor til et spædbarn (Kvale S. 1994 s. 103). Jeg håbede derfor, at min erfaring som sundhedsplejerske kunne danne en modvægt til min erfaring som interviewer, så jeg, på trods af at jeg var nybegynder som interviewer, kunne finde frem til ny brugbar viden. I praksis viste min erfaring som sundhedsplejerske at være vigtig, idet den gjorde, at jeg under interviewet følte mig på hjemmebane, og derfor kunne koncentrere mig om det at interviewe.

Interview er levede samtaler, det vil sige, de foregår i omgivelser og en atmosfære, som har indflydelse på det enkelte interview. For at imødekomme og fastholde dette, tog jeg efter hvert interview notater om den konkrete sammenhæng, som interviewet foregik i.

4.4.2 Personlig baggrund før interview

Som interviewer har jeg stor indflydelse på interviewsituationen og dermed også på den viden, der indhentes. Hensigten her var at være åben i håb om at kunne nå til ny erkendelse af, hvad mødre oplever efter de har opgivet at amme. Men det var også nødvendigt at have viden om emnet for at kunne stille betydningsfulde spørgsmål, der kunne være med til at skabe viden gennem et forskningsinterview (Kvale S. 1994 s. 103). Jeg kunne derfor ikke stille mig helt åben til emnet. Derfor beskrev jeg, før interviewene blev foretaget, mine egne forudsætninger i forhold til emnet, for at være bevidst om og fastholde min forforståelse. Denne forforståelse beskrives i dette afsnit.

På det personlige plan har jeg som mor til tre børn ukomplicerede ammeforløb bag mig. Jeg har derfor ikke selv prøvet, hvad det vil sige at opgive amning, men jeg har selv gennemlevet den første kaotiske tid med et spædbarn. Otte år som sundhedsplejerske har givet mig lejlighed til at møde mødre, der midt i denne kaotiske

tid har opgivet at amme. Jeg har derfor ofte drøftet, hvordan det opleves og hvilken betydning det har haft.

Mine faglige oplevelser og interesse for denne gruppe af mødre har ført til, at jeg også på et teoretisk plan har arbejdet med emnet. Dette har dels medført, at jeg har en omfattende viden om emnet og dels gjort mig bevidst om, at de gængse opfattelser af, hvad der er godt for spædbørn har stor magt og påvirker både mødre og sundhedsplejersker.

Min forforståelse i forhold til det at være mor indebærer, at mødre altid forsøger at gøre det bedste, de kan for deres børn, ud fra de givne sociale, kulturelle, økonomiske og historiske forudsætninger.

4.4.3 Interviewguide

Til forberedelsen af disse interview hørte udarbejdelsen af en række spørgsmål til en interviewguide (se bilag 2). Formålet med interviewspørgsmålene var at udløse mødrenes spontane beskrivelser af deres oplevelser (Kvale S. 1994 s. 136). Interviewguiden var netop en guide, som ikke skulle være styrende for interviewet, men i stedet havde til formål at hjælpe mig til at stille åbne og letforståelige spørgsmål. Jeg valgte derfor at have mange spørgsmål i guiden. Interviewguiden var ikke fast, men revideredes i takt med, at jeg fik mere indsigt gennem interview med mødre og påbegyndte transskription og analyse af de første interview (se afsnit 4.7 og 4.8). Interviewguiden skulle desuden være med til at sikre, at jeg fik stillet afklarende spørgsmål, så jeg i interviewsituationen afklarede meningen og eliminerede flertydighed, for at have et udgangspunkt for analysen som var så pålideligt som muligt.

Spørgsmålene, der blev stillet under interview fulgte ikke rækkefølgen i guiden, da jeg lod mors fortælling og oplevelser være styrende. Guiden blev mest anvendt som en checkliste til at sikre, at jeg kom rundt om emnet.

4.5 Interviewpersonerne

I dette afsnit beskrives udvælgelse og kontakt til de mødre, der deltog i undersøgelsen. Dernæst beskrives, hvad der kendetegnede mødrene, den situation de var i omkring fødselstidspunktet og interviewsituationerne.

4.5.1 Udvælgelse af og kontakt til mødre

Antallet af interviewpersoner måtte ikke blive for stort, da det ville være uhensigtsmæssigt med et meget stort og uoverskueligt materiale (Kvale S. 1994 s. 178). Jeg havde kun en begrænset tid til rådighed til dette speciale, og planlagde derfor interview af 5-10 mødre. Jeg forventede at interviewe til et mætningspunkt var nået, hvor yderligere interview ikke tilføjede ret meget ny viden (Kvale S. 1994 s. 109).

Mødre til denne undersøgelse blev udvalgt efter følgende kriterier: Førstegangsmødre, der gerne ville amme, men havde opgivet helt inden barnet var 6 uger gammelt. Da mødre i de første 6 uger efter fødslen befinder sig i en kaotisk forandringsproces, antog jeg, at det i denne forandringsproces er særlig vigtigt at få en følelse af at lykkes som mor. Helt at have opgivet at amme, vil sige hverken at amme eller malke ud og give modermælk på flaske, ud fra en antagelse om, at mødre, der giver udmalket modermælk, vil sidestille dette med amning. Mødrene kunne formulere sig nuanceret og forståeligt på dansk. Mor og barn måtte ikke have været alvorligt syge i de første fire måneder efter fødslen, da jeg antog, at særlige forhold gør sig gældende for mors oplevelser, når mor eller barn er alvorligt syge. Jeg vurderede, at et godt interviewtidspunkt ville være, når barnet var cirka fire måneder gammelt, da mødre ifølge Mercer har opnået en identitet som mor på dette tidspunkt (se afsnit 2.1). Da jeg ønskede så mange aspekter på mødres oplevelser som muligt, blev mødrene, der deltog i undersøgelsen udvalgt efter et tilfældighedsprincip, idet førstegangsmødre, der havde født i januar og februar 2007, blev kontaktet. Jeg håbede dermed at få kontakt med mødre med forskellig social baggrund og livssituation.

Sundhedsplejersker i Kolding og Fredericia Kommune var behjælpelige med at skaffe kontakt til mødre, der opfyldte de ovenstående kriterier (se bilag 3). Sundhedsplejerskerne foretog en opringning til mødrene, forklarede kort om undersøgelsen og hvad den indebar. Når mødrene overfor sundhedsplejerskerne havde givet tilsagn om at deltage, tog jeg telefonisk kontakt for at aftale tid og sted for interviewet og samtidig sikre det, at de havde forstået, hvad interviewsamtalen gik ud på og at de når som helst kunne springe fra. Mødre, der havde givet tilsagn om at deltage, modtog desuden et brev med skriftlig information om undersøgelsen (bilag 4). Jeg fik kontakt med i alt syv mødre. Jeg havde forventet at interviewe til et mæthedspunkt var nået, men vurderede, at det indenfor den tidsmæssige ramme jeg havde til rådighed ikke

var hensigtsmæssigt at vente, til flere mødre kunne inkluderes. Alle kontaktede mødre ønskede at deltage og ingen fortrød deltagelse efter nærmere information om undersøgelsen.

4.5.2 Beskrivelse af mødrene og deres situation

Mødrene var mellem 26 og 36 år gamle. Mødrene var alle førstegangsfødende og i et fast parforhold. Alle partnere havde haft orlov efter fødslen og var indlagt sammen med mor på barselshotel, så snart det kunne lade sig gøre. Børnene var på interviewtidspunktet mellem 3½ og 4½ måned gammel.

Mødrene havde forskellig uddannelsesmæssig og arbejdsmæssig baggrund. En havde ikke en afsluttet uddannelse og var i gang med et revalideringsforløb, men hun var ikke selv optimistisk og luftede tanken om førtidspension til mig. En var netop færdig som bachelor og skulle i gang med en anden længerevarende uddannelse efter barselsorlov. En var selvstændig mens de øvrige havde fast arbejde på baggrund af kortere eller mellemlange uddannelser.

Der var således tale om en forholdsvis homogen gruppe af mødre. Aldersmæssigt var alle på nær en, tæt på den gennemsnitlige alder for en førstegangsfødende, der i 2006 var på 28,8 år (Sundhedsstyrelsen 2007). Deres sociale situation var grundlæggende ens med et fast parforhold og for de fleste en fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

Mødrene betegnede alle deres graviditeter som normale, kun en havde været til ekstra kontroller på sygehuset, på grund af diabetes hos mor. Mødrene havde alle oplevet komplikationer, som stort blodtab, sphincterruptur, kejsersnit, bristninger eller indlæggelse af barnet på neonatalafdeling lige efter fødslen.

Alle børn var født omkring terminstidspunktet. To børn blev indlagt på neonatalafdeling. Det ene på grund af vejrtrækningsbesvær og lavt blodsukker lige efter fødslen og det andet til behandling og forebyggelse af lavt blodsukker, da mor havde diabetes. De blev begge udskrevet til barselsafdelingen indenfor de første 48 timer.

Ingen af mødrene fik barnet lagt til brystet umiddelbart efter fødslen. Kun to blev udskrevet fra sygehuset med et barn, der ammedes, de opgav begge at amme cirka fem uger efter fødslen. Fire blev udskrevet for at malke ud og give modermælk på flaske, de holdt op med at malke ud tre til fem uger efter fødslen. En opgav helt at amme ved udskrivelsen.

Mødrene havde alle før fødslen haft en forventning om, at de skulle amme deres barn. Kun en havde inden fødslen gjort sig overvejelser om, hvad hun ville gøre, hvis amningen af en eller anden grund ikke lykkedes.

4.5.3 Interviewsituationen

Alle interview foregik hjemme hos mødrene og varede mellem 50 og 90 minutter. Børnene sov eller blev lagt til at sove, når jeg kom, og mor måtte typisk se til dem et par gange under interviewet. De fleste af børnene vågnede under interviewet og var derefter med på sidelinien. Jeg har ved gennemlytning af interviewene været opmærksom på, om mødrenes koncentration om interviewet ændrede sig, når børnene vågnede, men har ikke fundet, at der var mærkbare forskelle i koncentration eller svarlængde – blot af og til lidt længere pauser eller snak med barnet.

Alle interview blev indledt med en kort introduktion til interviewets formål, til optagelse af lydfiler og til behandlingen af interviewene bagefter, herunder sløring af mødrenes identitet og sletning af lydfiler efter transskription.

Mødrene var forberedte på, at jeg kom. De viste stor interesse for undersøgelsen og havde alle gjort sig tanker om deres oplevelser på forhånd, en havde skrevet sine tanker ned. Ved afslutning af interviewet udtrykte de alle håb om, at deres oplevelser kunne anvendes. ”Jeg håber, der kan hjælpes, så man ikke behøver at være så frustreret” (Maja). En anden tilføjede til håbet om anvendelsen af undersøgelsen: ”om ikke andet så har jeg da fået det snakket igennem endnu en gang” (Tine). En mor havde gjort sig store overvejelser om sin deltagelse, da hun havde det svært med nye mennesker, tidligere havde haft depression og brugte meget energi før hun skulle noget nyt. Denne mor udsatte interviewet en uge, da hendes barn blev sygt, men meldte ikke fra og var under interviewet meget engageret og udtrykte efterfølgende, at det havde været godt at tale oplevelserne igennem. Dette illustrerer, at emnet, rummer frustrationer og at mødrene dels fandt emnet vigtigt, og dels også selv fik et udbytte af interviewet.

4.6 Refleksioner efter interview

At udføre interview var nyt for mig, men jeg fandt ikke denne form svær. På mange punkter mindede det om den måde jeg tidligere har grebet mit sundhedsplejerskearbejde an på, hvor jeg spurgte til mødres oplevelser af deres børn som udgangspunkt for min vejledning. Jeg kunne derfor bruge min erfaring som

sundhedsplejerske og min fortrolighed med mødres situation med et lille spædbarn som modvægt til min manglende erfaring som interviewer. Der var dog en ting, som jeg allerede ved det første interview blev opmærksom på, nemlig forskellen på at være interviewer og at være sundhedsplejerske. Som interviewer var det således ikke min opgave at hjælpe mødrene til at finde frem til den bedste måde at tage sig af barnet på, men at indsamle deres oplevelser og bringe dem til at reflektere over deres egen situation. Mødrene vidste godt, at jeg også var sundhedsplejerske, i få tilfælde fik jeg stillet konkrete sundhedsplejefaglige spørgsmål, som jeg så svarede på.

4.7 Transskribering af interview

Interviewsamtalerne blev optaget på lydfil og jeg foretog selv transskriberingen. Der blev transskriberet løbende, det vil sige, transskriberingen startede, da de første interview var foretaget. Formålet med denne fremgangsmåde var at få mulighed for, at jeg allerede her kunne se temaer, som det ville være vigtigt at få uddybet i de næste interviews. Dette var en hjælp i forhold til revidering af interviewguiden og gjorde at analyseprocessen blev indledt under transskriberingen (Kvale S. 1994 s. 170).

Da det talte sprog ikke bare lader sig oversætte til skrift uden at der kan ske skift i mening og udtryk (Kvale S. 1994 s. 167 og s. 171), har jeg ved transskriptionen forsøgt at formulere mødrenes udsagn på skrift på en måde, som jeg forestiller mig, mødrene selv ville have ønsket samtidig med at jeg har bestræbt mig på, at teksten fortsat giver en fornemmelse af den samtale, der foregik under interviewet. Alle interview blev transskriberet i deres fulde længde.

4.8 Meningskondensering

Efter at have foretaget og transskriberet de syv interview havde jeg et stort materiale. For at beskrive mødres oplevelser på baggrund af dette materiale, blev meningskondensering valgt som analysemetode. Meningskondensering lægger op til at udtrykke situationen set fra mødres synspunkt og anvendes i forhold til kvalitative undersøgelsers omfattende og komplekse interviewtekster. Analysemetoden er ofte anvendt som fænomenologisk metode, men kan også anvendes i forhold til andre kvalitative undersøgelser (Kvale S. 1994 s. 194). Meningskondensering går ud på at se efter de naturlige betydningsenheder og udlægge deres hovedtemaer. Meningskondensering består af fem trin (Kvale S. 1994 s.192):

1. **Gennemlæsning af interview for at opnå fornemmelse af helheden**

De transskriberede interview blev gennemlæst. Efter selv både at have stået for interview og transskribering havde jeg en god fornemmelse af helheden for alle interviews.

2. **Bestemmelse af naturlige betydningsenheder som de udtrykkes af interviewpersoner**

De naturlige betydningsenheder, som mødrene havde udtrykt blev bestemt.

3. **Temaer, der dominerer en bestemt betydningsenhed**

De naturlige betydningsenheder blev udtrykt i centrale temaer. Disse temaer kom mødrene i alle interviews på en eller anden måde ind på. Følgende temaer vil blive behandlet i dette speciale: ”Beslutningen”, ”Kontakten med barnet”, ”At malke ud”, ”At give flaske”, ”Næste gang” og ”Sundhedsplejersken”.

4. **Spørgsmål ud fra undersøgelsens formål**

For hvert tema i analysetrin 3 blev der formuleret spørgsmål som kunne være med til at beskrive mødres oplevelser, efter de havde opgivet at amme. Disse spørgsmål præsenteres i indledningen til hvert enkelt tema i afsnit?

5. **Sammenknytning i deskriptivt udsagn**

De enkelte temaer blev beskrevet og underbygget af interviewcitater for til sidst at nå frem til deskriptive udsagn om mødres oplevelser efter de har opgivet at amme. Hvert interview blev analyseret særskilt, hvorefter de deskriptive udsagn om mødres oplevelser efter de har opgivet at amme blev samlet til den færdige fremstilling med inddragelse af udsagn fra alle interview.

For at illustrere analysemetoden ses i tabel 1 et eksempel på, hvordan der i det transskriberede interview blev bestemt naturlige betydningsenheder (analysetrin 2) og udtrykt temaer (analysetrin 3) på baggrund af de naturlige betydningsenheder. Teksten i kursiv i den naturlige enhed angiver interviewer og er taget med for at vise, hvordan jeg i løbet af interviewet stillede spørgsmål for at fortolke, afklare og uddybe mors oplevelser. Spørgsmålene (analysetrin 4) ”Hvilke oplevelser knytter sig til tiden lige før amning opgives?” og ”Hvordan opleves beslutningen om at opgive bagefter?” blev stillet til de naturlige enheder og temaer i eksemplet. De deskriptive udsagn (analysetrin 5) der kom ud af eksemplet var:

> ”Maja følte sig afmægtig, når hendes barn vågnede og hun vidste, at hun ikke kunne tilfredsstille hans sult, fordi han ikke kunne få fat ved brystet. Hun sammenlignede sig med de andre mødre og følte sig utilstrækkelig og anderledes.”

> ”At beslutte at give flaske betød, at Maja fik vished for, at barnet fik det godt. Der var en mulighed for at tage sig af barnet på en forsvarlig måde. Det oplevedes som en god løsning.”

Analyseprocessen blev påbegyndt allerede under interviewet og transskriptionen. Analyseprocessen har været en cirkulær proces med tilbagevenden til de oprindelige transskriberede interviewtekster gentagne gange for at sikre at nuancer og forskelle kom med i beskrivelsen af mødres oplevelser. De deskriptive udsagn, som analyseprocessen mundede ud i, blev igen sammenskrevet og resultatet af denne proces fremstilles i næste afsnit.

Tabel 1 ***Eksempel på trin 2 og 3 i analyseprocessen***

Naturlig enhed	**Centralt tema**
1. De første fem døgn deroppe, når folk kom og besøgte os, det var lige før hvis de vækkede ham, så var jeg lige før, jeg slog dem ihjel. For når de vækkede ham, så var det ensbetydende med, at han skulle have mad og så vidste jeg ikke, hvad jeg skulle gøre!	1. Maja føler sig afmægtig, når hendes barn vågner
Så du var sådan lidt panikken, for du var ikke sikker på at du kunne stille ham tilfreds?	*Fortolkning*
2. Nej, og jeg var jo nødt til at skulle gå med ham. De sad jo i flæng på patienthotellet og ammede overalt! Stille og roligt, de der små børn der bare lå der .. og suttede - og jeg sad med ham inde på værelset, stiv som et bræt og han skreg	2. Maja sammenligner sig med de andre mødre og føler sig anderledes og forkert
I kæmpede..	
3. 1½ time om at give ham mad ikke, så jeg vidste godt at hvis der var nogen der kom for at se ham, så så vi ikke dem mere	3. Maja må gå ind på værelset og barnet skriger i 1½ time, så gæsterne ser hun ikke mere til
Så det var værsgo og kigge og så..?	*Fortolkning*
Ja så var jeg nødt til at gå med ham ind på værelset, hvor han skreg i 1½ time. Det var jo… det duede ikke.	
Så det var en lettelse at få den flaske?	
4. Ja, det var, det sagde næsten sig selv, at da hun kom med malkemaskinen, efter hun havde taget ham med, så løb det bare. Sådan et stykke i en flaske.. jeg sad bare, hold da op det er jo helt vildt og der er kun gået et kvarter.	4. Da mor har besluttet at malke ud og give på flaske, begynder mælken pludselig at løbe
5. Det var bare som om det hele oppe i hovedet det kunne bare slappe af	5. Mor kan slappe af og er nu sikker på at hendes barn vil få den mad han har brug for og dermed få det godt.
Der gled et eller andet på plads oppe i dit hoved om at du ikke var den eneste der kunne give ham mad, man kunne finde andre løsninger på det?	
Ja og han skulle nok få det godt	
Så du begyndte også at se, at der var et lys?	*Fortolkning*
6. Ja der var en verden udenfor at sidde med ham der skriger. Så det var en god løsning	6. Der var en anden løsning, der indebar at mor ikke skulle sidde med et skrigende barn

5. Mødres oplevelser

I analyseprocessen fremkom temaer om mødres oplevelser. Materialet efter de syv interview var omfattende. Jeg har derfor valgt, at fremstille de dele af temaerne, hvor der fremkom nye vinkler og som kan have betydning i forhold til sundhedsplejerskens arbejde.

De seks temaer jeg vil behandle er:

- ”Beslutningen” – om mødrenes oplevelser før og i forbindelse med, at de opgav amning.
- ”Kontakten med barnet” – om mødrenes oplevelser af kontakten til deres barn
- ”At malke ud” – om mødrenes oplevelser i forbindelse med at malke ud og give modermælk på flaske.
- ”At give flaske” – om mødres oplevelser i forbindelse med at give flaske
- ”Næste gang” – om mødres tanker og forestillinger om amning af deres næste barn.
- ”Sundhedsplejersken” – om mødrenes kontakt til sundhedsplejersken.

Til hvert tema er stillet analysespørgsmål, disse analysespørgsmål præsenteres i forbindelse med det enkelte tema. For at illustrere mødrenes oplevelser og for at anskueliggøre, hvordan jeg er kommet fra mødrenes beskrivelser af deres oplevelser til min fremstilling af mødres oplevelser, er der i det følgende medtaget citater fra interviewene. Afsnittet munder ud i en delkonklusion, der sammenfatter mødrenes oplevelser, efter de opgav at amme.

5.1 Beslutningen

At opgive at amme, når man gerne vil amme, indebærer på et eller andet tidspunkt at skulle se i øjnene, at amningen ikke lykkes og derefter træffe en beslutning om, hvordan barnet ernæres. Mødrene i undersøgelsen fortalte alle om denne beslutning, omstændighederne den var truffet under og hvad det havde betydet for dem at træffe denne beslutning. Det første tema jeg vil behandle er derfor ”At opgive amning”.

Det kan undre, at der i en undersøgelse af mødres oplevelser efter de har opgivet at amme, medtages mødres oplevelser før og i forbindelse med, at de opgiver. Men

mødrenes oplevelser før og i forbindelse med, at de opgav, havde indflydelse på, hvordan de følte bagefter og derfor også noget om hvad sundhedsplejersken kan bidrage med.

Analysespørgsmålene som besvares i dette afsnit er, ”Hvilke oplevelser knytter sig til tiden lige før amningen opgives?”, ”Hvorfor opgives amning?”, og ”Hvordan opleves beslutningen om at opgive bagefter?”

5.1.1 Tiden op til beslutningen

Mødrene havde før fødslen fået et indtryk af, at amning var noget naturligt, alle kunne, og det kom bag på dem, at de fik problemer med at amme. Eva havde før fødslen besluttet, at hun ikke ville amme i offentlighed, men kun Nina havde inden fødslen overvejet, hvad hun ville gøre, hvis hun ikke kunne amme, fordi hun havde set sin søster kæmpe for at få amningen til at fungere og havde dengang syntes at det havde for store omkostninger. Maja havde været så forudindtaget i at skulle amme, at hun ikke før fødslen havde skænket muligheden for, at hun ikke kunne amme, en tanke.

