

# Algeng vandamál við brjóstagjöf

Áhrifapættir og bjargráð

---

Hafdís Guðrún Benediktsdóttir  
Heiða María Elfarsdóttir

HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði

Hjúkrunarfræðideild

Maí 2014

**Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði.**

**Verkefnið unnu:**

---

Hafdís Guðrún Benediksdóttir

---

Heiða María Elfarsdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til

**B.S. prófs í hjúkrunarfræði.**

---

María Guðnadóttir

## Útdráttur

Rannsóknaráætlun þessi er lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tilgangur verkefnisins er að afla upplýsinga um helstu áhrifaþætti þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma og hvað mætti gera betur í þjónustu við mæður í ung barnavernd til að stuðla að lengri brjóstgjöf. Í framhaldinu er sett fram rannsóknaráætlun til þess að rannsaka efnið í náninni framtíð.

Í fræðilegri samantekt eru helstu áhrifaþættirnir teknir saman og þau ráð sem heilbrigðisstarfsfólk getur veitt mjólkandi mæðrum. Algengir áhrifaþættir eru meðal annars: stálmi og sárar geirvörtur, stíflur og sýkingar, of lítil mjólkurframleiðsla, andleg vanlíðan og persónulegir áhrifaþættir. Lögð var sérstök áhersla á stuðning og fræðslu frá heilbrigðisstarfsfólki sem er mikilvægur þáttur til að auka gæði þjónustu við mæður og fjölskyldur þeirra. Rannsóknir sýna að hátt hlutfall kvenna hætta með barnið sitt á brjósti fyrir ráðlagðan tíma, þó brjóstgjöf hafi heilsuþætandi áhrif á börnin og mæðurnar sjálfar. Stuðst verður við eigindlega aðferðarfræði Vancouver skólans við gerð rannsóknarinnar. Í þýðinu verða mæður 18 mánaða barna sem sækja reglulegt eftirlit í ung barnavernd á Heilsugæslustöðinni á Akureyri. Þátttakendur verða valdir með tilviljunarkenndu úrtaki.

**Lykilorð:** Brjóstgjöf, eingöngu brjóstgjöf, brjóstamjólk, stuðningur, fræðsla, ung barnavernd.

## Abstract

### **Common breastfeeding problems: Determinants and coping strategies**

This research proposal is part of a final assessment towards a B.S. degree in nursing at the University of Akureyri. The purpose of this research would be to compile information on the main determinants for why women cease breastfeeding their babies earlier than advised and what areas could be improved within child health care for longer breastfeeding duration. A research proposal will then be presented that aims to investigate the subject in the future.

In a theoretical summary the main determinants are composed and what advice health professionals can provide to breastfeeding mothers. Some of the main determinants are the following: breast abscesses and engorgement, plugged milk glands, infections, lack of milk production, psychological distress and personal reasons. A particular focus was put on support and education from health professionals which is an important factor in improving the services for mothers and their families. Research indicates that a high proportion of women cease breastfeeding earlier than advised, even though breastfeeding has benefits for the health of mother and child. A qualitative approach derived from the Vancouver University will be employed for the research. The population will consist of mothers of 18 month old babies that seek regular checks in child health care at the health center of Akureyri. Participants will be selected through random selection.

**Key words:** Breastfeeding, exclusive breastfeeding, breast milk, support, education, child health care.

## Efnisyfirlit

Útdráttur.....	iii
Abstract.....	iv
Þakkarorð.....	viii
1. kafli - Inngangur .....	1
1.1. Bakgrunnur .....	1
1.2. Tilgangur rannsóknaráætlunar .....	3
1.3. Val á rannsóknaraðferð .....	3
1.4. Rannsóknarspurning og tilgátur.....	4
1.5. Skilgreining hugtaka .....	5
1.6. Forsendur rannsóknaráætlunar .....	5
1.7. Gildismat rannsakennda .....	6
1.8. Gildi fyrir hjúkrunarfræði.....	6
1.9. Uppbygging rannsóknaráætlunar .....	6
1.10. Gagnaöflun og leitarorð .....	7
2. kafli - Fræðileg umfjöllun .....	8
2.1. Mjólkurmyndun .....	8
2.2. Móðurmjólkin - hin fullkomna næring.....	10
2.3. Brjóstagjöf.....	11
2.4. Ráðlagður brjóstagjafartími.....	12
2.5. Tengsl móður og barns .....	12
2.6. Algeng vandamál við brjóstagjöf.....	14
2.6.1. Stálmi og sárar geirvörtur.....	15