> ”Jeg tænkte, at hvis jeg ikke kunne amme ham, så fik han da ingen mad. Der var ikke noget at gøre – der var ikke noget alternativ. Og det selv om man med sin fornuft godt ved, at selvfølgelig gør han det.” (Maja)

Mødrene i undersøgelsen havde alle oplevet komplikationer i forbindelse med fødslen eller umiddelbart efter. Derfor blev ingen af børnene lagt til brystet umiddelbart efter fødslen. Allerede her følte flere af mødrene, at de var kommet forkert fra start, da de havde hørt, hvor vigtigt, det var at få barnet lagt til lige efter fødslen.

Tiden på sygehuset var præget af uro og problemer. Det var svært at få barnet til at sutte hos mor. Barnet var uroligt og sov næsten ikke. Mødrene oplevede, at barnet ikke fik opfyldt sine basale behov for mad og søvn.

> ”Og han græd og græd og græd og græd. Og han sov jo ikke – altså.” (Anne)
> ”Jeg blev ked af det, han blev ked af det, det tog jo tit et kvarter – tyve minutter, før han kom i gang, og så havde han skreget i ti minutter og var fuldstændig udmattet, og så suttede han i fem og faldt i søvn
> *Så faldt han i søvn af udmattelse?*
> Ja, så sad jeg og nev i hans ører for at få ham til at spise, for han var jo ikke mæt. Det var ikke til at holde ud!” (Maja)

Alle mødre i undersøgelsen gav udtryk for bekymring og utilstrækkelighedsfølelse i forbindelse med tiden, før de opgav at amme. De var optaget af at gøre det

rigtige for at få amningen til at fungere, og var indlagt i længere tid end forventet, i håb om at få amningen til at fungere. De var derfor åbne for råd og vejledning fra personalet på sygehuset, men følte at de fik modsatrettede råd og vejledning. På trods af at mødrene havde svært ved at relatere vejledningen til deres egen situation, forsøgte mødrene at følge de råd de fik, også selv om de ikke selv troede på at det virkede. Det kom bag på dem, at amning var så svært og de kunne ikke finde nogen forklaring på, hvorfor de havde problemer. De var bekymrede for barnet og havde svært ved at overskue, hvordan de skulle magte opgaven med det lille barn derhjemme.

Tine havde en opfattelse af, at det spæde barn gennem amningen skulle få en oplevelse af tryghed og velvære. Så for Tine var det værste, at hun ikke følte, barnet fik en god oplevelse.

> ”Men det er det der med den dårlige oplevelse jeg følte at hun havde. Det var det værste, nej det værste var vel at give det op eller at jeg ikke følte at hun fik en god oplevelse, for det ville jeg selvfølgelig gerne have at hun fik.” (Tine)

For mødrene overskyggede problemerne med at få barnet til at sutte alt andet, så følelsen af ikke at lykkes, blev meget markant. For Nina levede kontakten med hendes barn under amningen ikke op til hendes forventninger. Hun følte ikke, det var rigtigt, at hendes barn skulle blive så desperat.

> ”Jeg havde forventet, at hun var sådan en lille glad en, og så lå hun bare der ved brystet og skreg. Jeg fik helt antipati imod det, det var slet ikke hyggeligt. Hun var helt oppe at køre, og det kunne jeg slet ikke ha´”. (Nina)

Det at amme var meget stressende, gav en følelse af afmagt og føltes som en lang kamp. Det, at barnet var grædende og desperat, føltes forkert.

> ”For det er virkelig stressende at sidde der, du sveder og den lille sveder og bliver alt for varm, så han skal have tøjet af, for du kan mærke, at han bare brænder, - så bliver man endnu mere.. og så begynder hjertet bare og pumpe endnu mere.” (Ditte)

Maja sammenlignede sig med de andre mødre på barselsafdelingen og fandt sig selv anderledes og utilstrækkelig, fordi hun ikke kunne få drengen til at sutte og dermed falde til ro, som hun havde forestillet sig, at hun kunne som mor.

De to mødre, der blev udskrevet med et barn, der ammedes, var begge meget trætte og afkræftede, enten på grund af et stort blodtab under fødslen eller en alvorlig

sphincterruptur, som medførte store smerter og at mor kun kunne amme liggende i de første uger. Anne havde store smerter i forbindelse med amning. Smerter, som kom bag på hende og som hun ikke kunne få nogen forklaring på hverken på sygehuset, hos egen læge eller hos sundhedsplejersken. Hun fik desuden brystbetændelse flere gange, og hendes barn tog ikke på og var meget urolig. Hun besluttede derfor at stoppe med at amme, da barnet var cirka 6 uger gammelt og fik medicin for at få mælken til at forsvinde. Anne havde hyppige besøg af sundhedsplejersken i denne periode.

Kun Eva opnåede at amme uden smerter. Men hendes barn tog efter de første par uger ikke nok på og var uroligt. Eva blev af sundhedsplejersken vejledt til at lægge barnet til ofte, men havde svært ved at gennemføre dette, da hun fik mange modsatrettede råd fra familien og selv følte sig usikker på, om det nu kunne passe at barnet skulle spise så ofte. Eva begyndte derfor at give flaske ved siden af, hvilket førte til, at hun i en periode først tilbød brystet og derefter gav flaske. Barnet var ofte uroligt om natten og det førte til en følelse af afmagt hos Eva, som gjorde, at hun til sidst bad lægen om piller til at stoppe mælken.

Beslutningen om at tage medicin for at stoppe mælken blev taget efter lange og svære overvejelser. Både Eva og Anne beskrev processen med først at komme til læge og her fortælle, hvorfor de ikke kunne fortsætte med at amme og derefter rent faktisk tage medicinen. Der gik flere dage fra de havde pillerne, til de tog dem.

Tiden op til beslutningen om at opgive amning blev truffet, blev oplevet så stressende, at flere nævnte muligheden for at få en fødselsdepression, hvis perioden med det urolige, utilfredse barn og den udmattede mor fortsatte.

> ”så det skal tages i opløbet og det må ikke trækkes, der skal snakkes om det her og nu” (Anne).

Maja følte, at det ikke at kunne tilfredsstille barnet indebar en mulighed for ikke at kunne overskue at være mor, det vil sige ikke kunne overskue at tage sig af barnet.

5.1.2 Beslutningen – et vendepunkt

Inden beslutningen om at give flaske blev truffet, var barnet altså uroligt og utilfreds, og mødrene var bekymrede for, om det fik sine basale behov i forhold til mad og søvn opfyldt. For de mødre, der ikke fik amningen til at lykkes, var det uholdbart at tage hjem fra sygehuset, når barnet var uroligt og blev tilbudt mad af kop. Der måtte

derfor træffes en beslutning om, hvordan barnet skulle ernæres. Fire af mødrene traf beslutningen om at malke ud og give modermælken på sutteflaske, mens Ditte i forbindelse med udskrivelsen besluttede at gå over til modermælkserstatning.

Efter at være gået over til flaske fik mødrene en fornemmelse af, at barnet trivedes. Beslutningen om at opgive amning blev derfor et vendepunkt for mødrene. Mødrene tillagde det stor betydning, at barnet efterfølgende blev roligt, kunne sove og begyndte at udvikle sig. Det var meget vigtigt at kunne se, at barnet havde det godt. Det gjorde at beslutningen om at give flaske blev oplevet som en stor lettelse.

> ”Så tog vi hjem dagen efter, så var jeg frisk og klar til at tage hjem, nu virkede det, nu kunne han jo få mad, og han blev jo lige pludselig meget roligere – meget rolig.” (Maja)

Der var nu sikkerhed for, at barnets behov for mad kunne tilfredsstilles.

De to mødre, der ammede, opgav, efter at deres barn havde tabt sig. Ingen af mødrene fik derfor en oplevelse af, at deres barn begyndte at tage på, fordi de ammede dem. Da Anne erkendte, at hun ikke kunne få amningen til at fungere, og derefter oplevede, hvordan barnet reagerede, da det havde fået den første flaske, gjorde det udslaget.

> ”Så sagde jeg ”Jeg kan ikke få det til at fungere” Så da han fik en flaske der, jeg tror, han spiste 150 ml første gang han fik noget, og så kunne man bare se, at de store øjne blev bare sådan helt ”åhhhh jeg er mæt”” (Anne)

For Anne var det at give flaske en så stor lettelse, at hun ville ønske, at hun havde gjort det noget før. At opgive amning betød også for Eva en stor lettelse, da hun så kunne se hvor meget, hendes barn fik at spise. De følte begge bagefter et stort behov for at sikre sig, at deres barn fik nok at spise og var optaget af, om deres barn tog på. De syntes i den forbindelse at der havde været for lang tid mellem besøgene fra sundhedsplejersken, efter de havde opgivet at amme. Anne var skuffet over, at hun ikke efter at have opgivet at amme fik barnet vejet så ofte, som mens hun havde problemer med at amme.

5.1.3 At træffe beslutningen

Beslutningen om at opgive amning blev for fem af mødrene truffet på sygehuset, mens de to mødre, der ammede, havde kontakt til deres sundhedsplejerske på dette tidspunkt. Der var forskel på, hvordan mødrene oplevede den hjælp, de fik fra sundhedspersonale til at træffe beslutningen om at give flaske.

Tine fik, før hun blev udskrevet, hjælp af en sygeplejerske på barselsafdelingen til at træffe beslutningen om at malke ud og give på flaske. Tine var ikke i stand til selv at tage initiativ til at træffe beslutningen, fordi hun så gerne ville amme og derfor var tilbøjelig til at blive ved med at prøve. Hun var derfor glad for at få hjælp til at få truffet beslutningen, uden at hun følte sig presset til det.

Ditte var indlagt i otte dage for at prøve at få amningen til at fungere og havde ved udskrivelsessamtalen fortsat ikke en løsning. Hun malkede ud, hvilket var smertefuldt for hende, og barnet var meget uroligt og utilfreds. Hun blev af lægen ved udskrivelsen opfordret til at fortsætte med at malke ud, men følte ikke, at dette var en overskuelig løsning for hende, når hun kom hjem.

> ”Der var ikke en eneste af dem, der spurgte: ”hvordan ville I have det hvis I skulle ryge på sutteflaske, ville du være helt vildt ked af det, hvis du ikke kunne amme ham så?”” (Ditte)

Der blev ikke under indlæggelsen nævnt andre muligheder end amning fra personalets side. Da Ditte ikke fandt det forsvarligt at tage hjem uden at kunne overskue, hvordan hun skulle give sit barn mad, traf hun selv beslutningen om at give modermælkserstatning på flaske og stoppe udmalkning, lige før hun skulle hjem. Ditte diskuterede i forbindelse med beslutningen om at give modermælkserstatning risikoen for, at hendes barn skulle få flere infektioner end andre børn med sin kæreste. Men i situationen med et uroligt barn, som hun ikke følte, at hun kunne tage sig af på forsvarlig vis, var det at tage sig af det lille spæde barn her og nu vigtigere end, hvad fremtiden eventuelt ville bringe. Bagefter undrede det Ditte, at muligheden for at ernære barnet med modermælkserstatning slet ikke blev taget op og at hun, selv om hun var indlagt netop for at få styr på amningen, ikke fik hjælp til at træffe beslutningen.

Anne og Nina lagde begge vægt på, at de selv traf beslutningen og selv tog initiativerne i forhold til, hvad der var det rigtige for dem og deres barn. Samtidig lagde Nina vægt på, at hendes sundhedsplejerske hjalp hende med beslutningen om at holde op med at malke ud.

> ”Så kom sundhedsplejersken efter et par dage, så sagde jeg det til hende og så var hun simpelthen så dejlig og sagde ”Og hvad vil du nu gerne?” Det var min beslutning, det var ikke hendes, det var ikke hvad alle andre sagde.
> *Sundhedsplejersken hjalp dig med beslutningen om, at nu holdt du op med at malke ud?*

> Ja og det har været en utrolig stor hjælp, at hendes holdning er ”hvad har du det bedst med?” – ikke hvad der står i bøgerne eller hvad alle andre mener” (Nina)

Det havde stor betydning for Nina, at sundhedsplejersken tog udgangspunkt i, hvad Nina havde det bedst med.

Da mødrene på undersøgelsestidspunktet så tilbage på deres beslutning, var det svært for dem at forklare, hvorfor amning ikke lykkedes for dem. Tine havde i starten haft det meget dårligt med ikke at kunne amme. Hun blev ved med at tænke, at hvis hun nu havde prøvet lidt mere med suttebrik, så kunne det måske have ladt sig gøre. Hun vidste godt, at hun havde gjort et stort stykke arbejde for at få amningen til at fungere, men det gled i baggrunden og kunne være svært at genkalde sig.

Fædrene deltog i mødrenes overvejelser i forhold til at opgive amning. Mødrene beskrev, at fædrene var overraskede over de store problemer amningen forvoldte og havde svært ved at forholde sig til at noget, der skulle være så godt og sundt, skabte uro og var årsag til bekymringer og store smerter. Beslutningen om at opgive amning blev truffet af mødrene, som derefter fik opbakning til beslutningen af fædrene. Det var af stor betydning for mødrene at fædrene bakkede op, og at de ikke på længere sigt havde stillet spørgsmålstegn ved beslutningen om at opgive amning.

At opgive amning var meget følelsesladet. Nina og Ida havde følt, at de havde fået god hjælp og støtte fra deres familie. Men Anne kunne ikke bruge sine forældre. De kunne ikke huske, hvad det vil sige at have et spædbarn.

> ”Det de har lært den gang, det er faktisk ubrugeligt nu, alle de ting de måtte den gang, det må man slet ikke.” (Anne 33 år)

Anne havde derfor en helt uvant konflikt med sin far, da hun opgav at amme. Dette fik Anne til at føle sig svigtet på et tidspunkt, hvor hun havde allermest brug for støtte. Det var for nogle af mødrene svært at bruge deres forældre i forhold til deres nye situation. I stedet brugte de søstre, svigerinder eller veninder med børn, når der var spørgsmål, men havde i den forbindelse ikke altid tillid til om de svar, de fik, var rigtige.

5.2 Kontakten med barnet

At blive mor indebærer at få ansvaret for et lille spædbarns liv og udvikling – en stor omvæltning, hvor det lille barn pludselig har presserende behov, som må opfyldes her og nu. Et af behovene er en tæt kontakt med de mennesker, der omgiver det.

Mødrene i undersøgelsen lagde alle vægt på deres kontakt med spædbarnet. Temaet har jeg kaldt for ”Kontakten med barnet”. Analysespørgsmålet som jeg har stillet til dette tema er ”Hvordan opleves kontakten med barnet efter amning opgives?”

Mødrene oplevede alle her tre til fire måneder efter fødslen en god kontakt med deres barn og kunne ikke forestille sig, at de ville have haft en bedre kontakt med barnet, hvis de havde ammet det. Ditte fremhævede, at hun ikke havde savnet noget i forhold til at give sit barn kontakt og nærhed.

> ”Samtidig så har du ham jo på akkurat samme måde, nede på armen, som du vil have, hvis man ammer ham, og han kan mærke dit hjerte og dufte kropsduftene og man har øjenkontakt så der, på den konto har jeg ikke savnet noget.” (Ditte)

Ditte følte desuden, at hun, fordi hun ikke ammede, havde haft et større overskud til også at lege meget med sit barn. Tine syntes, det var svært at tage fra barnet og mente, at hun psykisk var lige så knyttet til barnet, som hvis hun havde ammet.

> ”Der er mange, der siger ”nå jamen det er meget nemmere at give flaske, så kan du jo bare aflevere hende!” Ja, fysisk eller praktisk, men psykisk er det akkurat det samme for mig… Men derfor er det stadig det samme for mig, psykisk er det det samme, ja nu har jeg ikke prøvet det andet, men det synes jeg.” (Tine)

Nina havde fra starten været meget bevidst om, at det kun skulle være hende og hendes mand, der skulle give mad. Hun fik dette råd fra en sygeplejerske på barselsafdelingen, og havde været meget glad for det. Nina lagde vægt på at det skulle være hyggelige stunder, når hendes barn skulle have mad, og følte, at den tid skulle hun have sammen med barnet. Ida lagde ligeledes vægt på, at barnet skulle have kontakt, når det skulle spise. Maja havde valgt, at kun hun og barnets far gav mad for at give barnet kontakten med mor og far, og fordi hun følte, hendes barn havde det bedst sådan.

Mødrene oplevede generelt, at der i de nærmeste omgivelser, såsom familie, venner og mødregruppe, var forståelse for hvorfor de havde opgivet at amme. Men de mødte meget lidt forståelse fra udenforstående, som ikke kendte til de nærmere omstændigheder. Specielt i forhold til udenforstående følte flere af mødrene, at deres kontakt med barnet ikke blev anerkendt på lige fod med ammende mødres kontakt. Tine

følte, at der ofte blev talt meget om amning og amningens fordele, når hun var i sammenhænge, der handlede om fødsel og spædbørn.

> ”amning og amning og amning… så tænker man lige ”Jamen okay, mit barn er altså velfungerende og vi har det godt sammen, selv om hun ikke bliver ammet”” (Tine)

Tine følte sig ramt, når der blev talt om, hvor længe man burde amme og at det ikke blev anerkendt, at hendes barn udviklede sig godt og at hun som mor havde et godt forhold til sit barn, selv om det ikke blev ammet. Det kunne være anstrengende at skulle forklare sig til udenforstående. Ida oplevede det som indblandende og grænseoverskridende, når udenforstående forsøgte at aftvinge hende en forklaring på, hvorfor hun ikke ammede. Maja sammenlignede sit barn med andre børn og syntes, han trivedes og var mere rolig end ammede børn, men følte ikke, at dette blev værdsat.

> ”I forhold til ammebørn er han måske nok et meget roligt barn, han græder ikke ret meget og sover godt og sådan. Det må også tælle lidt” (Maja)

Hun havde indtrykket af, at omgivelserne mente, at det vigtigste var at amme.

> ”Der er jo ikke noget større. Det er lige før, det er vigtigere at amme end at barnet trives” (Maja)

5.3 At malke ud

Mødrene i undersøgelsen havde alle forventet, at de skulle amme, og startede derfor med at forsøge at etablere amning. Men det lykkedes ikke for fem af dem, og de stod derfor med et valg om to andre måder at ernære deres spædbarn på: at malke ud og give modermælk på flaske eller at give modermælkserstatning på flaske. Fire mødre valgte at malke ud og måtte igennem to beslutninger i forbindelse med at opgive at amme, nemlig først at malke ud og måtte senere tage en beslutning om, hvor længe de ville blive ved med at malke ud. At malke ud medførte, at mor måtte bruge tid og energi på noget andet end det, der føltes som det vigtigste - nemlig at tage sig af barnet. Temaet har jeg kaldt ”At malke ud” og analysespørgsmålet, der besvares er ”Hvilke oplevelser knytter der sig til at malke ud?”

Mødrene begyndte at malke ud på sygehuset. Kort tid før udskrivelsen blev det så besluttet at mor skulle fortsætte med udmalkning hjemme. Tine og Maja syntes begge, at det var meget hårdt at malke ud, og havde det ikke godt med det.

> ”Jeg havde det ikke ret godt med at malke ud, jeg syntes det var frustrerende” (Maja)

De fortsatte dog begge to indtil gentagne brystbetændelser, store smerter og en faldende mælkemængde fik dem til at tage beslutningen om at stoppe udmalkning og udelukkende give modermælkserstatning. Tine følte, at det at bruge så lang tid på at malke ud gik ud over hendes tid til at have kontakt med barnet, og at det føltes, som om far fik alle de gode stunder med barnet på puslebordet, mens hun måtte sidde med malkemaskinen i stedet. Hendes hverdag var blevet meget bedre, efter hun var holdt op med at malke ud. Hun havde nu et overskud til at være sammen med sit barn, som hun ikke havde, da hun malkede ud. Maja oplevede det som en stor lettelse, da hun holdt op med at malke ud. Hun ville ønske, at hun var holdt op med at malke ud noget før. Bagefter begyndte hun at få overskud og følte sig som en helt anden og bedre mor.

Ida og Nina fandt det at malke ud meget tidskrævende, men også noget de gjorde uden at tænke nærmere over, om omkostningerne ved det var for store. Efter udmalkning i henholdsvis 3 og 5 uger faldt mælkemængden drastisk og de besluttede at stoppe udmalkning. Det kom bag på dem, at mælkemængden pludselig forsvandt.

Ida havde, da hun var i ”Ammestuen” i Storcenteret for at varme mælk, følt, at ammende mødre sendte hinanden blikke, som om hun var en dårlig mor, fordi hun gav flaske. Om det bare var en fornemmelse hun fik, vidste hun ikke selv, men hun havde følt det, til trods for at hun varmede udmalket modermælk, og dermed havde lagt et stort arbejde i at give hendes barn modermælken. Maja anerkendte ikke selv sin indsats for at sørge for at give barnet modermælken. Hun måtte mindes om, at hun faktisk havde sørget for at hendes barn fik modermælken:

> ” Det hjalp også når andre sagde, ”at han har jo da fået din mælk i tre uger. Det er jo fint”. Nå…ja det har han jo også altså” (Maja)

5.4 Flaske! Hvordan?

Efter beslutningen om at give flaske var taget meldte en ny række spørgsmål sig for mødrene. Spørgsmål som hvilken slags modermælkserstatning, hvilke sutter og flasker? Hvad stiller man op med rengøringen og hvad gør man, når man ikke er hjemme? Og hvordan med overgangskost og flaskebørn? Temaet i dette afsnit omhandler de praktiske ting, som man som mor må forholde sig til, når barnet skal have flaske. Spørgsmålene som besvares her er ”Hvilke oplevelser knytter der sig til at give

flaske?" og "Hvor får mødrene viden om, hvordan de skal gribe de praktiske ting an?" "Hvad får mødrene til at begynde at give overgangskost?"

Behovet for at bruge modermælkserstatning opstod fra den ene dag til den anden. At give flaske var for mødrene en helt ny verden at skulle forholde sig til. Det var svært at finde ud af hvad der var det bedste og hvad man skulle være opmærksom på i forhold til flaske ernæring. Anne havde brugt både sundhedsplejerske og egen læge i forbindelse med problemerne med at få amningen til at fungere. Men hun havde ikke drøftet med dem, hvad hun skulle gøre, hvis hun opgav at amme.

> "Der mangler jeg efter amning, hvad sker der så, modermælkserstatning, hvor lang tid, hvor meget og hvilke mærker og sådan nogen ting" (Anne)

Det mærke modermælkserstatning, som blev anvendt på sygehuset, var det foretrukne. Det blev taget for givet at det præparat, sygehuset anvendte, var det bedste. Eva fik i starten fat på modermælkserstatning som primært var for præmature, fordi det blev anbefalet i en forretning for babyudstyr, men gik over til mærket som de brugte på sygehuset, efter at have talt med sundhedsplejersken.

Hvordan flasker og sutter blev rengjort beroede i et vist omfang på tilfældigheder, ikke fordi mødrene ikke gik op i at sørge for rene flasker, men fordi det var svært at få viden om, hvordan man skulle gøre. Eva havde brugt Internettet som den primære kilde til, hvordan flasker og sutter skulle gøres rene og fandt sin egen metode til at skolde flasker. Ida havde gjort, som de gjorde på sygehuset.

> "Vi har i hvert fald gjort, ligesom de gjorde inde på sygehuset, det regner jeg med er den rigtige måde" (Ida)

Ditte havde sluttet sig til, at når de gik op i at rense flaskerne på sygehuset, så skulle man også gøre det derhjemme.

Ninas mor hjalp til, at der fra starten var faste rutiner i forhold til rengøring og tilberedning af modermælkserstatning. Dette så Nina som en stor hjælp til at få det praktiske til at fungere, så der altid var rene flasker og modermælkserstatning parat, for hun syntes, at det var et stort arbejde at have et flaskebarn.

> "Der er virkelig meget mere arbejde i at have flaskebarn end hvis du kunne amme" (Nina)

Tine fik ved udskrivelsen fra sygehuset to siders papirer om de praktiske ting ved at gå over til flaske og følte ikke, at hun manglede oplysninger. Men hun fandt det at gøre flasker rene besværligt og tidskrævende, ligesom det kunne være besværligt, når man ikke var hjemme. For Anne var tiden i forbindelse med at hun opgav at amme, så kaotisk, at hun efterlyste oplysninger om flaskerengøring og hygiejne og holdbarhed i forhold til modermælkserstatning. Bagefter følte hun, at det hun havde gjort byggede på, hvad hun tilfældigvis kunne finde ud af på Internettet og i babyudstyrsforretningen. Maja oplevede, at de praktiske ting omkring flaskerne fyldte meget i starten og tillagde dem stor vægt.

> ”Altså dør han, hvis flasken har stået 10 minutter for længe eller hvad snakker vi om? For i starten da troede man jo, at han døde hele tiden, hvis man gjorde noget forkert” (Maja)

Hun var bange for at gøre noget forkert, og følte at det kunne få fatale konsekvenser. Men det var svært at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre. Efterhånden var hun blevet mere afslappet, men ville gerne, at der var noget på skrift om, hvordan man gør det bedste for ens barn, når man ikke ammer. Maja efterlyste derfor konkret information om at gå over til sutteflaske.

> ” Det kunne være rigtig rart, at ligesom man har 800 foldere om, hvordan det er at amme, at man så bare havde én om, hvordan det er ikke at amme, og hvad er det man skal tænke over og hvad skal man tage stilling til og hvordan kan man løse nogen af de der problemer.” (Maja)

Maja havde brugt sin sundhedsplejerske til mange af disse spørgsmål, men syntes, at der var brug for noget ved siden af, for hun vidste ikke altid, hvad hun skulle spørge om på forhånd, og ofte dukkede problemet op i en weekend.

Fædrene deltog i de praktiske gøremål, som at skaffe flasker og modermælks-erstatning og på længere sigt lave modermælkserstatning og rengøre flasker. Men det var mødrene, der undersøgte og traf beslutninger i forhold til modermælkserstatning, flasker og sutter.

5.4.1 Den hårde mave

Seks af de syv børn fik problemer med maven, da de begyndte at få modermælkserstatning. Dette viste sig ved hård, knoldet afføring, uro og gråd ved afføring. Det kom bag på mødrene, at børnene fik disse gener og vakte bekymring. At

barnet havde ondt ved afføring, var noget både mor og far gik op i, men det var mor, der undersøgte og traf beslutninger om, hvad der skulle gøres. Hvad de skulle stille op med problemet, og om det var noget alvorligt, var svært for mødrene at finde ud af.

Nina havde løst problemet ved at skifte modermælkserstatningspræparat, gå til zoneterapeut og skifte flaskesutter. Anne havde fundet sin egen løsning med massage af maven hver morgen, hvilket begrænsede problemet, men hun havde følt sig alene med problemet og syntes det var svært at finde ud af, hvad der var det bedste at gøre. Hun blev sendt frem og tilbage mellem apotek og sundhedsplejerske, fordi apoteket ikke umiddelbart ville sælge hende Laktulose, selv om hun havde fået det anbefalet af sundhedsplejersken. Det gav Anne et indtryk af, at Laktulose var et farligt stof, som kun skulle gives meget begrænset.

Ditte havde fået det indtryk, at maveproblemerne kunne være en slags kolik. Derfor havde hun forventet, at de var væk, da barnet var ca. tre måneder gammel, men da barnet var over fire måneder var der stadig problemer, og det gav anledning til bekymring. Ditte var bange for at der kunne være noget alvorligt i vejen. Ditte havde derfor en aftale med egen læge om en nøjere undersøgelse, hvis det ikke var forsvundet, når barnet skulle til fem måneders undersøgelse. Hun var desuden begyndt med at give barnet sveskemos i håb om at det ville hjælpe.

Fem af mødrene gav Laktulose i kortere eller længere perioder. Der var forvirring omkring, hvor meget Laktulose, der skulle gives og hvor længe man skulle blive ved med det. Dette gav anledning til spekulationer om, hvorvidt Laktulose kunne være skadeligt eller nedsætte appetitten. Laktulose blev derfor givet i korte perioder og i små doser, og mødrene oplevede ringe effekt af det.

5.4.2 Overgangskost

Mødrene i undersøgelsen havde gjort sig overvejelser i forhold til overgangskost. Flere af mødrene var begyndt, mens Anne utålmodigt ventede på, at hendes sundhedsplejerske skulle komme fire dage efter, barnet var blevet fire måneder. Hun var usikker på, om hun skulle starte med overgangskost, når barnet var præcis fire måneder gammelt og ville gerne i god tid have styr på, hvad barnet skulle have at spise og hvordan hun skulle gribe det an. Eva var meget opmærksom på, hvor meget barnet spiste. Hun var derfor også startet med skemad så tidligt som muligt, da det fik hende til at føle sig mere sikker på at barnet fik nok at spise. Hun førte skema over, hvor meget

og hvor ofte barnet spiste og hvor tit det havde afføring og gik først roligt i seng, når hun syntes, barnet havde spist, som det skulle. Det førte til, at Eva for at sikre sig, at barnet fik nok at drikke, begyndte at tilsætte sukker til drikkevandet.

> ”Man gør alt for at hun kan få noget væske her, om vi så må gå lidt udenom, så gør vi det, for hovedsagen er at hun spiser og har afføring” (Eva)

For Eva var det vigtigste, at barnet spiste og havde afføring, selv om hun vidste, at man ikke behøvede at tilsætte sukker til drikkevandet, og at det kunne være en dårlig vane på længere sigt, var det så vigtigt at få skrevet på skemaet, at barnet havde drukket så og så meget, at hun gik ”udenom”. For Ditte var overgangskosten en mulighed for at afprøve en mulig løsning på problemerne med obstipation.

Mødrene omtalte ikke, at barnet skulle være klar til at spise med ske, men var i stedet optaget af de praktiske forhold i forbindelse med overgangskost og af familiens forventninger om, at barnet snart skulle spise med ske. Det var mødrene, der tog stilling til, hvornår barnet skulle begynde med overgangskost.

5.5 Næste gang

Den oprindelige interviewguide indeholdt ikke spørgsmål om, hvordan mødrene så deres situation i forhold til at få et barn mere. Men allerede ved det første interview blev jeg opmærksom på, at netop denne problemstilling kunne være nærværende for mødrene tre til fire måneder efter fødslen af deres første barn. For at sikre at jeg kom rundt om dette emne i de øvrige interview, tilføjedes et spørgsmål i interviewguiden. Alle mødre bragte dog selv dette emne på bane i løbet af interviewsamtalen, hvilket indikerer, at det var et væsentligt emne for mødrene. Spørgsmålet som besvares i forhold til dette tema er ”Hvilke tanker gør mødre sig i forhold til amning af deres næste barn?”

Nogle af mødrene var indstillet på at prøve igen.

> ”Det (*at amme*) vil jeg da gerne prøve næste gang, helt sikkert. Der vil jeg da også være meget mere rolig omkring det. Det kan jeg mærke. Jeg ved jo, at hvis ikke det virker, jamen så er der andet, der virker. Så kan man godt give sig ro til at prøve, fordi man ved, at det ikke er død og pine, hvis ikke det virker.” (Maja)

Maja havde en tro på, at det kan lade sig gøre, fordi hun næste gang ved, at der findes et godt alternativ til amning, så hun roligt kan forsøge. Men Maja havde gjort op, at hun ikke ville malke ud igen. Det var så belastende, at hun ikke ville gøre det igen.

> ”Jeg skal aldrig malke ud igen. Næste gang enten så ammer vi eller også så gør vi ikke. Der er ingen mellemting.” (Maja)

Ditte var så glad for at give flaske denne gang, så hun ville gøre det på samme måde næste gang. Det havde været så stressende og smertefuldt at forsøge at amme, at hun ikke havde lyst til at prøve at amme igen, men ville måske malke ud i den første uge for at give råmælken.

Ida forventede at få de samme problemer med sår på brystvorten, men var indstillet på at forsøge. Nina ville være meget mere opmærksom på at få hjælp de første gange barnet skulle lægges til. Og hvis det ikke lykkedes der, så ville hun hurtigt træffe en beslutning om at malke ud den første tid, som hun gjorde denne gang. Eva mente, at hun kunne få amningen til at fungere næste gang, hvor hun ville være mere forberedt på, hvad det ville sige, og være mere sikker, så hun ikke lyttede til og blev forvirret af alle de forskellige råd og meninger, som familien var kommet med. Anne tænkte meget over næste gang og efterlyste vejledning om, hvordan det ville blive og om hun kunne forvente at få de samme problemer næste gang.

5.6 Sundhedsplejersken

Alle mødre i undersøgelsen havde kontakt med sundhedsplejerske. Temaet i dette afsnit omhandler sundhedsplejersken. Spørgsmålet, der er stillet i forhold til dette tema er ”Hvilke oplevelser knytter sig til kontakten med sundhedsplejersken?”

Ingen af mødrene havde haft kontakt med sundhedsplejen inden fødslen. Mødrene blev derfor udskrevet fra sygehuset uden at kende deres sundhedsplejerske. Det første besøg af sundhedsplejersken fik mødrene tre til seks dage efter udskrivelsen fra sygehuset. Beslutningen om at opgive amning blev for fem af mødrenes vedkommende truffet lige før udskrivelsen. Det var altså i forbindelse med udskrivelsen fra sygehuset, at de fleste af de praktiske spørgsmål i forhold til flaskeernæring og udmalkning opstod. Det var derfor ikke sundhedsplejersken, der blev brugt til at besvare disse spørgsmål, men i stedet fandt mødrene selv frem til, hvordan de kunne tackle de praktiske ting omkring udmalkning, modermælkserstatning og flaskegivning.

Det var vigtigt, at sundhedsplejersken fik set, at man havde gjort, hvad man kunne for at få amningen til at fungere. Tine blev ved det første besøg af sin sundhedsplejerske opfordret til igen at forsøge at amme, for at Tine kunne undgå det store arbejde med at malke ud. Hun fik derfor vejledning i, hvordan hun kunne gøre det. På trods af at Tine ikke følte, at hun havde overskud og mod på at forsøge igen, efter at have kæmpet med det og kun mødt nederlag på sygehuset, forsøgte Tine sig alligevel, men det lykkedes ikke. Da sundhedsplejersken kom igen efter en uge, var det vigtigt for Tine, at sundhedsplejersken så, at hun forsøgte og så, at det ikke kunne lade sig gøre. Anne og Eva følte også, at det var vigtigt, at sundhedsplejersken havde set, at man havde forsøgt at få amningen til at fungere

Evas barn tog ikke på, og Eva havde efter sundhedsplejerskens vejledning forsøgt at lægge barnet til noget oftere. Men barnet var fortsat uroligt, og Eva overvejede at stoppe med at amme. Hun vidste ikke, om hun turde fortælle sundhedsplejersken om disse overvejelser. Hun blev derfor positivt overrasket, da sundhedsplejersken ikke stod stejlt på, at hun skulle amme, men i stedet gik ind i en konstruktiv dialog om, hvordan Eva kunne gribe problemerne an.

Mødrene satte pris på sundhedsplejerskens bemærkninger om barnets trivsel og mors indsats for at prøve at amme. Da Eva følte, at familien stillede spørgsmålstegn ved barnets trivsel, betød et notat fra sundhedsplejersken, om at barnet trivedes på modermælkserstatning, at Eva følte sig mere sikker på, at hun gjorde det rigtige. Da Tine holdt op med at malke ud, fik hun anerkendelse fra sundhedsplejersken, hvilket betød meget for hende.

> ”Hun (*sundhedsplejersken)* sagde til mig, at det havde jeg gjort godt” (Tine 28 år)

Maja oplevede sundhedsplejersken som meget hjælpsom og neutral. Maja følte sig som en speciel art, fordi hun ikke kunne få amningen til at fungere, for det havde alle andre i familien kunnet finde ud af. Sundhedsplejerskens opbakning til at finde frem til, hvad der fungerede for dem, var derfor en meget stor hjælp for Maja til selv at finde ud af, hvad hun følte var det rigtige.

> ”Der var hun (*sundhedsplejersken*) meget god til at snakke om at ”hvis det fungerer for jer, det er jo det vigtigste”. Det er jo det, der tæller som nummer et!” (Maja)

At tage kontakt til sundhedsplejersken med spørgsmål var noget der først blev gjort efter modne overvejelser. I stedet blev Internettet og omgangskredsen brugt.

Sundhedsplejersken blev af mødrene anset for at være en vigtig person i forløbet. At hun kom på besøg i hjemmet var betydningsfuldt og gjorde at kontakten med hende blev opfattet som meget personlig. Maja efterspurgte mere viden, om sundhedsplejerskens forudsætninger for at vejlede og om hun også havde nogle personlige erfaringer at trække på og ikke kun havde læst det hele i en bog.

5.7 Delkonklusion 1

Resultatet af undersøgelsen af mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme er nu fremstillet. Jeg vil her sammenfatte mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme, og dermed på baggrund af denne undersøgelse give et svar på det første spørgsmål i problemformuleringen ”Hvilke oplevelser har mødre, der forventede at skulle amme, efter de har opgivet at amme?”

Inden fødslen blev amning anset som noget naturligt, mødrene var derfor stort set uforberedte på at få problemer. Hvorfor mødrene fik problemer med amning var svært for dem at forklare, ligesom det kunne være svært at fastholde det store arbejde de havde gjort for at få amningen til at fungere. Mødrene i undersøgelsen opgav at amme på baggrund af en uholdbar situation, hvor de ikke kunne tilfredsstille deres barns basale behov. At opgive at amme var et vendepunkt, der gjorde, at barnet fik sine basale behov opfyldt og gjorde en kontakt mellem mor og barn mulig. Mødrene prioriterede at være meget sammen med deres barn og at kun mor og far skulle give mad. Kontakten med barnet var på undersøgelsestidspunktet god og mødrene følte sig tæt knyttet til deres barn. At malke ud var en stor belastning, og flere af mødrene ville ønske, at de var holdt op med at malke ud noget før.

Det var vigtigt for mødrene at gøre det bedste for barnet, men det var svært at finde ud af, hvad der var god spædbarnsernæring, når man ikke ammede. Mødrene var specielt i starten usikre på, om de gjorde det rigtige. Det var tilfældigt, hvordan mødrene fandt ud af, hvad de skulle gøre. Det var mødrene, der traf beslutninger i forhold til at opgive amning, udmalkning, modermælkserstatning, behandling af forstoppelse og hvornår barnet skulle have overgangskost, det vil sige i forhold til alle aspekter af spædbarnsernæring. Fædrene blev taget med på råd, men mor havde den endelige beslutning.

Mødrene fik opbakning fra fædrene. Det var følelsesladet at opgive at amme, og mødrene mødte ikke altid den forståelse, som de følte de havde brug for eller forventede fra familie og venner. Udenforstående var uforstående for at mødrene ikke ammede, og mødre følte sig ramt af bemærkninger.

Mødrene satte pris på sundhedsplejersken, men kontaktede hende først efter nøje overvejelser. Mødrene gjorde sig tanker og overvejelser i forhold til hvordan amning kunne gennemføres næste gang.

6. Mødres følelse af at lykkes

Efter mødrenes udsagn var børnene på undersøgelsestidspunktet alle i god trivsel, alderssvarende udviklede og mødrene beskrev en god kontakt med deres barn. Det vil sige mødrene i undersøgelsen følte sig alle i stand til at tage sig af deres barn på en sådan måde, at barnet fik sine basale behov opfyldt og følte sig tæt knyttet til deres barn. Mødrene i denne undersøgelse må altså siges at have haft en følelse af at være lykkedes, til trods for at de måtte opgive amning og dermed ikke levede op til deres egne og andres forventninger. Deres oplevelser ser på den baggrund ud til at kunne anvendes til at søge svar på det andet spørgsmål i problemformuleringen ”Hvad får mødre til at føle, at de lykkes, efter de har opgivet at amme”.

Efter at have foretaget, transskriberet og analyseret interview af mødre, efter de har opgivet at amme, sad jeg tilbage med et indtryk af, at det vigtigste for mødrene, som deltog i undersøgelsen var, at deres barn udviklede sig og trivedes. Påstanden som jeg vil argumentere for i dette afsnit er derfor, at mødrene i undersøgelsen følte, at de lykkedes, når de oplevede at deres barn udviklede sig og trivedes. For at indkredse dette fortolkes og diskuteres resultaterne i forhold til omstændighederne mødrene var i, da de måtte opgive at amme, at mødrene var optaget af at gøre det bedste for deres barn og hvad kontakten med barnet betød. Der inddrages undersøgelser og teori, som kan være med til at forklare og uddybe forståelsen af mødrenes situation og sætte resultaterne af denne undersøgelse i relation til andre undersøgelser.

6.1 Den nødvendige beslutning

Mødrene i undersøgelsen var alle opsat på at amme. De havde forberedt sig på at skulle amme og havde gjort sig forestillinger om, at det var det bedste. Flere af dem havde også forestillet sig, hvordan de ville gribe det an, for eksempel ikke at have lyst til at amme i offentlighed. Amning var højt prioriteret, og mødrene gik så at sige gennem ild og vand for at få det til at lykkes. De forsøgte trods træthed, ødelagte brystvorter, brystbetændelse og store smerter alt, hvad de kunne for at få amningen til at fungere. De forsøgte sig endda med forskellige forslag, som de ikke på forhånd troede på. Mødre blev ved med at amme på trods af smerter og udmattelse og tog først piller for at stoppe mælken efter lange og svære overvejelser. Det var ikke nok at overbevise

lægen om, at det var det bedste at gøre, de brugte selv flere dage på at overveje det, inden de tog pillerne.

Gruppen af mødre, der deltog i denne undersøgelse sprang altså ikke over, hvor gærdet var lavest. De havde en opfattelse af, at amning var det bedste for deres barn og forsøgte alt, hvad der var muligt, for at få amningen til at lykkes. Men på trods af alle anstrengelser lykkedes amningen ikke. Situationen var derfor uholdbar. Barnet var uroligt og fik ikke sine basale behov for mad og søvn opfyldt. Mødrene følte sig utilstrækkelige, var bekymrede for barnet og havde svært ved at overskue, hvordan de skulle magte opgaven med barnet derhjemme. At fortsætte med at forsøge at få amningen til at fungere var det samme som at fortsætte med at have følelsen af, at barnet ikke fik sine behov opfyldt, og at mor derfor ikke tog sig af barnet på forsvarlig vis. At opgive amning var således ikke et fravalg af amning, men en erkendelse af, at amningen ikke fungerede tilfredsstillende og det at fortsætte med at forsøge at få amningen til at fungere ville være at udsætte barnet for alvorlig fare. Med andre ord det at opgive amning var for mødrene i undersøgelsen den eneste forsvarlige måde at tage sig af barnet på. Derfor kunne argumenter om, at amning på længere sigt kan forebygge sygdomme, ikke bruges i den konkrete situation, for på tidspunktet, hvor amningen blev opgivet, sås ingen mulighed for at få amningen til at fungere. Da det kan være til stor fare for barnet, hvis amningen ikke kommer ordentligt i gang og der ikke gives anden væske (Schack-Nielsen L. & Michaelsen K.F. 2007) var det den eneste ansvarlige løsning. At opgive amning var altså ikke et valg. For mødrene i undersøgelsen var det en nødvendig beslutning. Mødrene i denne undersøgelse traf dermed den eneste beslutning, der kan give mening for en mor, nemlig den beslutning, der førte til en sikring af barnets overlevelse og trivsel. At opgive amning blev på den måde det eneste rigtige.

At opgive at amme var derfor for mødrene i undersøgelsen ensbetydende med, at de fik en oplevelse af, at de var i stand til at tage sig af barnet. Det vil sige, at opgive amning var medvirkende til, at mødrene oplevede, at de lykkedes. Mødrene i undersøgelsen traf altså en nødvendig beslutning, fordi de var optaget af at gøre det bedste for deres barn. I det næste afsnit ses på, hvordan det at gøre det bedste for barnet kom til udtryk også, efter de havde opgivet at amme.

6.2 At gøre det bedste for barnet

I afsnit 2.3 fandt jeg, at der lægges pres på mødre for at få dem til at amme, fordi det, når amning bliver opfattet som noget naturligt, alle mødre kan, forventes, at ligegyldig hvilken situation eller omstændighed de står i, kan amning lykkes. Mødrene i denne undersøgelse traf for de flestes vedkommende selv beslutningen om at opgive amning. Når der ikke blev drøftet andre muligheder end det at amme, kan det tolkes, som om omgivelserne forventede, at amning kunne lade sig gøre lige meget hvad. Majas tanker om, at barnet ikke kunne få mad, hvis amningen ikke lykkedes, understreger, at andre muligheder ikke nævnes. Det tyder på, at mødrene i denne undersøgelse kan have været udsat for et pres fra omgivelserne om at lykkes med at amme. Men på trods af dette pres fulgte mødrene i undersøgelsen deres egen fornemmelse for, hvad der var bedst – i dette tilfælde nødvendigt for deres barn.

Mødrene i undersøgelsen blev bekymrede og urolige, når de følte, at deres barn ikke fik sine basale behov opfyldt. Det var betydningsfuldt, at barnet var roligt, sov og udviklede sig, og det vigtigste var, at barnet havde det godt. Når mødrene gennemgik smerter og ubehag, for at få amningen til at lykkes, må det have været, fordi amning var vigtig for dem. Men da de fandt ud af, at amningen ikke kunne tilfredsstille deres barns behov, opgav de amning, på trods af at flere af dem før fødslen havde anset amning for at være en vigtig del af det at være mor. Mødrene blev ved med at malke ud, til trods for ubehag, besvær og følelse af at gå glip af kontakt med deres barn, fordi de mente, at modermælk var det bedste for barnet. Med andre ord mødrene satte barnets trivsel og velvære foran egne behov. Noget tilsvarende har Helseth fundet i en undersøgelse af blandt andet forældres oplevelser med kolikbørn, der tilsvarende er urolige og utrøstelige. Forældrene i den undersøgelse havde barnets velvære i fokus og prøvede alt for at sikre barnets velvære (Helseth S. 1999).

Mødrene i undersøgelsen måtte altså gå imod egne og omgivelsernes forventninger om, at de skulle amme. Det at barnets trivsel og velvære blev sikret, var vigtigere end egne og omgivelsernes forventninger til, hvordan de skulle tage sig af deres barn. De var altså i stand til at sætte barnets trivsel og velvære foran egne forventninger og presset fra omgivelserne om at amme.

Når nu det ikke lykkedes for mødrene at amme, prioriterede de at være meget sammen med barnet, lege meget med det og sørgede for, at det var mor og far, der gav

flaske. Med andre ord, forsøgte de at indstille sig på den situation, de var i, og prøvede at få det bedste ud af den. At mødre indstiller sig på og forsøger at få det bedste ud af situationen har en undersøgelse af kvinders tilpasning til at være mor i Norge, Sverige og USA også fundet. Ifølge denne var der ikke forskel på norske, svenske og amerikanske kvinders oplevelse af at tilpasse sig moderskabet, på trods af at de amerikanske kvinder havde meget kortere tid til rådighed, før de igen skulle på arbejde, end norske og svenske kvinder (Kiehl E.M: & White M.A. 2003).

Mødrene satte altså barnets velvære og trivsel forrest og forsøgte at få det bedste ud af situationen. Med andre ord mødrene forsøgte at gøre det bedste for barnet. Ved at indstille sig på situationen og prioritere deres barns velvære og trivsel, fik mødrene en oplevelse af, at de fik en god kontakt til barnet.

6.3 Kontakten med barnet

Da barnet begyndte at få flaske, fik mødrene vished for, at barnet fik sine basale behov for mad opfyldt. Desuden oplevede mødrene, at barnet kunne sove. Da kontakten med barnet, inden mor opgav at amme, var præget af uro og frustration for både mor og barn, var det at give flaske en befrielse. Pludselig faldt barnet til ro og der var mulighed for at få en positiv kontakt med barnet. Beslutningen om at opgive amning var det vendepunkt, der gjorde at mødrene i undersøgelsen fik en fornemmelse af at kunne magte opgaven med at tage sig af det lille barn. Den blev startskuddet til en positiv kontakt mellem mor og barn og oplevedes som den rigtige beslutning bagefter.

På tidspunktet for undersøgelsen oplevede mødrene alle, at de havde en god kontakt med barnet, flere af dem fortalte, at de følte sig tæt knyttet til barnet. De var optaget af, at barnet skulle have positiv kontakt. De fleste havde bevidst prioriteret, at det kun var dem og far der skulle have den tætte kontakt med barnet i forbindelse med måltiderne. At mødrene på den måde var optaget af og prioriterede kontakten med barnet, kan forklares ud fra den opfattelse vi i dag har af spædbørn og hvad spædbørn har brug for. I løbet af det 20. århundrede skete der et skift i opfattelsen af spædbørn, i forhold til hvad de er i stand til og hvad de har brug for. Med en videnskabelig erkendelse af, at en tæt tilknytning[1] mellem forældre og spædbarn er af afgørende

[1]Der findes mange udtryk for den følelsesmæssige kontakt mellem mor og barn. Jeg har her valgt at anvende udtrykket tilknytning, som er meget brugt, og som blandt andet bruges af Sundhedsstyrelsen for at fremhæve fordele ved amning (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 13)

betydning for barnets udvikling, begyndte en ny måde at se spædbørn på og dermed blev der også lagt vægt på barnets relation til omverdenen (Madsen S.Aa. 1996 s. 13). At barnet skal have kontakt til sin mor (og/eller sin far) anses i dag for at være livsvigtigt for det spæde barn (Gullestrup L. 2005 s. 16). Et personligt og engageret forhold til spædbarnsomsorg er derfor slået bredt an (Madsen S.Aa. 1996 s. 12). Det forventes, at mødre engagerer sig i deres børn, er sammen med dem og giver dem en positiv kontakt. Rettet direkte til forældre i bogen "Sunde børn" har Sundhedsstyrelsen formuleret det under overskriften "Kontakt og samvær":

> "Giv barnet kærlighed. Det er altafgørende for, at barnet kan udvikle sit følelsesliv og blive et menneske med selvværd og tillid til sig selv."
> (Sundhedsstyrelsen 2005b s. 13)

Det ser ud til, at mødrene i undersøgelsen var påvirket af denne opfattelse af, hvad børn har brug for og derfor prioriterede, at deres barn fik en god og positiv kontakt. Med andre ord mødrene levede op til den opfattelse, vi har i dag af, hvad der er vigtigt for barnets udvikling både på kort og lang sigt.

Når mødrene lagde vægt på, at de havde en god kontakt og prioriterede denne, kan det tolkes, som om de gennem denne kontakt fik en fornemmelse af at lykkes og den var med til at opbygge en tryg tilknytning mellem mor og barn. En god kontakt med barnet var altså med til at få mødrene til at føle, at de lykkedes. Men hvornår fik mødrene denne oplevelse af at have god kontakt med barnet?

Mødrene oplevede, at barnet, før de opgav at amme, var uroligt og sov meget lidt. Det er derfor ikke sandsynligt, at børnene var i stand til at indgå i en positiv kontakt med deres omverden, når de både var sultne og trætte. Da mødrene begyndte at give flaske, ændredes dette. Barnet fik sit behov for mad tilfredsstillet og blev dermed i stand til at indgå i en positiv kontakt med mor og faldt til ro og kunne sove. Set fra mors synsvinkel var dette en stor lettelse. Pludselig kunne hun se, at barnet blev mæt og veltilpas. Barnet blev i stand til at indgå i en kontakt og der var mulighed for en begyndende tilknytning mellem mor og barn. At give flaske var derfor for mødrene ensbetydende med noget positivt, nemlig en god kontakt med barnet og på længere sigt en tryg tilknytning mellem mor og barn.

At mødrene har haft denne oplevelse af, at det først var efter de havde opgivet at amme, at de fik mulighed for en god kontakt med barnet, kan forklares med psykologen Lise Gullestrups beskrivelse af, at barnet har brug for hele oplevelser med dem, der har

omsorgen for det. Det vil sige tilbagevendende oplevelser af at blive mødt og tilfredsstillet. For eksempel at barnet, når det får mad, både får tilfredsstillet sin sult og får kontakt. Det vil sige, at barnet både fysisk og psykisk får en oplevelse af at være mæt og veltilpas og derefter kan sove afslappet (Gullestrup L. 2005 s. 20-21). At få mad indebærer altså for det lille barn både at blive tilfredsstillet fysisk og psykisk, og er forudsætningen for at en positiv tilknytning mellem mor og barn. Da mødrene havde problemer med amning kunne barnet ikke tilfredsstilles på denne måde. At give flaske gav derimod barnet oplevelsen af at blive mødt og tilfredsstillet og var dermed med til at danne basis for en tilknytning mellem mor og barn. Det ser altså ud til, at for mødrene i undersøgelsen var det at give flaske med til at fremme tilknytningen mellem mor og barn og dermed med til at få mor til at føle, at hun lykkedes.

Der hersker i dag en opfattelse af, at amning fremmer tilknytning mellem mor og barn (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 13). For mødrene i denne undersøgelse var amning ikke fremmende for tilknytningen mellem mor og barn. Det var derimod det at give flaske, der gav mulighed for en tilknytning mellem mor og barn. Fundene i denne undersøgelse strider altså mod et af de argumenter, som gives i forhold til fordelene ved at amme. Der findes få undersøgelser af tilknytningen mellem mor og barn i forhold til måden, barnet spiser på. I en undersøgelse af mødres opfattelse af vellykket amning beskriver mødre en tilknytning mellem mor og barn som et kendetegn ved vellykket amning. Men den samme undersøgelse viser også, at hvis barnet ikke er tilfreds, når det ammes, opfattes amningen ikke som vellykket (Leff E.W., Gagne M.P., & Jefferis S.C. 1994). Det vil sige, at mødre, der lykkes med at amme, beskriver amning som fremmende for tilknytningen mellem mor og barn. Men derfra kan man ikke slutte, at tilknytningen skulle være anderledes eller dårligere, når barnet ikke ammes. To andre undersøgelser viser, at amning ikke nødvendigvis er en faktor, der indvirker på mødres tilknytning til deres spædbørn. Wilkinson & Scherl har i en kombineret interview- og spørgeskemaundersøgelse af 60 mødre fire til seks måneder efter fødslen ikke fundet forskelle på mødres tilknytning til deres barn i forhold til, om barnet blev ammet eller fik flaske (Wilkinson R.B. & Scherl F.B. 2006). Drake et. al. har gennem en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse undersøgt faktorer, der kan forudsige mødres lydhørhed overfor deres barn. Undersøgelsen baseres på 180 amerikanske mødres svar to til fire måneder efter fødslen. I en sammenligning af ammende mødre og flaskemødre, kunne

der ikke påvises forskelle i mødres lydhørhed over for deres barn (Drake E.E. et al. 2007).

På baggrund af dette kan det se ud til, at det ikke så meget er måden barnet får mad på, der er vigtig, men mere om mor og barn er i stand til at mødes i en positiv kontakt med hinanden, der gør en tilknytning imellem dem mulig. For mødrene i denne undersøgelse var det altså det at kunne tilfredsstille barnets basale behov for mad, der dannede basis for at en tilknytning mellem mor og barn kunne etableres og dermed for at mor kunne få en følelse af at lykkes.

6.4 Delkonklusion 2

I det foregående har jeg fortolket og diskuteret resultaterne af undersøgelsen for at besvare det andet spørgsmål i problemformuleringen ”Hvad får mødre til at føle, at de lykkes, efter de har opgivet at amme?”

Jeg har fundet, at det at opgive at amme var en nødvendig og den eneste ansvarlige beslutning for at sikre barnets overlevelse og trivsel. For mødrene i undersøgelsen var det at give flaske med til at sikre, at barnets basale behov blev dækket. At begynde at give flaske betød derfor, at mødrene fik en følelse af, at de kunne magte opgaven og dermed af at de kunne lykkes. Det gav dem desuden en oplevelse af at få en god kontakt med barnet og der var basis for en tilknytning mellem mor og barn. Mødrene var optaget af barnets velvære og det var vigtigt for mødrene, at barnet havde det godt. Med andre ord ved at prioritere deres barns behov og ved at opleve en god kontakt med barnet fik mødrene en følelse af, at barnet udviklede sig og trivedes. Netop denne følelse af at barnet udviklede sig og trivedes, lagde mødrene i undersøgelsen vægt på. Mødrene prioriterede deres barns velvære og trivsel og var optaget af at gøre det bedste for barnet, også selv om det betød at de måtte sætte egne behov til side. Men netop ved først og fremmest sørge for barnets behov, fik mødrene en følelse af at de kunne magte opgaven og dermed at de kunne lykkes. Ved at sørge for at barnet fik sine basale behov opfyldt, oplevede mødrene også, at barnet trivedes og udviklede sig.
Jeg vil derfor konkludere, at oplevelsen af at barnet udviklede sig og trivedes, fik mødrene i undersøgelsen til at føle, at de lykkedes.

7. Sundhedsplejerskens bidrag til at mor føler, at hun lykkes

Jeg vil nu gå videre til det næste spørgsmål i problemformuleringen: ”Hvordan kan sundhedsplejersken bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme?”. I forrige afsnit fandt jeg, at mødrene følte, at de lykkedes, når deres barn trivedes og udviklede sig. Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mor føler, at hun lykkes, skal sundhedsplejersken derfor bidrage til, at mor føler, at hun tager sig af sit barn, så det trives og udvikler sig. Resultaterne fortolkes og diskuteres derfor i forhold til, hvad der kan få mor til at føle, at hun tager sig af sit barn på en måde, så det udvikler sig og trives.

For at finde frem til hvordan sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, er denne fortolkning og diskussion struktureret i fire delafsnit. Først ses på hvad anerkendelse betød for mødrene, derefter hvilken betydning det fik, at mødrene opfattede amning som noget naturligt og hvorfor mødrene traf alle beslutninger i forhold til spædbarnsernæring. Spædbarnsernæring anses for at være en central del af sundhedsplejerskens rådgivning til forældre (Sundhedsstyrelsen 2005a s. 7). Det forventes derfor, at sundhedsplejersker varetager denne opgave, med andre ord det er en del af sundhedsplejens sociale mandat (Kirkevold M. 2003 s. 16). Afsnittet her indeholder derfor en længere fortolkning og diskussion af forskellige aspekter i forhold til spædbarnsernæring. Til sidst sammenfattes i en delkonklusion.

I de enkelte delafsnit gives først en fortolkning, hvor resultaterne inddrages, derefter diskuteres i relation til andre undersøgelser, teori eller anbefalinger, som kan være med til at uddybe og forklare resultaterne, og til sidst beskrives hvordan sundhedsplejersken kan bidrage. Undersøgelser og teori, der inddrages er udvalgt efter relevans for emnet og deres mulighed for at give forklaringer eller forståelse af mødrenes oplevelser.

7.1 Anerkendelse fra omgivelserne

Der er i dette speciale lagt op til at se mødre, der opgiver at amme i et socialt og kulturelt perspektiv (se afsnit 2.3). I det ligger at omgivelserne har indflydelse på mødre, jeg vil derfor begynde med at se på, hvad anerkendelse fra omgivelserne betød for mødrene i undersøgelsen.

Fædrene i undersøgelsen bakkede op om mødrene. De deltog i pasningen af det spæde barn og var med som sparringspartner i mors overvejelser i forhold til at opgive amning. Når fædrenes opbakning var af stor betydning for mødrene, kan det tolkes, som om det var vigtigt for mødrene at få fædrenes anerkendelse af, at de havde truffet den rette beslutning.

Familie og venners reaktioner var ikke så entydige som fædrenes. Nogle mødre oplevede stor støtte og anerkendelse fra familien, i forhold til den måde de tog sig af deres barn på, mens andre oplevede, at det at opgive at amme gav uvante konflikter og at familien tvivlede på, om barnet kunne trives. De mødre, der havde fået støtte og anerkendelse fra familie og venner lagde stor vægt på den, mens de, der havde oplevet uvante konflikter og tvivl følte sig svigtet. Det kan tolkes, som om det at få anerkendelse fra de nærmeste var vigtigt for mødrene.

Mødrene lagde vægt på, at sundhedsplejersken havde set, at de havde gjort, hvad de kunne for at få amningen til at lykkes. Det vil sige, at de fik anerkendelse for, at de havde gjort, hvad der var muligt for at få amningen til at lykkes. Sundhedsplejerskens bemærkninger om barnets trivsel og udvikling blev der også lagt vægt på, og det var et savn for Anne, at barnet ikke blev vejet så ofte, efter hun opgav amning. Det vil sige, hun havde brug for den anerkendelse der lå i, at barnet voksede. Nina havde brug for sundhedsplejerskens vurdering, inden hun stoppede med at malke ud. Det kan tolkes som om sundhedsplejerskens anerkendelse, var vigtig for mødrene.

Overfor udenforstående måtte mødre forklare sig og oplevede at blive aftvunget forklaringer på, hvorfor de ikke ammede. Maja havde indtrykket af, at amning blev anset som vigtigere, end at barnet trivedes, og det derfor var underordnet, at hendes barn trivedes og udviklede sig. Tine følte ikke, at det blev anerkendt, at hun havde et godt forhold til sit barn. Det vil sige, udenforstående var uforstående overfor mødrenes situation og anerkendte ikke mødrenes indsats. Den manglende anerkendelse fra udenforstående medførte, at mødrene følte sig forkerte og at deres indsats for at tage sig af deres barn blev underkendt.

Det var altså vigtigt for mødrene at få anerkendelse fra omgivelserne, men mødrene fik ikke altid denne anerkendelse fra deres omgivelser. Mødrene havde tværtimod oplevet, at omgivelserne ikke anerkendte dem, fordi de ikke levede op til forventningerne om at amme.

Det var svært at fastholde oplevelserne på sygehuset, hvor mødrene havde kæmpet for at få amningen til at fungere. Mødrene havde desuden svært ved at forklare, hvorfor de ikke kunne få amningen til at fungere. Det vil sige samtidig med, at mødrene ikke fik anerkendelse for deres indsats i forhold til at gøre det bedste for deres barn, havde mødrene svært ved selv at forklare og fastholde, at de havde gjort, hvad de kunne og truffet en nødvendig beslutning. Det kan ikke have bidraget til at mødrene følte at de gjorde det rigtige for deres barns udvikling og trivsel, og dermed til en følelse af at lykkes.

På baggrund af ovenstående ser det ud til, at sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre oplever, at de lykkes, ved at anerkende deres indsats. Det kan gøres dels ved at sætte ord på mors indsats og ved at beskrive barnets udvikling og trivsel. Dels ved at fastholde ikke blot lige efter mor har opgivet, men også på lidt længere sigt, at mor har gjort, hvad hun kunne for at få amningen til at fungere og hjælpe mor med at forklare, hvorfor hun fik problemer med at amme. Dette uddybes i næste afsnit.

7.2 Følger af at opfatte amning som noget naturligt

I afsnit 6.1 kom jeg frem til, at det at opgive amning var en nødvendighed for mødrene i undersøgelsen. Det er nærliggende at tro, at netop det at opgive amning var nødvendigt for barnets overlevelse og trivsel, ville være noget mødrene brugte til at fastholde, at det var den eneste rigtige beslutning de traf, og at denne beslutning faktisk var medvirkende til at de kunne lykkes som mødre. Men det var ikke noget mødrene her nogle måneder efter at have opgivet at amme var meget bevidste om. For at forklare dette vil jeg se på, hvilken betydning det fik, at mødrene opfattede amning som noget naturligt.

Kun en af mødrene havde før fødslen gjort sig overvejelser omkring, hvad hun ville gøre, hvis amning ikke lykkedes. De andre havde alle opfattet amning som noget naturligt, alle kvinder kunne, hvis de bare ville. De havde gjort sig tanker om, hvilket forløb de ville få næste gang, men satte ikke de komplikationer de havde haft i forbindelse med fødsel og barsel i relation til de problemer, de havde haft denne gang og havde på undersøgelsestidspunktet svært ved at forklare, hvorfor det ikke lykkedes dem at amme.

At mødrene alle havde haft komplikationer i forbindelse med fødsel og barsel, og barnet derfor ikke var blevet lagt til i forbindelse med fødslen, var ikke noget mødrene brugte som en forklaring på, at de ikke kunne amme. En undersøgelse har vist, at forstyrrelser i den første periode efter fødslen, kan påvirke barnets sutteteknik (Righard & Alade 1990). Det er derfor ikke overraskende, at mødrene i denne undersøgelse fik problemer i forhold til at barnets sutteteknik.

Mere overraskende er det måske, at sundhedspersonalet, som var i kontakt med mødrene, ikke hjalp dem til at sætte komplikationerne i forbindelse med, at amning ikke lykkedes for dem. Men også sundhedspersonalet må forventes at opfatte amning som noget naturligt (se afsnit 2.3.1). Ifølge Dahl får opfattelsen af, at amning er noget naturligt den konsekvens, at der stilles spørgsmålstegn ved den enkelte kvinde og hendes valg, og ikke ved om vilkårene i forhold til den sociale og praktiske virkelighed for mødre og børn gør amning mulig (Dahl L. 2004 s. 128- 132). Det vil sige, at sundhedspersonalet formentlig har sat spørgsmålstegn ved, om mor havde gjort, hvad hun kunne og ikke ved om hendes situation gjorde amning mulig. At amning opfattes som noget naturligt ser derfor ud til at kunne forklare, hvorfor mødrene ikke satte deres ammeproblemer i forbindelse med komplikationerne ved fødsel og barsel, og at de ikke fik hjælp fra sundhedspersonalet til at sætte deres muligheder for at lykkes med amning i forhold til deres situation.

Når mødrene ikke satte deres situation i relation til deres muligheder for at amme, fik det indflydelse på de forestillinger, de havde om deres muligheder for at amme næste gang. Det kan ikke have bidraget til deres følelse af at lykkes, at de ikke kunne forklare hvorfor det var nødvendigt at opgive at amme.

Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, skal hun i lyset af denne undersøgelse hjælpe mor med at sætte hendes situation i relation til mulighederne for at amme. Det vil sige arbejde for, at mor får en fornemmelse af, at hendes beslutning om at opgive amning var en nødvendig og rigtig beslutning, som viser, at mor formår at tilsidesætte sine egne behov for at præstere det, der forventes (at amme barnet) og i stedet prioritere barnets trivsel og udvikling og i yderste konsekvens barnets overlevelse. Sundhedsplejersken skal desuden indgå i en drøftelse af mors

muligheder i forhold til næste gang, så mor på et nuanceret grundlag har mulighed for at beslutte, hvordan hun næste gang vil gribe spørgsmålet om spædbarnsernæring an.

7.3 Mors ansvar

Mødrene i undersøgelsen traf den endelige beslutning om at opgive amning, ligesom de fandt frem til, hvordan det var bedst at give flaske, hvordan udmalkning kunne lade sig gøre og besluttede, hvornår overgangskost skulle introduceres. Det var desuden mødrene, der undersøgte og afprøvede forskellige måder at afhjælpe barnets problemer med hård mave. Fædrene var med på råd, men i sidste ende var det mødrene, der tog stilling til alle disse forhold. Med andre ord mødrene var eneansvarlige for barnets ernæring og dermed også for barnets trivsel. I dette afsnit ses på, hvorfor det var mødrene alene, der traf disse beslutninger.

Men kan det passe at det i vores moderne samfund med fokus på ligestilling mellem kønnene og fædre, der deltager mere i deres børns liv end nogensinde før (Dencik L. 2005 s. 28) fortsat er mødre, der bærer ansvaret for spædbørns ernæring og trivsel? Ifølge Daniel Stern har kulturen udnævnt mor til at være den ansvarlige beskytter af det spæde barn (Stern D.N. 1999 s. 18 og s. 86). Skandinaviske undersøgelser viser, at kvinderne selv og deres nærmeste forventer, at amning og plejen af det spæde barn er mors ansvar. Mødrene foretrækker at gøre tingene selv, og bruger ikke deres netværk efter fødslen (Sørensen L. & Hall E. 2004). I hverdagslivet indebærer barselsorloven, at kvinder får hovedansvaret for både barn og husholdning døgnet rundt. Det opfattes både af mødre og fædre som mest rationelt og naturligt, at mor tager sig af barnet og sørger for husholdningen (Dahl L. 2004 s. 108). Mænd handler ud fra, at amning hovedsageligt er kvindens problem (Taxbøl D. 1998). Mødre er særligt engagerede i barnet og barnets velvære (Helseth S. 1999 s. 182) og hovedansvarlige for familien (Olesen B.R. 1997 s. 126).

At mødrene i undersøgelsen var ansvarlige for barnets ernæring og trivsel, er altså set i lyset af disse undersøgelser ikke overraskende. Det overraskende her er, at gruppen af mødre, som indgik i denne undersøgelse, tilsyneladende ikke fik støtte og hjælp i tiden umiddelbart efter fødslen. Mødrene i denne undersøgelse havde alle oplevet komplikationer i forbindelse med fødsel og havde desuden haft store problemer med at få etableret amning. Disse problemer blev opfattet som så store, at flere af mødrene nævnte muligheden for fødselsdepression. Det vil sige udover at være midt i den

omstillingsproces, det er at blive mor (se afsnit 2.1), kan mødrene, der deltog i denne undersøgelse, betragtes som en gruppe med brug for ekstra støtte og hjælp fra sundhedspersonalet i tiden lige efter fødslen. Men fik de denne støtte?

Mødrenes oplevelser i forhold til sundhedspersonalet var meget forskellige. Hvor nogle oplevede at have fået hjælp til at træffe beslutningen på det tidspunkt, hvor de havde brug for det, oplevede andre, at den vejledning de fik, var modsatrettet eller ikke kunne bruges på det tidspunkt, de fik den. Maja vidste ikke altid, hvad hun skulle spørge om på forhånd. Det kan tolkes, som om hun havde indtrykket af, at hun selv skulle forudse, hvad hun kunne få brug for. Det vil sige, at hun ikke forventede, at sundhedsplejersken satte sig ind i, hvad hun kunne have brug for at vide fremover.

Mødrenes oplevelser peger altså på, at sundhedspersonalet blev brugt som sparringspartner, hvis de bød sig til, men mødrene opsøgte sjældent disse. Det vil sige, at mødrene følte sig eneansvarlige for barnets ernæring og trivsel og ikke forventede at kunne få hjælp fra sundhedspersonalet i forhold til dette. Det kan forklare, at mødrene tilsyneladende ikke fik den hjælp fra sundhedspersonalet, som man kunne forvente i kraft af den særligt belastende situation, mødrene i undersøgelsen var i.

At mødrene i undersøgelsen tilsyneladende ikke fik den hjælp og støtte deres situation egentlig berettigede til, svarer til det Nelson har fundet, om at der er en manglende opmærksomhed på mødrene selv i de første måneder efter fødslen (Nelson A.M. 2003). Mødre har brug for omsorg for at kunne drage omsorg for det spæde barn (Bondas-Salonen T. 1998). En forudsætning for at mor kan tage sig af barnet – og dermed lykkes, er altså at mor får den omsorg og opmærksomhed, hun har brug for. Hvis mor skal have denne omsorg og opmærksomhed fra sundhedsplejersken, skal hun have kontakt med sundhedsplejersken. Men når mødre føler sig eneansvarlige for barnets ernæring og trivsel, tager mødre ikke selv initiativ til at opsøge sundhedsplejersken.

Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, indebærer det på baggrund af denne undersøgelse, at hun er særligt opmærksom på de mødre, der har problemer med at amme eller lige har opgivet at amme og sørger for at være til rådighed. Det indebærer, at sundhedsplejersken har et samarbejde med barselsafdelingen, så hun får kendskab til de mødre, der har været udsat for

komplikationer eller har problemer med amning. Sundhedsplejersken skal være den udfarende i kontakten og sørge for at være til rådighed, når mor har brug for det. Tilbuddet om sundhedspleje skal desuden være tilgængeligt for mor på en måde, så hun ved, hvordan hun kan bruge det og hvad en sundhedsplejerske kan bruges til.

7.4 Aspekter i forhold til spædbarnsernæring

En central del af det at være mor til et spædbarn handler om, hvad barnet skal spise og hvornår. Da mødrene i undersøgelsen var optaget af at gøre det bedste for deres barn, indebar det, at de var optaget af forskellige aspekter i forhold til spædbarnsernæring. Jeg vil derfor i dette afsnit diskutere disse aspekter. Afsnittet er delt op i fire emner: ”Flaske hvad nu?”, hvor mødrenes oplevelser i forbindelse med at give flaske diskuteres, ”Det hensigtsmæssige ved at malke ud?” hvor mødres oplevelser i forbindelse med at malke ud diskuteres, ”Den hårde mave” hvor mødres oplevelser i forbindelse med forstoppelse diskuteres og ”Overgangskost”, hvor mødres oplevelser i forhold til overgangskost diskuteres. Til slut diskuteres nogle generelle aspekter i forhold til viden om spædbarnsernæring.

7.4.1 Flaske, hvad nu?

Da mødrene i undersøgelsen opgav at amme, indebar det at tage stilling til, hvordan barnet skulle ernæres og hvordan dette kunne gøres bedst muligt. Kun en af mødrene havde gjort sig overvejelser i forhold til, hvad hun ville gøre, hvis hun ikke kunne amme. De øvrige mødre, havde opfattet amning som noget naturligt, som ikke ville volde dem problemer, og havde derfor ikke forberedt sig på, hvad de skulle gøre, hvis de ikke kunne amme. Mødrene var meget opmærksomme på, at barnet skulle have det bedst muligt, så det var vigtigt at gøre det rigtige. Behovet for at give flaske opstod med kort varsel og det var nødvendigt her og nu at skaffe flasker og modermælkserstatning eller finde ud af, hvordan udmalkning rent praktisk kunne fungere hjemme. Mødrene i undersøgelsen forsøgte på mange forskellige måder at skaffe sig oplysninger om, hvordan det var bedst at flaskeernære et barn, men havde ikke tid til at sikre sig, at det var den bedste måde, de fandt frem til. De måtte forlade sig på, hvad de tilfældigvis kunne finde ud af i forhold til flasker, sutter, modermælkserstatning, udmalkning samt hvordan det var forsvarligt at rengøre flaskerne. Det medførte situationer, hvor de ikke var helt sikre på, hvad der var det

rigtige. Det bidrog til en følelse af, at det man foretog sig var tilfældigt og gav anledning til bekymring. Fædrene blev taget med på råd, men det var mødrene, der tog beslutningen om at opgive amning og undersøgte, hvordan barnet bedst kunne ernæres.

Mødrene var alle medtaget efter komplicerede fødsler og et fysisk og psykisk belastende forløb på sygehuset med et uroligt spædbarn og meget lidt søvn. Oven i dette skulle mødrene forholde sig til, hvordan de bedst muligt kunne ernære deres barn, efter de havde opgivet at amme. Mødrenes oplevelser tyder altså på, at mødre, der opgiver at amme, stilles overfor meget store krav om både at varetage deres nye situation som mødre og selv finde frem til, hvordan de ernærer deres barn bedst muligt.

Mødrene var indlagt i længere tid end forventet på grund af problemerne med amning, men hvad mødrene skulle stille op, hvis amning ikke lykkedes blev først taget op i forbindelse med udskrivelse. Mødrene fik ikke tilbudt kontakt med sundhedsplejersken før eller lige i forbindelse med udskrivelse og kun en fik vejledning med hjem fra sygehuset i forhold til rengøring af flasker. Da mødrene ikke kendte deres sundhedsplejerske før fødslen, var det ikke muligt for dem at bruge sundhedsplejersken i forhold til spørgsmålene omkring modermælkserstatning, udmalkning og flasker.

I lyset af denne undersøgelse ser det ikke ud til, at den måde sundhedssystemet i forhold til nybagte mødre er bygget op på, tager højde for at mødre, der opgiver at amme er i en speciel situation, hvor de kan have brug for mere støtte og vejledning, end mødre, der ammer har. At der fra sundhedssystemet ikke er opmærksomhed på mødrenes situation efter fødslen og at mødre, der ikke ammer ikke får tilstrækkelig støtte har andre også fundet (Cairney P., Alder E.M., & Barbour R.S. 2006;Nelson A.M. 2003)

Mødrene stod altså i en situation, hvor de havde brug for hjælp og vejledning i forhold til, hvordan de bedst greb tingene an, men der var tilsyneladende ikke hjælp at hente i sundhedsvæsenet og kun få af mødrene havde mulighed for at hente hjælp hos den ældre generation eller hos venner. Mødrene måtte derfor sætte deres lid til, hvad de tilfældigvis kunne finde og deres måde at gribe flaskeernæringen an på blev derfor præget af tilfældigheder og deres egen sunde fornuft.

Dette kan forstås ud fra den samfundsudvikling, som ifølge Dencik & Jørgensen har præget de skandinaviske samfund siden 1960. Samfundet i dag er blandt andet præget af, at traditioner forsvinder og der stilles store krav til den enkelte om at træffe

egne valg og selv tage ansvar (Dencik L. & Jørgensen P.S: 1999 s. 13-14). Der er derfor ikke traditioner for, hvordan den nybagte mor skal tage sig af det lille spædbarn, hun forventes selv at tage ansvar og finde ud af, hvad der er det rigtige at gøre. Mødrene i undersøgelsen kunne derfor ikke anvende deres forældres erfaringer med spædbørn. De tog ansvaret for barnets ernæring på sig, men havde svært ved at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre.

At det ikke var så ligetil at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre, har den engelske sociolog Anthony Giddens forklaret ved, at de moderne vestlige samfund er kendetegnet ved blandt andet abstrakte systemer (Giddens A. 1991s. 15-21). En del af disse systemer er ekspertsystemer, der bygger på viden, som er uafhængig af den tid og det sted, den anvendes. Alle aspekter af det sociale liv gennemtrænges af ekspertsystemer, det enkelte menneske kan derfor ikke gennemskue systemernes funktion (for eksempel om maden, vi spiser, er i orden), men må have tillid til at systemet fungerer (Giddens A. 1991 s. 18). Dette gør det svært for den enkelte mor at gennemskue, om kvaliteten af modermælkserstatning er, som den skal være. For mødrene i undersøgelsen var det derfor svært at finde ud af, hvilken modermælkserstatning de skulle bruge. De støttede sig til et andet ekspertsystem og besluttede derfor alle at bruge det mærke modermælkserstatning, som blev brugt på sygehuset.

Sundhedsplejen er en del af det ekspertsystem, der tilbyder mødre råd og vejledning i forbindelse med ernæring af spædbørn (Sundhedsstyrelsen 2005a s. 7). Mødrene i denne undersøgelse var alle tilknyttet en sundhedsplejerske. De havde på den måde tilknytning til et ekspertsystem, som havde til formål at give råd og vejledning om ernæring af spædbørn. Hvorfor havde de så problemer med at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre?

Vi har tidligere set, at sundhedsplejersken ikke var til rådighed, da mødrene blev udskrevet. Det vil sige, at de ikke havde kontakt til sundhedsplejersken på det tidspunkt, hvor de havde brug for råd og vejledning i forhold til at give flaske og bruge modermælkserstatning. Da sundhedsplejersken ikke var tilgængelig, måtte mødrene forlade sig på andre kilder til viden. Viden om de praktiske ting omkring modermælkserstatning og flasker blev derfor præget af tilfældigheder. At det desuden

var mødrene, der var hovedansvarlige for, at barnet trivedes, bidrog til, at mødrene følte sig usikre og blev bekymrede.

På baggrund af denne undersøgelse ser det ud til, at den måde ekspertsystemet omkring spædbarnsernæring er organiseret på, virker på en sådan måde, at sundhedsplejersken ikke er tilgængelig for alle mødre på et tidspunkt, hvor de har stor brug for råd og vejledning.

Også de to mødre, der ammede ved udskrivelsen, og derfor havde kontakt med sundhedsplejersken, da de opgav at amme, havde haft været svært at finde frem til, hvad der var det rigtige at gøre, når barnet ikke blev ammet. At Eva var bange for reaktionen fra sundhedsplejersken i forhold til at stoppe med at amme må betyde, at Eva havde en helt bestemt forventning om, hvad sundhedsplejersken ville mene – nemlig at hun skulle fortsætte med at amme. Fordi Eva forventede, at sundhedsplejersken ville have hende til at fortsætte med at amme, kan det se ud til, at Eva ikke forventede, at sundhedsplejersken var en, hun også kunne bruge i forhold til for eksempel modermælkserstatning og flaskehygiejne. Anne fik hyppige besøg af sundhedsplejersken i forbindelse med ammeproblemer, men havde ikke drøftet med sundhedsplejersken, hvad hun skulle gøre, hvis hun opgav at amme.

Det kan altså på baggrund af disse mødres oplevelser se ud til, at oplysninger om praktiske forhold i forbindelse med ophør af amning ikke bliver drøftet på trods af store problemer med at få amning til at fungere. Mødrene havde som eneansvarlige for barnets ernæring svært ved at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre. At være usikker på hvad der er rigtigt, bidrager ikke til en følelse af at lykkes.

Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til at mor lykkes, skal hun derfor give mor en følelse af at gøre det rigtige. Det kan hun for det første gøre ved at være tilgængelig for mor, på det tidspunkt hvor mor har brug for vejledning i forhold til ernæring af spædbørn. For det andet skal mor være klar over, hvad hun kan bruge sundhedsplejersken til. For det tredje skal sundhedsplejersken stille viden om spædbarnsernæring til rådighed, så mor har mulighed for at træffe reelle valg om, hvad der er det bedste i forhold til hendes barn.

7.4.2 Er udmalkning altid hensigtsmæssig?

Mødrene i undersøgelsen, der malkede ud må have haft en opfattelse af, at det at malke ud var godt for deres barn, da de brugte meget tid og energi på det og nogle endda fortsatte med at malke ud til trods for gentagne brystbetændelser og store smerter. De mødre, der malkede ud, greb muligheden for at ernære barnet på den måde, som de havde forventet, men måtte bruge meget tid og energi på det. De gjorde altså en ekstra indsats for at ernære barnet med det, som de mente, var det allerbedste. Men mødrene i undersøgelsen måtte mindes om denne indsats, følte, at de gik glip af kontakten med barnet eller at der blev kigget skævt efter dem, fordi barnet fik flaske, selv om de gav udmalket modermælk. Det ser derfor ud til, at for disse mødre var det at malke ud og give modermælken på flaske ikke ligeså godt som at amme. Det kan tolkes, som om de opfattede det at kunne lægge barnet til brystet som en vigtig del af det at være sammen med barnet. At mødrene gjorde et stort stykke arbejde, for at tilbyde barnet modermælken og dermed det ernæringsmæssigt bedste, var derfor underordnet. Det var det at skulle give flaske i stedet for at give bryst, der betød noget. Med andre ord de havde forestillet sig, at den vigtigste kontakt, de skulle have med barnet, var gennem amningen. Det kan for eksempel forklare, at Tine følte, at hun gik glip af kontakten med sit barn, da hun måtte bruge meget tid på at malke ud, og derfor måtte overlade en del af pasningen og kontakten med barnet til far.

At forvente at skulle amme indebærer at have en forestilling om at være sammen med barnet på en helt speciel måde i den første tid. At opgive at amme betyder derfor at gøre op med både forestillingen om, hvordan barnet skulle ernæres i den første tid og med forestillingen om, hvordan man som mor er sammen med barnet. At malke ud er derfor en mellemløsning, hvor mødre må opgive forestillingen om, hvordan de skal være sammen med deres barn, men ikke behøver at opgive forestillingen om, hvordan barnet skal ernæres. Inden undersøgelsen antog jeg, at mødre ville sidestille det at amme med at malke ud (se afsnit 4.5.1). Men ud fra denne undersøgelse tyder det på, at mødre ikke sidestiller at malke ud med at amme. Mødre, der malkede ud, befandt sig derfor i en situation, hvor de både brugte ekstra meget tid og mange kræfter på at sørge for, at deres barn fik mad og samtidig gjorde de kun det, de opfattede som det næstbedste.

Det er ikke nyt, at udmalkning er så stort et arbejde. I ”Håndbog om Vellykket amning – anbefalinger til sundhedspersonale” beskrives udmalkning som hårdt arbejde,

hvor der er brug for aflastning og hjælp til praktiske ting. Udmalkning kan komme på tale, hvor mor og barn må være adskilt eller barnet er for svagt til at sutte (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 136). Det var ikke tilfældet for de fire mødre i undersøgelsen, der malkede ud. De valgte denne løsning, fordi barnet ikke kunne finde ud af at sutte hos mor.

Der bliver i vejledningen til sundhedspersonale og til mødre lagt vægt på, at barnet har en god sutteteknik (Sundhedsstyrelsen 2005b s. 28;Sundhedsstyrelsen 2006 kap. 5). Hvis barnet ikke kan finde ud af at sutte anbefales det at "starte forfra" (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 54), men der findes ikke undersøgelser, der har set på om denne metode virker. Der findes heller ikke undersøgelser, der kan give svar på om det at malke ud og give modermælk på flaske, er hensigtsmæssigt, når barnet ikke kan finde ud af at sutte hos mor. Den umiddelbare fordel ved at malke ud må være, at barnet ernæres med modermælk. Men ifølge en oversigtsartikel af Schack-Nielsen & Michaelsen kan der findes positive effekter af ernæring med modermælk på populationsniveau, men disse effekter er små og usikre på individniveau (Schack-Nielsen L. & Michaelsen K.F. 2007). Den enkelte mor, der malker ud for at give sit barn den bedste ernæring, vil altså ikke umiddelbart kunne mærke nogen forskel.

Når mødrene i undersøgelsen af barselsafdelingen blev vejledt til at malke ud efter at have opgivet at få amning til at fungere, må det bero på en opfattelse af, at når man ikke kan amme, så kan man gøre det næstbedste – malke ud. Men spørgsmålet er, om det er det næstbedste for alle mødre, når mødre i undersøgelsen havde det dårligt med at malke ud og følte, at de gik glip af noget i forhold til barnet, og bagefter ønskede, at de havde stoppet udmalkning noget før. I lyset af ovenstående må det siges, at det at malke ud ikke umiddelbart er hensigtsmæssigt for alle mødre til raske spædbørn, der har problemer med at sutte hos mor.

De to mødre, som ikke tænkte nærmere over udmalkning, fandt det tidskrævende, og de var ærgerlige og overraskede, da mælken forsvandt. Det var dog forventeligt, at mælken forsvandt, når barnet ikke begyndte at die i løbet af 2. – 3. leveuge (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 136). Mødrene har altså ikke haft denne viden, når det kan komme bag på dem, at mælken forsvinder. Det kan derfor se ud til, at mødre, der malker ud, ikke har fået den information, der er nødvendig for at kunne forholde sig til, om udmalkning er det rette valg for dem. Det tyder på, at udmalkning opstartes på en

formodning om, at udmalkning må være godt, og uden at det store arbejde i forbindelse med udmalkning sættes i relief til, hvilke fordele og ulemper, der er for mor og barn ved udmalkning i den konkrete situation.

Sundhedsplejerskens bidrag i forhold til mødre, der malker ud eller overvejer at gøre det, vil i lyset af denne undersøgelse rette sig mod flere ting. For det første skal sundhedsplejersken bidrage med information om, hvordan udmalkning rent praktisk lader sig gøre og hvor længe man kan forvente at kunne malke ud. For det andet skal sundhedsplejersken opstille fordele og ulemper ved udmalkning, så mor på et oplyst og nuanceret grundlag kan tage stilling til om udmalkning vil bidrage til, at hun føler at hun lykkes, og om det for hende er arbejdet værd.

7.4.3 Forstoppelse

Det var ikke kun i forbindelse med at begynde at give flaske og udmalkning, at mødrene ikke fik tilstrækkelig med råd og vejledning. Også i forbindelse med forstoppelse som følge af modermælkserstatning gav mødrene udtryk for, at det var svært at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre. I dette afsnit diskuteres aspekter i relation til dette.

Mødrene var uforberedte på, at børnene fik problemer med hård mave og var bekymrede for hvad der kunne være i vejen. De var opsat på at hjælpe barnet bedst muligt, men det var svært at finde ud af, hvad der var galt og hvad de kunne gøre ved det. Det gav anledning til bekymring og spekulationer i forhold til, om der var noget alvorligt i vejen med barnet, som formentlig ikke har bidraget til mødrenes oplevelse af at lykkes. Men hvad ved vi egentlig om forstoppelse i forbindelse modermælks-erstatning?

Ifølge Sundhedsstyrelsen er forstoppelse et hyppigt problem hos børn ernæret med modermælkserstatning og som oftest en tilstand i sig selv. Sundhedsstyrelsen anbefaler at langtidsbehandle med Laktulose i mindst 4-6 uger med minimum 1 ml/kg og mange børn har brug for 2 ml/kg. Der lægges vægt på, at det er vigtigt at behandle med tilstrækkelig Laktulose for at udelukke alvorlige sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2005a s. 76). Der findes altså en anbefaling for behandling af forstoppelse.

Når mødrene i undersøgelsen var usikre på, hvor meget og hvor ofte de skulle give Laktulose og fik indtrykket af, at Laktulose var farligt at give over længere tid, kan

det se ud til at børnene, der havde problemer med forstoppelse blev underbehandlet. Det kan have været medvirkende til, at problemerne trak ud og uhensigtsmæssigt i det tilfælde, hvor mor var bekymret for en alvorlig sygdom. Ikke alle mødre var klar over, at forstoppelse i forbindelse med ernæring med modermælkserstatning er et hyppigt problem. Det kan altså se ud til at mødrene i undersøgelsen ikke fik tilstrækkelig information om forstoppelse i forbindelse med anvendelse af modermælkserstatning og ikke var klar over, hvordan det anbefales at behandle denne forstoppelse.

Flere af mødrene anvendte forskellige metoder for at afhjælpe barnets forstoppelse. Der findes ikke undersøgelser i forhold til effekten af at skifte modermælkserstatning, sutter, zoneterapi eller give massage i forhold til at behandle forstoppelse som følge af modermælkserstatning. Det kan derfor være svært at udtale sig om effekten af disse metoder, men ingen af metoderne er farlige for barnet.

Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mor føler, at hun lykkes, skal sundhedsplejersken bidrage til, at mor føler, at hun kan tackle problemerne med forstoppelse. Gennem en drøftelse af det enkelte barns problemer kan sundhedsplejersken hjælpe mor med at klarlægge problemerne og på baggrund af information om forstoppelse som følge af modermælkserstatning, hjælpe mor med at finde ud af, hvordan hun kan gribe problemerne an. Det vil sige gennemgå og følge op på behandling med Laktulose, men også fortælle om andre metoder, som nogle mødre har haft gavn af, men som ikke er undersøgt.

7.4.4 Overgangskost

Det sidste aspekt i forhold til spædbarnsernæring handler om overgangskost. I undersøgelsen var de to af mødrene, der havde ammet deres barn og i forbindelse med dette oplevet, at barnet havde tabt sig, meget optaget af at begynde med overgangskosten.

Eva førte fortsat skema over, hvor meget hendes barn spiste og tilsatte sukker, på trods af bedre vidende, for at være sikker på, at barnet drak en vis mængde. Hun var begyndt med overgangskost ved fire måneder uden bevidst at overveje, om barnet var klar til at spise med ske. Anne gik op i, hvor meget hendes barn vejede, og var optaget af at komme i gang med overgangskosten. Hun var derfor frustreret over, at sundhedsplejersken først kom 5 dage efter, at hendes barn var blevet 4 måneder. Hun

havde altså indtrykket af, at overgangskosten skulle starte præcis, når barnet var fire måneder og havde ikke gjort sig overvejelser i forhold til, om barnet var klar til at spise med ske. Ditte startede med skemad tidligt, fordi hun forventede, at skemaden kunne afhjælpe nogle af obstipationsproblemerne.

Spørgsmål om introduktion af overgangskost har ændret sig over tid. I dag anbefales det, at barnets udvikling og parathed skal være afgørende for, hvornår overgangskosten introduceres, men at det tidligst skal ske ved fire måneder og ofte først når barnet er seks måneder (Sundhedsstyrelsen 2005a s. 49). Da ingen af mødrene i undersøgelsen gav udtryk for, at deres barns udvikling og parathed skulle være afgørende i forhold til at begynde at give skemad, kan det se ud til, at mødrene ikke var klar over anbefalingen om, at lade barnets udvikling og parathed være styrende for introduktionen af skemaden. Det tyder på, at mødrene i undersøgelsen ikke fik tilstrækkelig information om, hvad der i dag anses for at være det bedste tidspunkt at starte med overgangskost. Det kan give problemer, hvis barnet introduceres til overgangskost, før det er klar til det.

Hvis mor skal føle, at hun lykkes, skal sundhedsplejersken bidrage med viden om overgangskostens sammensætning og kriterier for, hvornår barnet er parat til introduktion af overgangskost. En drøftelse af, hvornår det enkelte barn er klar til at spise med ske, kan også hjælpe mor, ligesom det overfor den enkelte mor i god tid må tages op, hvad hun forventer af sundhedsplejersken og hvornår spørgsmålet om overgangskost skal drøftes.

7.4.5 Viden om spædbarnsernæring

Der er i det foregående diskuteret fire aspekter af mødres oplevelser i forhold til ernæring af deres spædbarn. Gennemgående for mødrenes oplevelser i forhold til disse aspekter har været, at mødrene har haft svært ved at finde ud af, hvad der var det rigtige at gøre, og at de ikke har fået tydelig eller tilstrækkelig information. At mødre ikke altid bliver informeret om alle aspekter af spædbarnsernæring fra sundhedsprofessionelle, har Hauck & Irurita også fundet (Hauck Y. & Irurita V.F. 2002 s. 74). Fägerskiöld et. al. har fundet, at mødre ikke er tilfredse med de råd, de får, når de holder op med at amme (Fägerskiöld A.M., Wahlberg V., & Ek A.-C. 2001). Det ser altså ud til at det ikke kun

er mødrene i denne undersøgelse, der har oplevet, at de ikke fik tilstrækkelig information, når de ikke ammede.

Spædbarnets ernæring anses i dag for at være af afgørende betydning for barnets vækst og trivsel og for barnets sundhed på længere sigt. Det forventes, at sundhedsplejersker og praktiserende læger varetager denne vejledning af forældre i forhold til spædbarnsernæring på en ensartet og kvalificeret måde (Sundhedsstyrelsen 2005a s. 7). Der er altså i Danmark et system, som skal bidrage til, at mødre har adgang til tilstrækkelig viden om spædbarnsernæring, så de kan træffe hensigtsmæssige valg for dem selv og deres barn. Men i lyset af denne undersøgelse ser det ud til, at dette system ikke altid imødekommer de behov for rådgivning, som mødre har efter de har opgivet at amme. Det kan ikke fremme mors følelse af at lykkes.

Hvis mødre skal føle, at de lykkes som mødre, er det i forhold til spædbarnsernæring vigtigt at de føler, at de gør det rigtige. For at de kan have tillid til, at det de gør, er det rigtige, bliver mødre i dag nødt til at stole på de abstrakte systemer, der er tilgængelige i forhold til spædbarnsernæring (Giddens A. 1991 s. 18). De skal altså kunne stole på det abstrakte system, som formidler viden om spædbarnsernæring. Det vil sige, at mødre skal have tillid til, at sundhedsplejersken formidler den til enhver tid bedste viden om spædbarnsernæring.

Den viden, som sundhedsplejersken skal formidle om spædbarnsernæring skal ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger være ”opdateret viden”. Dette udtryk dækker over, at der hele tiden kommer ny viden til i forhold til ernæring af spædbørn. Viden om spædbarnsernæring er desuden præget af kultur og tradition (Sundhedsstyrelsen 2005a s. 7).

Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mødre føler, at de lykkes med at amme, er det derfor nødvendigt, at hun arbejder for, at det system, hun er del af, kan imødekomme de behov, mødre har. Det vil sige, at sundhedsplejersken er tilgængelig, når mor har brug for hende. Det er desuden nødvendigt med et system, der kan stille den nødvendige viden til rådighed. Det vil sige, at sundhedsplejersken skal kunne formidle den viden vi for tiden anser for at være den bedste viden, på en måde så mor både har tillid til, at det er den bedste viden i forhold til spædbarnsernæring og på en måde, så mor forstår og kan anvende denne viden. Det stiller krav til uddannelsen og

efteruddannelsen af sundhedsplejersker, der skal stile imod, at sundhedsplejersker er i stand til at rådgive om ernæring af spædbørn på en måde, så mødre har tillid til, at den viden sundhedsplejersken formidler, er den for tiden bedste viden på området. Måden, sundhedsplejersken rådgiver på, skal desuden tage højde for den specifikke situation mor er i og hvilken viden hun på forhånd har om spædbarnsernæring.

7.5 Delkonklusion 3

På baggrund af undersøgelsen ser det ud til, at sundhedsplejersken på en lang række områder kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme. Jeg vil derfor nu sammenfatte dette afsnit ved svare på det sidste spørgsmål i problemformuleringen: ”Hvordan kan sundhedsplejersken bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme?”

Sundhedsplejersken kan bidrage til, at mor føler, at hun lykkes, efter hun har opgivet at amme, ved at anerkende mors indsats, sætte mors situation i relation til hendes muligheder for at amme og hjælpe mor med at fastholde, at det var nødvendigt og det eneste forsvarlige at opgive amning. Sundhedsplejersken må bidrage med viden om de aspekter i forhold til spædbarnsernæring, som mor har brug for, på det tidspunkt hvor mor har brug for dem.

Hvis sundhedsplejersken skal være i stand til at bidrage med dette, er det nødvendigt at sundhedsplejersken er tilgængelig på det tidspunkt, hvor mor har brug for hende. Det er desuden nødvendigt, at sundhedsplejersken er i stand til at formidle den til enhver tid bedste viden om spædbarnsernæring. Sidst men ikke mindst er det vigtigt, at sundhedsplejersken er opmærksom på, at hun skal være den, der tager initiativ til kontakt og vurderer, hvad der i forhold til den enkelte mor i hendes konkrete situation er brug for.

På baggrund af undersøgelsen har det altså været muligt at finde frem til, hvordan sundhedsplejersken kan bidrage til, at mor føler, at hun lykkes, efter hun har opgivet at amme. Før jeg fremstiller et forslag konstrueret på grundlag af undersøgelsen vil jeg vurdere undersøgelsen og hvad den kan anvendes til.

8. Vurdering af undersøgelsen

Jeg vil i dette afsnit vurdere undersøgelsens resultater. Ifølge Kvale må det vurderes, hvilken valideringsform der er relevant for undersøgelsen (Kvale S. 1994). Som konsekvens af specialets videnskabsteoretiske position vil jeg i dette afsnit vurdere værdien af de resultater, der er fremkommet i relation til en socialkonstruktiv opfattelse.

Med en socialkonstruktiv position er det ikke målet at skaffe sikker viden, som udtryk for kun én korrekt opfattelse af virkeligheden (Kvale S. 1994 s. 234;Wenneberg S.B. 2000s. 194). Ifølge Wenneberg skal resultaterne vurderes i forhold til, om der kan være tillid til måden resultaterne er fremkommet på og om resultaterne kan anvendes (Wenneberg S.B. 2000 s. 194). Når jeg her skal vurdere værdien af de fremkomne resultater, vil jeg derfor først gennemgå, hvorledes undersøgelsesmetoden er ekspliciteret, med det formål at fremskaffe viden, der kan være tillid til. Derefter vurderes hvad resultaterne af undersøgelsen kan anvendes til.

8.1 Undersøgelsen

Ifølge Kvale er spørgsmål om verifikation af en interviewundersøgelse ikke forbeholdt et bestemt stadium af undersøgelsen, men er relevant under hele forskningsprocessen (Kvale S. 1994 s. 231). Jeg har derfor gennem hele undersøgelses-processen været opmærksom på at gøre det muligt for andre at vurdere, om der kan være tillid til resultaterne af denne undersøgelse. De overvejelser der er gjort i løbet af undersøgelsesprocessen for at sikre så valide resultater som muligt, er beskrevet i metodeafsnittet.

Valget af kvalitative interview som metode har gjort det muligt at beskrive mødres oplevelser. Det har været en fordel at anvende Kvales beskrivelse af interviewmetoden, da jeg, på trods af at jeg er nybegynder som interviewer, føler, at jeg har været i stand til at beskrive mødres oplevelser. Valget af metode kan derfor siges at være hensigtsmæssigt og har forhåbentlig bidraget til, at der kan være tillid til resultaterne.

Jeg valgte at interviewe, da børnene var cirka fire måneder. Mødrene i undersøgelsen var alle forholdsvis sikre i deres moderrolle, da de alle formåede at tackle interview og barn på en gang. Interview med mødre, der havde ældre børn havde måske givet flere nuancer i forhold til overgangskost. På den anden side kunne et senere

tidspunkt have fået flere detaljer til at forsvinde for mor. Interview med mødre, der havde yngre børn, kunne måske have bragt flere oplysninger i forhold til beslutningen, men havde så ikke givet oplysninger i forhold til overgangskost og kontakt på lidt længere sigt. Jeg havde forventet at interviewe til et mæthedspunkt var nået, men havde kun mulighed for at interviewe syv mødre. I lyset af det omfattende materiale og at den homogene gruppe af mødre, der indgik i undersøgelsen, vurderer jeg, at flere interviewpersoner ikke havde ført til et andet resultat. Jeg fik ikke kontakt med en varieret gruppe af mødre. At der er tale om en homogen gruppe af mødre, styrker dog anvendeligheden af undersøgelsen, idet forslaget til sundhedsplejepraksis kan konstrueres på grundlag af en gruppe af mødre, som i mange henseender ligner størstedelen af de mødre, som sundhedsplejersker møder i praksis

Det grundlag som undersøgelsen bygger på, må derfor siges at være en gruppe af mødre, som sundhedsplejersker ofte møder, interviewet på et tidspunkt, der må siges at være hensigtsmæssigt. Ud fra undersøgelsens udførelse og den gruppe af mødre, den bygger på, mener jeg derfor godt resultaterne kan anvendes til at konstruere et forslag til sundhedsplejerskepraksis.

8.2 Anvendeligheden af resultaterne

Hvordan kan resultatet af denne kvalitative undersøgelse af syv førstegangsmødres oplevelser, efter de har opgivet at amme, så anvendes? Resultaterne af en sådan kvalitativ undersøgelse kan ikke generaliseres, hvilket heller ikke har været målet. Men undersøgelsen har beskrevet mødres oplevelser, og på den baggrund bidraget med viden, som jeg mener, kan anvendes til at konstruere et forslag, som kan være grundlag for diskussion af de forhold mødre, der opgiver at amme, bydes i dag og hvordan sundhedsplejersker kan være med til at disse forhold forbedres, så den første tid efter fødslen bliver mindre konfliktfyldt og kan danne basis for tilknytning mellem mor og barn – den tilknytning som i dag betragtes som grundlaget for barnets udvikling og sundhed. Det vil sige undersøgelsens resultat kan anvendes til at skabe debat og refleksion i forhold til førstegangsmødre, der opgiver at amme. Da flergangsmødre og mødre, der vælger ikke at amme, sandsynligvis vil have de samme problemer med at finde ud af, hvad der er god spædbarnsernæring og hvad de kan anvende sundhedsplejersken til, mener jeg, at undersøgelsens resultat også kan anvendes til at diskutere, hvilket tilbud, der er relevant for disse grupper.

Undersøgelsen har desuden sat spørgsmålstegn ved opfattelsen af amning som noget naturligt og kan derfor anvendes til at skabe debat om det hensigtsmæssige i denne opfattelse. I lyset af denne undersøgelse ser det ud til, at det vil være til gavn for mødre, der ikke ammer, at der i stedet for at betragte amning som noget naturligt, alle kan, lægges vægt på, at mødre vil deres børn det bedste. Denne undersøgelse har vist, at beslutninger i forhold til ernæring af spædbørn træffes på baggrund af mors oplevelse af, hvordan hun bedst muligt sikrer barnets overlevelse og udvikling. Dette får konsekvenser for, hvad der skal lægges vægt på i forbindelse med vejledningen af mødre, der har problemer med amning eller har opgivet at amme. Undersøgelsen kan derfor forhåbentlig være med til at afhjælpe, at mødre får dårlig samvittighed og føler sig som dårlige mødre, fordi de ikke ammer.

I næste afsnit fremstilles et forslag til sundhedsplejepraksis. Men hvordan kan undersøgelsens resultat anvendes i forhold til sundhedsplejepraksis? Jeg mener, at dette forslag kan anvendes i forhold til praksis, da det er en beskrivelse af sundhedsplejerskens bidrag, som tager udgangspunkt i, at den enkelte sundheds-plejerske skal vurdere, hvad hun i forhold til den enkelte mor kan bidrage med, så mor føler, at hun lykkes. Det vil sige, at forslaget ved at beskrive sundhedsplejerskens bidrag tilbyder sundhedsplejersker et grundlag for deres refleksioner i forhold til, hvad de kan bidrage med i deres praksis. Undersøgelsen kan dermed være med til at skabe refleksion og sætte spørgsmålstegn ved det der opfattes som selvfølgeligt, hvilket er målet for en socialkonstruktiv undersøgelse (Thomsen K. 2003 ;Wenneberg S.B. 2000s. 17).

Men hvor kan forslaget anvendes? Mødrene, der deltog i undersøgelsen var en gruppe af førstegangsmødre, der opgav tidligt og havde haft komplikationer i forbindelse med fødsel og barsel. Det gør, at deres problemer og frustrationer formentlig har været mere tydelige, end det vil være tilfældet for mødre, der opgiver senere, eller har børn i forvejen. Jeg mener dog, at forslaget kan anvendes af sundhedsplejersker i forhold til mødre, der ikke ammer, da forslaget netop lægger op til, at sundheds-plejersken lytter til den enkelte mor for at finde ud af, hvordan sundhedsplejersken bedst kan bidrage til, at mor føler, at hun lykkes.

Ved at konstruere et forslag til sundhedsplejerskens bidrag til mødre, der har opgivet at amme, åbnes der mulighed for en debat blandt sundhedsplejersker om deres opgaver og muligheder i forhold til mødre, der ikke ammer. Da sundhedsplejerskens

bidrag ikke tidligere er beskrevet, kan forslaget ikke sammenlignes med andres forslag, men lægges nu frem som et forslag, som andre kan forholde sig til og gøre til genstand for kritik.

9. Forslag til sundhedsplejepraksis

I afsnit 7 fandt jeg på baggrund af undersøgelsen frem til en række måder, hvorpå sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes. Disse bidrag er her anvendt til at konstruere et forslag, der har til formål, at sundhedsplejersken kan bidrage til at mødre, der opgiver at amme, føler, at de lykkes.

Sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, ikke bare i den direkte kontakt, men også ved at påvirke det system, hun selv er den del af (se afsnit 7.5). Det svarer til de to sammenvævede niveauer, et universalistisk niveau og et konkret situationsorienteret praksisniveau, som sygepleje – og dermed sundhedspleje ifølge den danske sygeplejeteoretiker Merry Scheel består af (Scheel M.E. 2005 s. 199). Jeg har derfor ladet mig inspirere af Scheel og vil i det følgende fremstille mit forslag i forhold til disse to niveauer. De to niveauer kan ikke ses uafhængigt af hinanden, men er for overskuelighedens skyld delt i det følgende.

9.1 Sundhedsplejerskens bidrag på det universalistiske niveau

Ifølge Scheel handler sygeplejepraksis på det universalistiske niveau om at medvirke til at tilvejebringe sunde livsbetingelser for befolkningsgrupper i samfundet. Det vil sige rettet mod at fremme gavnlige og bekæmpe skadelige forhold i omgivelserne, herunder at give støtte til personer og grupper, så de ved egen hjælp kan klare deres sundhedsmæssige problemer og dermed bedre deres livsbetingelser (Scheel M.E. 2005 s. 198). Dette niveau handler altså om, hvordan sundhedspleje er prioriteret, så grupper, der har særligt behov tilgodeses. Denne prioritering skal ske ud fra et moralsk princip om at tage ansvar for dem, der har mest behov. Det vil sige de grupper i samfundet som af forskellige grunde ikke har samme muligheder som andre (Scheel M.E. 2005 s. 198). Når sundhedsplejersker skal overveje, hvordan de skal prioritere, skal de altså være opmærksom på, hvem der har mest behov for sundhedspleje.

Både undersøgelsen og litteraturgennemgangen (se afsnit 7.4.1 og 2.2) har vist, at mødre, der opgiver at amme er en gruppe af mødre, der kan have brug for ekstra opmærksomhed fra sundhedsplejersken. Men også det forhold at det for mødrene var svært at finde frem til, hvad der var god spædbarnsernæring, når barnet ikke ammedes, gør at sundhedsplejersken har et særligt ansvar for at denne gruppe af mødre tilgodeses, ikke bare i forbindelse med, at de opgiver at amme, men også på længere sigt.

I det følgende beskrives, hvordan sundhedsplejen ifølge resultatet af denne undersøgelse skal tilrettelægges på det universalistiske niveau, hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mødre føler, at de lykkes, efter de har opgivet at amme. I tabel 1 ses forslaget i punktform. Forslaget til hvordan sundhedsplejen på det universalistiske niveau skal tilrettelægges, sigter mod, at sundhedsplejersken er tilgængelig for mødre, når de opgiver at amme og at mor kan have tillid til, at den viden sundhedsplejersken formidler i forhold til spædbarnsernæring er den for tiden bedste viden. Det kan lade sig gøre på flere måder, som det vil være en fordel at kombinere.

Sundhedsplejerskens tilbud tilrettelægges med hjemmebesøg som det centrale, da der her er mulighed for en personlig kontakt, som mødrene i undersøgelsen satte pris på. Et tilbud om graviditetsbesøg til førstegangsfødende, så sundhedsplejersken er en kendt person for mor inden fødslen og mor før fødslen ved, hvad sundhedsplejersken kan tilbyde (se også det konkrete situationsorienterede niveau). Et samarbejde mellem fødested og sundhedsplejerske, så kontakten med sundhedsplejersken er etableret inden udskrivelse, enten telefonisk eller ved besøg før udskrivelsen. Mulighed for at sundhedsplejersken kan tilbyde mor besøg på det tidspunkt, hvor hun har brug for det. Det vil sige, at sundhedsplejersken har mulighed for at tilrettelægge sit arbejde så fleksibelt, at mor kan få besøg, når der er brug for det. Et skriftligt materiale, som fortæller mødre om, hvordan de griber spædbarnsernæring an, når de ikke ammer. Hvis sundhedsplejen skal være et ekspertsystem, som mødre har tillid til, skal sundhedsplejen desuden arbejde for et velfungerende samarbejde med andre relevante ekspertsystemer: fødested, praktiserende læge og apotek. Hvis sundhedsplejersken skal være i stand til at formidle viden om spædbarnsernæring, må uddannelsen og efteruddannelsen af sundhedsplejersker lægge vægt på, at sundhedsplejersken ikke bare ved, hvad der i dag anses for at være bedste viden om spædbarnsernæring, men også er i stand til at formidle denne på en måde, så mor har tillid til og kan anvende denne viden. Det er desuden vigtigt, at sundhedsplejersken har mulighed for at opdatere sin viden løbende. For eksempel med arbejdsgrupper, der sørger for at sundhedsplejerskerne i kommunen får den nyeste viden om spædbarnsernæring. For at give mulighed for at mor også i forbindelse med næste barn føler, at hun lykkes, skal sundhedsplejen tilrettelægges, så der er mulighed for et graviditetsbesøg til flergangsfødende, der opgivet at amme deres første barn, for opfølgning og forberedelse på det næste barn.

Tabel 2
Forslag til sundhedsplejerskens bidrag på det universalistiske niveau

Formål: Sundhedsplejersken er tilgængelig når mor har brug for det og mor har tillid til at sundhedsplejersken formidler den for tiden bedste viden om spædbarnsernæring

- *Hjemmebesøg*
- *Tilbud om graviditetsbesøg til førstegangsfødende*
- *Etablering af kontakt før udskrivelse*
- *Fleksibel planlægning, der giver mulighed for besøg ved behov*
- *Skriftligt materiale om spædbarnsernæring, når barnet ikke ammes*
- *Samarbejde med fødested, praktiserende læge og apotek*
- *Uddannelse og efteruddannelse af sundhedsplejerske med henblik på viden og formidling i forhold til spædbarnsernæring*
- *Mulighed for løbende opdatering i forhold til viden om spædbarnsernæring*
- *Graviditetsbesøg til flergangsfødende, der opgav at amme deres første barn*

9.2 Sundhedsplejerskens bidrag på det konkrete situationsorienterede praksisniveau

Et universalistisk niveau er ifølge Scheel ikke tilstrækkeligt, da pleje og omsorg er knyttet til konkrete sygeplejesituationer. Det er nødvendigt med et konkret situationsorienteret niveau, der udtrykker personlig involvering i bestemte sygepleje og omsorgssituationer (Scheel M.E. 2005 s. 199). Det vil sige et niveau, hvor sundhedsplejersken er personligt involveret i den konkrete situation med mor og barn og søger at bidrage til, at mor får oplevelsen af, at hun lykkes som mor.

Som struktur for forslaget til sundhedsplejerskens bidrag på dette niveau, har jeg valgt at bruge Chalmers (1992) teori om sundhedsplejepraksis. Teorien er udarbejdet på baggrund af et grounded theory studie baseret på interview med 45 erfarne sundhedsplejersker. Ifølge Chalmers foregår sundhedsplejerskens arbejde i tre faser: en etableringsfase, en sundhedsfremmende fase og en afslutningsfase. Chalmers teori er individrettet, og derfor velegnet til at beskrive det konkrete situationsorienterede praksisniveau.

Forslaget er konstrueret på baggrund af undersøgelsen. For at uddybe sundhedsplejerskens bidrag er der kombineret med den viden, der i dag er tilgængelig i forhold til spædbarnsernæring. Forslaget ses i tabel 2, rækkefølgen i forslaget er ikke prioriteret, da det vil være sundhedsplejerskens vurdering af, hvad der er væsentligt i forhold til den enkelte mor, der afgør, hvordan der skal prioriteres.

Overordnet for de tre faser er det vigtigt, for at bidrage til at mor føler, at hun lykkes, at sundhedsplejersken er den udfarende og tager initiativer i forhold til etablering af kontakt, men også i forhold til hvilke emner, der tages op, hvornår og på hvilken måde disse emner drøftes. Med andre ord skal sundhedsplejersken vedkende sig det ansvar, der ligger i, at hun har viden om spædbarnsernæring og ved at mødre, der opgiver amning, kan føle sig mislykkede og være i en situation, hvor de har brug for selv at blive draget omsorg for af deres omgivelser, for at være i stand til at drage omsorg for spædbarnet. Dette ansvar har Scheel beskrevet (Scheel M.E. 2005 s. 236).

Sundhedsplejersken kan kun bidrage til, at mor føler, at hun lykkes, hvis mor har tillid til sundhedsplejersken. Forslaget her bygger derfor på, at sundhedsplejersken forholder sig til mor på en måde, så tillid er mulig. Sundhedsplejersken kommer mor i møde og tilkendegiver, at hun vil have med mor at gøre (Scheel M.E. 2005 s. 228).

Ifølge Jensen & Johnsen kræver det, at sundhedsplejersken laver menneskearbejde før ekspertarbejde (Jensen T.K: & Johnsen T.J. 2000 s. 26). Det vil sige, hun tager sig tid til at høre på mor og forsøge at forstå situationen ud fra mors måde at se tingene på, før hun tager stilling til, på hvilken måde hun bedst kan hjælpe mor i den konkrete situation.

Cand. comm., ph.d. Birgitte Ravn Olesen har ved et studie af sundhedsplejerskers besøg i mellemlagsfamilier givet et bud på en udviklingsorienteret sundhedsplejepraksis, som har til formål at tilbyde forældre alternative syn på den virkelighed, de tager for givet (Olesen B.R. 1997 s. 183). Mit forslag er tænkt som en udviklingsorienteret sundhedsplejepraksis som Olesen har beskrevet den. For mødre, der føler sig mislykkede, efter at have opgivet at amme, vil det for eksempel være at tilbyde en anden vinkel på det at opgive amning. En vinkel, der lægger vægt på, at det at opgive at amme var det nødvendige og ansvarlige at gøre i forhold til den situation mor var i. Ved en udviklingsorienteret praksis kan sundhedsplejersken dermed hjælpe mor til at forklare problemerne med amning ud fra, de vilkår hun havde.

Det følgende forslag er tænkt i forhold til sundhedsplejerskens kontakt med mor i hjemmebesøg. Elementer af forslaget vil også kunne anvendes i forhold til mødregrupper, åbent hus og telefonkonsultationer. Rækkefølgen i forslaget er ikke udtryk for prioritering, da det forudsættes, at sundhedsplejersken altid vurderer den enkelte mors situation, for at finde frem til hvordan hun i den enkelte situation bedst kan bidrage til mors følelse af at lykkes (Scheel M.E. 2005 s. 265).

9.2.1 Etableringsfase:

I etableringsfasen lærer mor og sundhedsplejerske hinanden at kende. Det er her grundlaget for det videre samarbejdsforhold grundlægges (Chalmers K.I. 1992). Mødrene i undersøgelsen kendte ikke deres sundhedsplejerske på forhånd og det at få besøg af sundhedsplejersken var for mødrene meget personligt. Sundhedsplejersken skal derfor for at danne grobund for samarbejde i etableringsfasen arbejde for at opnå mors tillid. Sundhedsplejersken skal derfor lytte til mors oplevelse af fødsel og barselsperiode og barn, og med udgangspunkt i mors oplevelse af situationen aftale, hvordan samarbejdet fremover skal tilrettelægges.

Hvis mor skal gøre brug af sundhedsplejersken skal hun kende tilbuddet og sundhedsplejersken. Sundhedsplejersken må derfor i etableringsfasen beskrive

sundhedsplejerskens tilbud og de faglige og personlige forudsætninger sundhedsplejersken har. Sundhedsplejersken skal desuden tage initiativ til at gensidige forventninger drøftes.

9.2.2 Sundhedsfremmende fase

I den sundhedsfremmende fase arbejder mor og sundhedsplejerske sammen for at forøge barnets og mors sundhed (Chalmers K.I. 1992). Mor og sundhedsplejerske må derfor samarbejde for, at mor føler, at hun lykkes som mor. Grundlaget for samarbejdet er aftalt i etableringsfasen, men gensidige forventninger må løbende afklares for hele tiden at være sikker på at forstå hinanden. Sundhedsplejerskens bidrag i den sundhedsfremmende fase skal sigte mod, at mor føler, at hun tager sig af barnet, så det udvikler sig og trives.

Sundhedsplejersken skal stille viden til rådighed, så mor føler sig sikker på, at hun handler ud fra den bedst tilgængelige viden om spædbarnsernæring, hvad enten det drejer sig om modermælkserstatning, udmalkning, hygiejne, forstoppelse eller overgangskost. I tabel 2 har jeg i underpunkter skitseret, hvad sundhedsplejersken skal være opmærksom på. Det er desuden vigtigt, at hun holder sig orienteret om den nyeste viden i forhold til spædbarnsernæring (se også det universalistiske niveau).

For at mor kan få en oplevelse af, at barnet trives og udvikler sig ved, skal sundhedsplejersken beskrive barnets udvikling både skriftligt og mundtligt, hver gang sundhedsplejersken ser barnet. Det kan være med til at bekræfte og fastholde for mor, at barnet er i en god udvikling.

Hvis mor skal føle, at hun gør eller har gjort det så godt som muligt for sit barn, er det også vigtigt, at hun får drøftet oplevelserne i forbindelse med amning igennem. Sundhedsplejersken kan derved hjælpe mor med at fastholde, at beslutningen om at opgive var en nødvendig beslutning, der viser, at mor prioriterer sit barns velvære og trivsel som det vigtigste. Sundhedsplejersken kan hjælpe mor med at sætte problemerne med amning i relation til hendes situation omkring fødslen. Det vil sige fastholde og anerkende den store indsats mor gjorde for at få amningen til at lykkes.

For at give mor oplevelsen af, at hun lykkes i sin kontakt med barnet, skal sundhedsplejersken drøfte oplevelsen af kontakten med barnet med mor. Sundhedsplejersken skal sætte ord på den kontakt, hun ser mellem mor og barn.

Sundhedsplejersken kan desuden give eksempler på, hvordan denne kontakt sikres for spædbarnet.

9.2.3 Afsluttende fase

Den afsluttende fase indebærer, at sundhedsplejersken afslutter kontakten med familien (Chalmers K.I. 1992). Mødrene i undersøgelsen stod ikke for at skulle afslutte kontakten med sundhedsplejersken endnu. Men deres oplevelser giver alligevel lejlighed til overvejelser om, hvordan sundhedsplejersken i den afsluttende fase kan bidrage til, at mor føler, at hun lykkes.

Mødres erfaringer i forhold til amning har indflydelse på mødres tiltro til og chancer for at få amningen til at fungere næste gang (Foverskov H.K. 2000). Sundhedsplejersken kan derfor ved en indgående drøftelse af problemerne i forhold til amning denne gang, mors opfattelse af disse problemer og ved at sætte mors erfaringer i relation til situationen bidrage til, at mor dels føler, at hun er lykkedes som mor på bedst mulig måde denne gang og dels give mor lejlighed til at drøfte sine forventninger til næste gang.

I evalueringsfasen skal sundhedsplejersken desuden evaluere hele forløbet med mor. Det vil sige, drøfte med mor, hvordan hun har oplevet forløbet. Ifølge Chalmers er afslutningen af forløbet mellem mor og sundhedsplejerske ikke altid aftalt. I forhold til mødre, der ikke ammer, vil det være hensigtsmæssigt, at sundhedsplejersken i evalueringsfasen aftaler med mor, hvornår kontakten skal afsluttes og her åbner en mulighed for en kontakt i forbindelse med næste graviditet (se det universalistiske niveau).

Tabel 3
Forslag til sundhedsplejerskens bidrag på det konkrete situationsorienterede praksisniveau

Formål: at mor føler, at hun tager sig af barnet, så det udvikler sig og trives

Etableringsfase:

skabe grobund for samarbejde og opnå tillid ved at

- Tage udgangspunkt i mors oplevelser af fødsel, barselsperiode og barn
- klarlægge gensidige forventninger
- beskrive sundhedsplejerskens tilbud
- sundhedsplejerskens personlige og faglige forudsætninger

Sundhedsfremmende fase:

Formidle viden om spædbarnsernæring i forhold til

- Modermælkserstatning
  - hvilke former for modermælkserstatning
  - at barnet selv regulerer hvor ofte og hvor meget
- Hygiejne
  - Rengøring af sutteflasker og sutter
  - Holdbarhed og opbevaring af modermælkserstatning
- Udmalkning
  - fordele og ulemper ved udmalkning
  - hvordan udmalkning kan lade sig gøre
  - hvor længe man kan forvente at kunne opretholde mælkeproduktionen
  - holdbarhed og opbevaring af modermælk
- Forstoppelse
  - Hyppig tilstand hos børn ernæret med modermælkserstatning
  - Klarlægge barnets problemer
  - Gennemgå og følge op på behandling med Laktulose
  - Drøfte alternative metoder med mor
- Overgangskost
  - Aftale med mor hvornår hun har brug for information om overgangskost
  - Drøfte tegn hos barnet, der kunne tyde på at det er parat til skemad

Tydelig vurdering af barnets trivsel

- i skrift og tale beskrive barnets udvikling
- drøfte og aftale med mor hvor ofte hun har brug for at få barnet vejet

Drøfte mors oplevelser med amning og hvordan hun har det med forløbet

- sætte mors problemer i relation til hendes situation
- fastholde og anerkende mors indsats for at få amningen til at fungere
- fastholde og anerkende mors beslutning om at opgive amning som rigtig og nødvendig for barnets velvære og trivsel

Drøfte kontakten med barnet

- drøfte mors oplevelse af kontakten med barnet
- sætte ord på mors kontakt med barnet
- give eksempler på hvordan barnet sikres en tryg og tæt kontakt

Evalueringsfase:

Drøfte mors forventninger til næste gang

- erfaringer fra amning denne gang
- ligheder og forskelle som kan forventes i forhold til næste gang

Evaluere forløbet

- hvad gik godt denne gang
- hvordan har det været at give flaske, når man forventede at amme
- hvilke erfaringer er værd at tage med videre

10. Konklusion

Dette speciale tog udgangspunkt i praksisoplevelser af, at mødre, der forventer at skulle amme, føler sig mislykkede, når amning ikke lykkes for dem. Da hverken mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme eller sundhedsplejerskens arbejde i forhold til mødre, der ikke ammer, ikke er beskrevet, var formålet med undersøgelsen at beskrive mødres oplevelser, efter de havde opgivet at amme, at afdække hvad, der får mødre, der opgiver at amme til at føle, at de lykkes og på baggrund heraf at komme med forslag til, hvordan sundhedsplejersken kan bidrage til, at mødre føler, at de lykkes som mødre, efter de har opgivet at amme.

Det kvalitative forskningsinterview, som Steinar Kvale har beskrevet det, blev valgt som metode, og syv førstegangsmødre blev interviewet 3½ til 4½ måneder, efter de havde født. Meningskondensering blev anvendt som analysemetode af interviewmaterialet.

Mødrene i undersøgelsen oplevede, at de var stort set uforberedte på, at de kunne få problemer med at amme og havde efterfølgende svært ved at forklare, hvorfor de fik problemer. Det var nødvendigt at opgive amning, da mødrene var i en uholdbar situation med et sultent uroligt barn. At opgive amning var et vendepunkt, der gjorde, at barnet fik sine basale behov opfyldt og mødrene fik for første gang en følelse af at de kunne tilfredsstille deres barn. Efter mødrene opgav at amme, oplevede de, at de fik en god kontakt med barnet, som de alle følte sig tæt knyttet til på undersøgelsestidspunktet. Mødrene var eneansvarlige for beslutninger i forhold til alle aspekter af spædbarnsernæring og oplevede, at det var svært at finde ud af, hvad der var god spædbarnsernæring, når man ikke ammede. Mødrene satte pris på kontakten med sundhedsplejersken, men vidste ikke altid hvad hun kunne bruges til, og kontaktede først sundhedsplejersken efter nøje overvejelser.

På baggrund af en fortolkning af mødrenes oplevelser kan det konkluderes, at mødrene i undersøgelsen følte, at de lykkedes, når de kunne opfylde barnets behov for mad og på længere sigt, når de oplevede, at deres barn udviklede sig og trivedes. Det vil sige, at for mødrene i undersøgelsen blev deres moderskab skabt gennem en følelse af, at de kunne tage sig af deres barn på en sådan måde, at det trivedes og udviklede sig.

Hvis sundhedsplejersken skal bidrage til, at mor føler, at hun lykkes som mor, skal sundhedsplejerskens bidrag derfor rette sig mod, at mor føler, at hendes barn

udvikler sig og trives. Det får konsekvenser for sundhedsplejerskens praksis både på et universalistisk og et konkret situationsorienteret praksisniveau. Det vil sige, at både prioriteringen og organiseringen af sundhedsplejen skal rette sig mod, at mødre, efter de opgiver at amme, får en følelse af, at de lykkes som mødre, ligesom sundhedsplejersken i den direkte kontakt med mor skal arbejde for, at mor føler, at hendes barn trives og udvikler sig. En udviklingsorienteret sundhedsplejepraksis kan være en tilgang til mødrene, som kan sætte dem i stand til selv at være bevidst om, hvad det er, der får dem til at føle, at de lykkes.

Ved at se mødre, der opgiver at amme i et socialt og kulturelt perspektiv, er der givet et forslag til sundhedsplejerskens bidrag til mødre, der ikke ammer. Undersøgelsen har vist at mødre, der ikke ammer, har behov for sundhedsplejersken. Sundhedsplejersken skal være den udfarende og tilgængelig for mor, på det tidspunkt mor har brug for hende.

Undersøgelsen kan anvendes til at sætte fokus på mødres situation lige efter fødslen. Forslaget kan anvendes til at skabe debat blandt sundhedsplejersker om, hvordan det sikres, at den store gruppe af mødre, der ikke ammer, bliver imødekommet og får en oplevelse af, at de lykkes som mødre. Undersøgelsens resultat kan desuden anvendes til at skabe debat om, hvilket tilbud mødre, der ikke ammer skal have fra sundhedsvæsenet.

Jeg har her konstrueret en fortælling om kvinders oplevelser og hvad sundhedsplejersker kan bidrage med for, at mødre føler, at de lykkes. Mødres oplevelser efter de har opgivet at amme er blevet beskrevet, der er dermed givet stemme til en gruppe af mødre, som indtil nu ikke har fået megen opmærksomhed udover at være den uheldige del af statistikkerne om amning. Der er altså skabt ny viden og der er givet forslag til, hvordan sundhedsplejersker kan bidrage til at mødre, der ikke ammer, føler, at de lykkes. Jeg håber derfor, undersøgelsen kan være med til, at mødre ikke behøver føle sig mislykkede, fordi amning ikke lykkes.

At undersøgelsen har gjort det muligt at konstruere et forslag til brug i praksis, gør at undersøgelsen udover at sætte spørgsmålstegn ved forhold, som vi tager for givet også har opfyldt den normative dimension i det socialkonstruktive position, som undersøgelsen bygger på.

11. Perspektiver

Ifølge Sundhedsstyrelsen kan det på grund af oplysning om amningens fordele ikke undgås, at mødre kan føle sig mislykkede som mødre, når de ikke kan amme (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 78). En af de fordele, der trækkes frem, er at amning fremmer tilknytningen mellem mor og barn. For mødrene i denne undersøgelse var det modsatte tilfældet, amning var en forhindring for at mor og barn kunne mødes. Hvis mødre ikke skal føle sig mislykkede, efter de har opgivet at amme, ser det på baggrund af denne undersøgelse ud til, at det er nødvendigt at nedtone vigtigheden af, at barnet ammes og i stedet se på, hvordan barnet for det første sikres den nødvendige mad, og for det andet sikres en god kontakt til mor. I stedet for at fokusere på om mødre ammer, mener jeg derfor, det er vigtigere at fokusere på, at mødre føler sig i stand til at tage sig af deres barn, så de oplever at det trives og udvikler sig. Et perspektiv i forhold til denne undersøgelse er derfor at se kritisk på og skabe debat om, hvordan der oplyses om amning og spædbarnsernæring.

På baggrund af denne undersøgelse er der også behov for, at der skabes debat, om hvordan kvinder forberedes til at amme. Udover opfattelsen af at amning er noget naturligt, opfattes amning i dag også som noget, der skal læres (Sundhedsstyrelsen 2006 s. 18). En konsekvens af denne opfattelse er, at hvis amning skal læres, så er der også nogen, der ikke lærer det. Hvis det skal forhindres, at mødre føler sig mislykkede på baggrund af den måde amning fremstilles på, ser det i lyset af denne undersøgelse ud til, at der når kvinder forberedes til at amme skal lægges større vægt på, at amning er en læreproces for både mor og barn. Det er nødvendigt i forberedelsen af mødre at hjælpe dem med at forholde sig til, at amning ikke altid lykkes, men at vi i dag heldigvis har en anden mulighed for at ernære barnet, der gør, at barnet kan udvikle sig og trives ligeså godt, som hvis det var blevet ammet.

Denne undersøgelse har vist, at det får konsekvenser for mødre, når amning opfattes som noget naturligt. For mødrene i denne undersøgelse fik det den konsekvens, at mødrene var uforberedte på og havde svært ved at forklare, at de fik problemer med at amme. Det var specielt et problem, at børnene ikke fik lært, hvad det vil sige at sutte hos mor. En dimension, som for mødrenes vedkommende ikke var noget, de overvejede kunne blive et problem inden fødslen. De havde, i kraft af at de forventede, at amning var noget naturligt, ikke forudset, at barnet ikke kunne finde ud af at sutte hos mor og

det kom derfor bag på dem. Vi ved meget lidt om, hvordan barnet lærer en god sutteteknik eller hvordan sundhedspersonalet vejleder mødre i forhold til børn, der ikke kan finde ud af at sutte. Der er derfor behov for forskning i forhold til spædbørns sutteteknik og hvordan der vejledes i forhold til børn, der ikke kan finde ud af at sutte.

Mødrene i denne undersøgelse havde haft det så svært, mens de kæmpede med at få amningen til at fungere, at flere af dem tænkte på fødselsdepression. På baggrund af denne undersøgelse bør det derfor tages meget alvorligt, når mødre har problemer med at amme. For sundhedspersonale betyder det, at de skal være ekstra opmærksomme på de mødre, der har problemer med amning. Hvordan sundhedspersonale skal gribe det an og hvordan samarbejdet mellem fødested og sundhedspleje skal fungere for at sikre, at mødre, der har problemer med at amme, får hjælp på det tidspunkt, de har behov for det, er ikke beskrevet. En undersøgelse af dette vil derfor være relevant.

Undersøgelsen har sat fokus på det, vi tager for givet i forhold til amning - nemlig at amning er noget naturligt. Undersøgelsen viser, at det får utilsigtede konsekvenser, når amning fremstilles som noget naturligt, alle kan. Ved at se amning som en social konstruktion er der i denne undersøgelse givet stemme til en gruppe af mødre, som ellers ikke er blevet hørt. Et perspektiv i forhold til denne undersøgelse er derfor, at der ved at se kritisk på forhold vi tager for givet, kan gives stemme til grupper, som ellers ikke bliver hørt. Det giver mulighed for at leve op til det etiske ansvar, som sygeplejersker har (Scheel M.E. 2005 s. 196).

Efterord

Jeg har her konstrueret en fortælling om mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme. Denne fortælling var ikke blevet til uden de mødre, der så beredvilligt stillede op til interview. Den var heller ikke blevet til uden hjælp fra sundhedsplejerskerne. Jeg vil derfor her sige tak til både mødre og sundhedsplejersker. Uden dem havde denne undersøgelse ikke været mulig.

Jette Schilling Larsen

12. Referencer

Backmann B., Emanuel B., Kornerup S., Hansen C., & Schmidt J. 2007, "Vi ønsker nybagte forældre en vellykket start. Amning eller ej!", *Synergi*, vol. 3, no. 11.

Bertilsson M. 1998, "Social konstruktivisme: Et erkendelsessociologisk perspektiv," in *Socialkonstruktivisme Bidrag til en kritisk diskussion*, Järvinen M. & Bertillson M., eds., Hans Reitzels Forlag, København, pp. 17-40.

Bille H. & Ruby L. Flaskebarn.dk. http://www.flaskebarn.dk/profile.html . 28-2-2007. Ref Type: Electronic Citation

Bondas-Salonen T. 1998, "New mothers´ experiences of postpartum care - a phenomenological follow-up study", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 7, pp. 165-174.

Cairney P., Alder E.M., & Barbour R.S. 2006, "Support for infant feeding: mothers´perceptions", *British Journal of Midwifery*, vol. 14, no. 12, pp. 694-700.

Chalmers K.I. 1992, "Giving and receiving: an empirically derived theory on health visiting practice", *Journal of Advanced Nurcing*, vol. 17, pp. 1317-1325.

Collin F. 2003, "Socialkonstruktivisme i humaniora," in *Humanistisk Videnskabsteori*, Collin F. & Køppe S., eds., DR Multimedie, København, pp. 248-275.

Dahl L. 2004, *Amningspraktikens villkor En intervjustudie av en grupp kvinnors föreställningar på och erfarenheter av amning* ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS, Göteborg.

Dencik L. 2005, *Mennesket i postmoderniseringen* Billesø & Baltzer, Værløse.

Dencik L. & Jørgensen P.S: 1999, *Børn og familie i det postmoderne samfund* Hans Reitzels Forlag, København.

Drake E.E., Humenick S.S, Amankwaa L., Younger J., & Roux G. 2007, "Predictors of Maternal Responsiveness", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 39, no. 2, pp. 119-125.

Fägerskiöld A.M., Wahlberg V., & Ek A.-C. 2001, "Maternal expectations of the child health nurse", *Nursing and Health Sciences*, vol. 3, pp. 139-147.

Foverskov H.K. 2000, *Er amning for alle?* Master of Public Health, Aarhus Universitet, Århus.

Giddens A. 1991, *Modernity and Self-Identity Self and Society in the Late Modern Age* Polity Press, Cambridge.

Gullestrup L. 2005, *At blive et med sig selv - om udvikling af det 0-5 årige barns SELV* Frydenlund, København.

Hall E.O.C. 2007, *When a newborn or small child is critically ill* Århus Universitet, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejevidenskab, Århus.

Hallberg A.-C., Lindbladh E., Petersson K., Råstam L., & Håkansson A. 2005, "Swedish child health care in a changing society", *Scandinavian Journaol of Caring Sciences*, vol. 19, pp. 196-203.

Hauck Y. & Irurita V.F. 2002, "Incompatible Expectations: The Dilemma of Breastfeeding Mothers", *Health Care for Women International*, vol. 24, pp. 62-78.

Helseth S. 1999, *Hjelp i skrikende stund Utvikling av en modell for helsesøstertilnærmning til foraldre og barn når spedbarnet har kolikk* Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.

Jensen T.K: & Johnsen T.J. 2000, *Sundhedsfremme i teori og praksis*, 2. edn, Forlaget Philosophia, Århus.

Jerris T. 2005, *Kort og godt om amning*, 6. edn, Komiteen for Sundhedsoplysning, Kbh.

Jørgensen M.W. & Phillips L. 1999, *Diskursanalyse som teori og metode* Roskilde Universitetsforlag, Roskilde.

Kiehl E.M: & White M.A. 2003, "Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and the United States", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, pp. 96-103.

Kirkevold M. 2003, *Videnskab for praksis?* Gads Forlag, Kbh.

Knaak S. 2005a, "Breast-feeding, Bottle-feeding and Dr. Spock: The Shifting Contaxt of Choice", *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, vol. 42, no. 2, pp. 197-216.

Knaak S. 2005b, "Breast-feeding, Bottle-feeding and Dr. Spock: The Shifting Context of Choice", *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, vol. 42, no. 2, pp. 197-216.

Kronborg H. 2006, *Tidligt ammeophør - kan det forebygges? Et forskningsprojekt i sundhedsplejens praksisfelt* Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Århus.

Kronborg H. & Væth M. 2004, "The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, pp. 210-216.

Kvale S. 1994, *InterView En introduktion til det kvalitative forskningsinterview* Hans Reitzels Forlag, Kbh.

Leff E.W., Gagne M.P., & Jefferis S.C. 1994, "Maternal Perceptions of Successful Breastfeeding", *Journal of Human Lactation*, vol. 10, no. 2, pp. 99-104.

Løkke A. 1998, *Døden i barndommen* Nordisk Forlag A/S, København.

Madsen S.Aa. 1996, *Bånd der brister - bånd der knyttes* Hans Reitzels Forlag, København.

Maher V. 1992, *The antropology of breast-feeding* Berg Publishers Limited, Oxford.

Mercer R.T. 2004, "Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 36, no. 3, pp. 226-232.

Meyer D.M. & de Oliveira D.L. 2002, "Breastfeeding policies and the production of motherhood: a historical-cultural approach", *Nursing Inquiry*, vol. 10, no. 1, pp. 11-18.

Mozingo J.N., Davis M.W., Droppleman P.G., & Merideth A. 2000, ""It Wasn´t Working": Women´s Experiences with Short-Term Breastfeeeding", *American Journal of Maternal and Child Nursing*, vol. 25, no. 3, pp. 120-126.

Murphy E. 2000, "Risk, Responsibility and Rhethoric in Infant Feeding", *Journal of Contemporary Ethnograhy*, vol. 29, no. 3, pp. 291-325.

Nelson A.M. 2003, "Transition to Motherhood", *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, vol. 32, no. 4, pp. 465-477.

Olesen B.R. 1997, *Omsorg som profession - et studie af roller og replikker i sundhedsplejebesøget* Munksgaard, København.

Rendtorff J.D. 2003, "Socialkonstruktivisme og hermeneutik," in *Konstruktive bidrag. Om teori og metode i konstruktivistisk videnskab*, Hansen H.P. & Sehested K., eds., Roskilde Universitetsforlag, Roskilde, pp. 99-131.

Righard, L. & Alade, M. O. 1990, "Effect of delivery room routines on success of first breast-feed", *The Lancet*, vol. 336, no. 8723, pp. 1105-1107.

Schack-Nielsen L. & Michaelsen K.F. 2007, "Amningens effekter", *Ugeskrift for Læger*, vol. 169, no. 11, pp. 985-993.

Scheel M.E. 2005, *Interaktionel sygeplejepraksis*, 3. edn, Munksgaard, København.

Sørensen L. & Hall E. 2004, "Resources among New Mothers", *Vård i Norden*, vol. 24, no. 1, pp. 20-24.

Stern D.N. 1999, *En mor bliver til* Hans Reitzels Forlag, København.

Sundhedsministeriet 2002, "Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsordninger til børn og unge," in *Sundhedsloven*.

Sundhedsstyrelsen 2005a, *Anbefalinger for spædbarnets ernæring*, 2. edn, Komiteen for Sundhedsoplysning, Kbh.

Sundhedsstyrelsen 2005b, *Sunde børn Vejledning til forældre med børn i alderen 0-3 år*, 7. edn, Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 2006, *Håndbog i VELLYKKET AMNING - anbefalinger til sundhedspersonale*, 3. edn, Komiteen for Sundhedsoplysning, Kbh.

Sundhedsstyrelsen 2007, "Fødselsregisteret 2006 (foreløbig opgørelse)", *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen*, vol. 4.

Taxbøl D. 1998, *"Dråben, der får bægeret til at flyde over"* Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Kbh.

Thomsen K. 2003, "God socialkonstruktivistisk forskning?," in *Konstruktive bidrag. Om teori og metode i konstruktivistisk videnskab*, Hansen A.D. & Sehested K., eds., Roskilde Universitetsforlag, Roskilde, pp. 198-231.

Tønjum L. 1997, "Ammepres og dårlig samvittighet", *Sykepleien*, vol. 1.

Tønjum L. 2001, "Når kvinner gir opp ammingen", *Sykepleien*, vol. 8.

Wall G. 2001, "Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse", *Gender & Society*, vol. 15, no. 4, pp. 592-610.

Warren P.L. 2005, "First-time mothers: social suppoert and confidence in infant care", *Journal of Advanced Nurcing*, vol. 50, no. 5, pp. 479-488.

Wenneberg S.B. 2000, *Socialkonstruktivisme positioner, problemer og perspektiver* Samfundslitteratur, Frederiksberg.

WHO 2003, *Global Strategy for infant and Young Child Feeding* WHO, Geneva.

Wilkins C. 2006, "A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting", *Midwifery*, vol. 22, pp. 169-180.

Wilkinson R.B. & Scherl F.B. 2006, "Psychlogical health, maternal attachment and attachment style in breast- and formula-feeding mothers: a preliminary study", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 24, no. 1, pp. 5-19.

13. Bilagsoversigt

Bilag 1.	Studier anvendt til litteraturgennemgang	side 90
Bilag 2.	Interviewguide	side 95
Bilag 3.	Brev til sundhedsplejersker	side 97
Bilag 4.	Brev til mødre	side 98

Bilag 1. Studier anvendt til litteraturgennemgang

Studie, årstal	**Land**	**Design**	**Population**	**Formål**	**Hovedresultat**
Bondas-Salonen, T. (1998)	Finland	Longitudinelt Interview studie	9 mødre Interviewet 4 gange på 3 år	At undersøge og beskrive den nye mors oplevelser af pleje efter fødslen	Den nye mor håber på kompetence og hjælp efter fødslen, det inkluderer altid omsorg. Der er en balance mellem hvor meget det kan forventes at mødre kan læse og hvor meget der skal diskuteres med jordemoder. Omsorgspersoner omkring mor må involveres. Mor har brug for både at blive draget omsorg for og for at drage omsorg for. Mor har brug for fred og ro med sin nyfødte og sin familie. Er hospitalet det rette sted?
Cairney P.A. Alder E.M. Barbour R.S (2006)	Skotland	Spørgeskema	297 førstegangs-mødre over 23 år, med ukom-plicerede graviditeter	At undersøge mødres opfattelse af sundheds-professionelles adfærd i forhold til ammemødre og flaskemødre en måned efter fødslen	Nye mødre fik mindre støtte fra jordemødre end fra læger og sundhedsplejersker, jordemødre var mere tilbøjelige til at favorisere ammende kvinder. Specielt mødre, der ikke ammede, opfattede jordemødre på denne måde
Dahl L. (2004)	Sverige	Interview før og efter fødslen	8 kvinder med erhvervs-arbejde	At beskrive og analysere vilkår for ammepraksis ud fra mødres forventninger og erfaringer med amning	Arbejdet med at amme tager i kvinders kræfter, så de ikke orker at engagere sig uden for hjemmet i de første måneder. Amning kræver, som alt andet arbejde individuel kundskab, tid og praktisk hjælp for at udvikles til en kompetence. Amning romantiseres i stedet for at opfattes som en kompetence som kvinder tilegner sig gennem hårdt arbejde. Det er nødvendigt at sætte viden om amning i en social og kulturel sammenhæng.

Foverskov H.K. (2000)	Danmark	Observations studie af en fikseret kohorte	471 mødre	At opnå viden om hvorfor nogle kvinder holder op med at amme og beskrive betydningen af støtte og information fra sundhedsvæsenets side	Socio-demografiske faktorer har betydning for ammevarigheden, men når der tages hensyn til psykosociale variable som intention om, tiltro til og erfaring med at amme, bliver disse faktorer insignifikante
Hallberg A.C. Lindbladh E. Petersson K. Råstam L. Håkansson A. (2005)	Sverige	Diskurs-analyse	Et udvalg af officielle dokumenter om udvikling af sundhedsplej e fra 1930 til 2000	At få forståelse for de aktuelle tendenser og problemer i dagens svenske sundhedspleje	Det er svært at overføre sundhedspolitiske anbefalinger til praksis. Der er sket et skift i fokus fra at børns sundhed opfattes som en samfundsmæssig pligt, overføres til børns sundhed i løbet af 1990´erne opfattes som forældrenes individuelle ansvar.
Knaak S. (2005)	Canada	Historisk indholds analyse Institutionel etnografi inspirereret af Dorothy Smith	Fire udgaver af Dr. Spock´s Baby and Child Care	At forklare i hvilken sammenhæng valg er organiseret i diskursen om spædbarnsernærin g og hvordan disse valg har ændret sig over tid	Diskurserne om valg i forhold til spædbarnsernæring har ændret sig markant i de sidste 50 år. Fra at være et valg er det blevet mere i stil med et direktiv, fordi de to alternativer amning som idealet og flaskegivning som den absolut sidste udvej. Derfor er der i dag et rigtigt valg og et forkert valg.
Kronborg H.; Væth M. (2004)	Danmark	Spørgeskema	471 mødre	At beskrive ammemønstre og undersøge i hvilket omfang psykosociale faktorer er relateret til ammelængde og kan bruges til at identificere mødre med stor risiko for at stoppe med at amme tidligere end planlagt	En relativ stor gruppe af mødre kan ikke leve op til egne forventninger og den af sundhedsmyndighedern e anbefalede varighed af amning. Tiltro til, tidligere erfaring med og viden om amning er psykosociale faktorer som har indvirkning på om man ammer så længe som forventet. De første fem uger efter fødslen er specielt vigtige, da ammeophør ofte sker her.

Mercer R.T. (2004)	USA	Gennemgang og syntese af forsknings-resultater	Studier om udviklingen af Maternal Role Attainment (MRA) og studier om forandrings-processen til at blive mor	Gennemgang af udviklingen af MRA og forandringsproces-sen til at blive mor	Mødres beskrivelser af den livsforandrende oplevelse det er at blive mor er ikke indeholdt i begrebet MRA. Mors personlighed fortsætter med at udvikle sig i takt med barnets udvikling. Det foreslås at anvende begrebet "Becoming a mother" (BAM) i stedet for MRA
Meyer D.M.; de Oliveira D.L. (2002)	Brasilien	Kultur analyse	Amme promoverings guide og avisartikler	At afdække hvordan definitionen af amning som en væsentlig del af moderskab i de vestlige lande har haft indflydelse på ammepolitik	Amning er et centralt emne for fremme af folkesundheden. Ammepolitikken spreder et kraftfuldt netværk af social kontrol og disciplin, som sundhedspersonale, der udbreder ammepolitikken må være opmærksom på
Mozingo J.N. et al. (2000)	USA	Fænomeno-logisk interview-undersøgelse	9 mødre	At undersøge kvinders levede erfaringer, når de begynder at amme, men stopper inden for de to første uger efter fødslen	Mødre beskrev uoverensstemmelse mellem høje idealiserede forventninger og tidlige ammeproblemer. Mødre havde en følelse af skyld, skam og af at fejle
Murphy E. (2000)	England	Interview-undersøgelse 6 interview fra sidst i graviditeten og til barnets 2. fødselsdag	24 førstegangs-mødre der startede med at amme, men senere introducerede modermælkser statning	At undersøge hvordan mødre, der har handlet på måder defineret som risikable, griber ind i denne trussel mod deres identitet som moralske, ansvarlige, kloge og neoliberale personer	Mødre var ikke passive modtagere af ekspertvejledning om spædbarnsernæring. De modstod en fortolkning af, at deres måde at give mad skulle være et udtryk for, at de var utilstrækkelige eller uansvarlige som mødre. Men ingen af mødrene satte spørgsmålstegn ved at de var ansvarlige for deres barns sundhed på kort og lang sigt
Nelson A.M. (2003)	USA	Metasyntese (Noblit & Hare)	Ni kvalitative studier om forandringspr ocessen til at blive mor	Syntese af kvalitative studier	Mødre var overvældede og uforberedte på forandringsprocessen til at blive mor, på trods af forberedelse. Nye mødre følte sig usikre på deres evne til at være forældre. Oplevelsen af forandringsprocessen var ikke ens for alle.

Taxbøl D. (1998)	Danmark	Interview-undersøgelse Grounded Theory	8 interviews med mødre der holdt op med at amme inden barnet var 5 måneder 2 interview med mødre der ammede, da deres barn var 6 måneder	At uddybe og skaffe ny viden om de faktorer og sammenhænge, der påvirker kvinder til at stoppe amning tidligere, end de selv havde forventet	Mødre opgav at amme, efter et tiltagende pres, som for førstegangsfødende blev skabt af forventningen til hvordan et spædbarn reagerer, og livet med spædbarnet og tyngden af ansvaret for barnet samtidig med at mor ikke har tid til at få opfyldt egen behov. For flergangsfødende blev presset skabt af en oplevelse af at forsømme det store barn, manglende tid til at få opfyldt egne behov og forventning om at det nye barn er en kopi af det ældre.
Tønjum L. (1997)	Norge	Fokusgruppe interview	24 kvinder med problematiske ammeerfa-ringer	At få indsigt og forståelse for ammeproblemer og hvordan det opleves at give op	Mødre efterlyste praktiske færdigheder for hvordan de skulle møde ammeproblemer og vidste for lidt om de problemer de kunne møde i forbindelse med amning. Mødre blev efterladt i ”ingenmandsland” på grund af blandt andet manglende netværk og korte indlæggelser. Mødre der mislykkes med amning har ret til støtte og anerkendelse af deres indsats som mor.
Tønjum L (2001)	Norge	Fokusgruppe interview	24 kvinder med problematiske ammeerfa-ringer	At få indsigt og forståelse for ammeproblemer og hvordan det opleves at give op	Mødrene stopper med at amme på tre måder: Døgnslutterne stopper med at amme hurtigt, over timer til døgn Ugeslutterne glider over til flaskeernæring uden en overvejet beslutning Månedsslutterne der gennem måneder forsøger at opretholde amning og som tager en meget velovervejet beslutning

Wall G. (2001)	Canada	Kritisk dekon-struktion af aktuelt uddannelses materiale om amning	Materiale om amning rettet mod mødre, sundheds-personale og offentligheden generelt	At undersøge hvordan oplevelsen af at være mor formes af de moralske og kulturelle konstruktioner omkring amme diskurser	Et godt moderskab kædes sammen med amning i det undersøgte materiale. Ikke at amme er at risikere barnets sundhed og der stilles spørgsmålstegn ved om man ønsker at være en god mor. De kulturelle og materielle realiteter, der gør amning svær, mødes i materialet med urealistiske råd og mødres problemer må, hvis de overhovedet ses, løses individuelt
Warren P.L. (2005)	Irland	Deskriptiv spørge-skemaus.	135 førstegangs-mødre	At undersøge forholdet mellem støtte til førstegangsmødre og deres tiltro til at kunne tage sig af deres spædbarn	Førstegangsmødre har brug for information om spædbarnsernæring fra sundhedsplejersker og jordemødre og støtte der giver tro på egne evner i forhold til spædbarnspleje.
Wilkins C. (2005)	UK	Interview-undersøgelse Grounded Theory	8 førstegangs-fødende kvinder	Forståelse for førstegangsmødre s oplevelser af de første uger af moderskabet, og hvilken støtte der letter disse mødres tilpasning	At den professionelle pleje efter fødslen fokuserer på mødres individuelle behov på måder, så mødres tiltro til egen evner opbygges. Der er brug for opmærksomhed på følelserne indlejret i ”at gøre det rigtigt”

Bilag 2. Interviewguide

Interviewguide

Kort præsentation og lidt om det praktiske i interviewet

Indledende spørgsmål:

Mors baggrund og livssituation

Hvor gammel er du?

Bor du sammen med barnets far?

Arbejde/uddannelse

Mors oplevelse

Hvilke forventninger havde du til det at amme?

Hvilke overvejelser gjorde du i forhold til amning før fødslen?

Kan du beskrive den første tid med dit barn?/ Hvordan var den første tid med dit barn?

Kan du beskrive, hvordan du havde det i den første tid efter du begyndte at give flaske?

Er der nogen specielle oplevelser du kan huske fra tiden lige efter du begyndte at give flaske?

Hvad gjorde det ved dig, når du skulle give dit barn mad/var sammen med dit barn?

Har det haft nogen betydning at andre også kunne give dit barn mad?

Har du oplevet noget der har overrasket dig efter du er begyndt at give flaske?

Har du haft nogen særlige oplevelser, som har påvirket dig?

Hvem har givet flaske? Har I tænkt over hvem der skulle give flaske?,

Hjælpespørgsmål:

Hvornår holdt du op med at amme?

Hvornår gik det op for dig, at du måtte opgive at amme?

Hvordan var det at give den første flaske?

Tog det lang tid for dig at vænne dig til at give flaske?

Gør du dig tanker om flere børn? Og hvad tænker du i forhold til dem?

Omgivelserne

Forventede din mand/kæreste, at du skulle amme?

Har din familie eller din mands familie haft forventninger?

Hvordan reagerede din mand/kæreste da du måtte opgive? Hvordan reagerede din familie? Hvordan reagerede din mands familie?

Har du fået reaktioner fra venner/bekendte/mødregruppe/sundhedsplejerske/læge?

Kan du huske nogen specielle oplevelser med reaktioner fra dine omgivelser, efter du begyndte at give flaske?

De praktiske ting

Kan du fortælle noget om de praktiske ting ved at give flaske?

Hvordan har du fundet ud af, hvordan det rent praktisk var bedst?

Er der noget omkring det at give flaske som du synes er vigtigt at vide, hvis man ikke har prøvet det før?

Hjælpespørgsmål:

Er der fordele ved at give flaske frem for at amme?

Hvordan har de praktiske gøremål i forhold til at give flaske været?

Hvordan klarer du det praktiske når du ikke er hjemme?

Hvordan har du fundet ud af hvilken modermælkserstatning du skulle bruge?

Afrunding

Når du ser tilbage på tiden lige efter fødslen, er der så noget du gerne ville have vidst dengang, som du ved nu?

Før vi afslutter, er der så noget, du er kommet i tanke om, som er vigtigt at få med i forhold til dine oplevelser efter du måtte opgive at amme?

Spørgsmål fremhævet med kursiv er tilføjet den oprindelige interviewguide efter de første interview.

Bilag 3. Brev til sundhedsplejersker

Fredericia, maj 2007

Kære Sundhedsplejerske

I forbindelse med mit speciale på kandidatuddannelsen i sygepleje arbejder jeg med en undersøgelse af mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme. På baggrund af interview med mødre, skal undersøgelsen munde ud i forslag til sundhedsplejerskens opgaver i forhold til denne gruppe af mødre. I den forbindelse håber jeg, at du vil hjælpe mig.

Jeg vil gerne i kontakt med førstegangsmødre, der før fødslen forventede, at de skulle amme, men som helt har opgivet at amme i løbet af de første 6 uger efter fødslen. Jeg vil gerne tale med mødrene, når deres børn er ca. 4 måneder gamle, det vil sige født i januar eller februar 2007. Det er desuden vigtigt, at mor forstår og kan udtrykke sig på dansk og at hverken mor eller barn har været alvorligt syge i de første fire måneder efter fødslen.

Hvis du har kontakt med en mor/mødre, som opfylder kriterierne, håber jeg, du vil have ulejlighed med at ringe dem op for at høre, om de vil være med i undersøgelsen og hvis de vil det, få tilladelse til at udlevere deres navn og telefonnummer til mig. Jeg vil derefter kontakte dem for yderligere information om undersøgelsen.

Til mor kan du oplyse, at undersøgelsen drejer sig om, hvad mødre oplever, efter de har opgivet at amme. Undersøgelsen skal bruges til at beskrive, hvad mødre har brug for fra sundhedsplejersken, efter de har opgivet at amme. Samtalen med mor kan for eksempel foregå hjemme hos hende selv, hvor hun naturligvis kan passe sit barn samtidig. Jeg forventer, at samtalen tager 1-1½ time. Det er selvfølgelig frivilligt for mødrene at deltage, og mødre, der har sagt ja til at deltage, kan på et hvilket som helst tidspunkt fortryde og melde fra.

Hvis du får kontakt med mødre, der gerne vil deltage, kan du kontakte mig på mail eller telefon.

Hvis du har spørgsmål i forbindelse med undersøgelsen, er du meget velkommen til at kontakte mig pr. mail eller telefon. Når jeg er færdig med undersøgelsen, vil jeg selvfølgelig gerne præsentere resultaterne for dig og dine kolleger.

Venlig hilsen og på forhånd tak

Jette Schilling Larsen
Sundhedsplejerske, stud. cur.

Bilag 4. Brev til mødre

maj 2007

Kære

Tak fordi du vil deltage i min undersøgelse af mødres oplevelser, efter de har opgivet at amme.

Jeg er sundhedsplejerske og studerer sygepleje ved Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet. Undersøgelsen foretages i forbindelse med min afsluttende opgave på dette studie. På baggrund af samtaler med mødre, vil jeg beskrive, hvad mødre har brug for fra sundhedsplejersken, efter de har opgivet at amme.

Jeg vil derfor gerne tale med dig om dine oplevelser. For at få alle detaljer med, vil jeg optage samtalen. Lydfilen med samtalen vil kun blive benyttet i forbindelse med min opgave og vil blive slettet, når opgaven er afsluttet. Navne og personlige oplysninger vil blive ændret i opgaven. Selve samtalen tager 1-1½ time, der er naturligvis plads til afbrydelser, hvis dit barn har behov for din opmærksomhed undervejs.

Det er selvfølgelig frivilligt, om du vil deltage. Selv om du har sagt ja, kan du på et hvilket som helst tidspunkt fortryde og melde fra.

Vi ses den

Venlig hilsen

Jette Schilling Larsen

Sundhedsplejerske