2.6.2. Stíflur og sýkingar.....	16
2.6.3. Flatar eða innfallnar geirvörtur.....	17
2.6.4. Of lítil mjólkurframleiðsla.....	18
2.6.5. Sveppasýking á brjóstum .....	19
2.7. Andleg líðan .....	19
2.7.1. Þunglyndi og kvíði.....	20
2.8. Fæðing eða keisari .....	22
2.9. Stuðningur við brjóstgjöf.....	24
2.9.1. Fjölskyldan.....	24
2.9.2. Heilbrigðisstarfsfólk.....	25
2.9.3. Baby Friendly Hospital Initiative .....	27
2.10. Persónulegir áhrifaþættir .....	28
2.10.1. Menntun og atvinna .....	29
2.10.2. Offita og reykingar .....	31
2.11. Ungar mæður.....	33
2.12. Menningarbundnir þættir .....	34
2.13. Fræðsla.....	35
2.14. Mjólkuraukandi ráð .....	37
2.15. Stellingar og tækni við brjóstgjöf .....	39
2.16. Nýja barnið - aukin fjölskylduvernd og aukin samskipti.....	39
2.17. Samantekt .....	40
3. kafli - Aðferðarfræði .....	42
3.1. Rannsóknaraðferð.....	42
3.2. Val í úrtak.....	43
3.3. Gagnasöfnun og mælitæki .....	43

3.4. Siðfræðileg álitamál.....	44
3.5. Réttmæti og áreiðanleiki.....	45
3.6. Samantekt.....	47
4. kafli - Umræður.....	49
4.1. Túlkun og umræður á fræðilegri samantekt .....	49
4.2. Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunar- og ljósmóðurfræði.....	53
4.3. Samantekt.....	53
5. kafli - Lokaorð.....	55
Heimildaskrá.....	56
Ítarefni.....	69
Fylgiskjal 1 – Drög að viðtalsramma .....	70
Fylgiskjal 2 – Drög að upplýsingabréfi .....	71
Fylgiskjal 3 – Drög að samþykkisyfirlýsingu.....	73



### **Þakkarorð**

Við viljum þakka öllum þeim sem hafa veitt okkur aðstoð og komið að gerð verkefnisins. Leiðbeinandi okkar María Guðnadóttir hjúkrunarfræðingur og aðjúntur við Háskólann á Akureyri fær sérstakar þakkir fyrir góða leiðsögn, uppbyggilega gagnrýni og stuðning við gerð verkefnisins. Starfsfólk bókasafnsins í Háskólanum á Akureyri fær þakkir fyrir að veita okkur aðstoð við heimildaleit og Hafdís Skúladóttir fær einnig þakkir fyrir ómældan stuðning og aðstoð við vinnslu þessa verkefnis.

Ástkæru fjölskyldur okkar fá þakkir fyrir allan þann stuðning sem þær hafa sýnt okkur í gegnum námið. Sérstaklega viljum við þakka unnustum okkar, Óskari Þór og Jóni Sindra, fyrir ómældan stuðning, hvatningu og þolinmæði í gegnum námið og ekki síst meðan á vinnslu lokaverkefnisins stóð.

Að lokum viljum við þakka hvor annarri fyrir einstaklega skemmtilega tíma við vinnslu verkefnisins og góða samvinnu.

## 1. kafli - Inngangur

Rannsóknaráætlun þessi er unnin sem lokaverkefni til B.S. gráðu í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri vorið 2014. Leiðbeinandi verkefnisins er María Guðnadóttir hjúkrunarfræðingur á Barnaspítala Hringins og aðjúkt við Háskólann á Akureyri.

Í kaflanum hér á eftir gera höfundar skil á þeim áhættuþáttum sem verða til þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnun (WHO). Einnig hvað mætti gera betur í þjónustu við mæður í ungbarnavernd til að stuðla að lengri brjóstagjöf. Fjallað verður um bakgrunnsupplýsingar, tilgang rannsóknaráætlunar, val á rannsóknaraðferð, rannsóknarspurningar og tilgátur, skilgreiningu hugtaka og forsendur rannsóknaráætlunar. Farið verður inn á gildismat rannsakenda og gildi rannsóknarinnar fyrir hjúkrunarfræði. Einnig verður fjallað um uppbyggingu rannsóknaráætlunarinnar, gagnaöflun og leitarorð.

### 1.1. Bakgrunnur

Móðurmjólkin er hin fullkomna næring sem sniðin er að þörfum barnsins fyrstu sex mánuði eftir fæðingu (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009). Samkvæmt ráðleggingum Alþjóðaheilbrigðisstofnunar ættu börn að fá eingöngu brjóstamjólk fyrstu sex mánuði lífsins og að einhverju leyti til að minnsta kosti tveggja ára aldurs (World Health Organization (WHO), 2014). Næringargildi brjóstamjólkur breytist eftir þörfum og þroska barnsins. Hún inniheldur ýmis mótefni sem gegna mikilvægu hlutverki í ónæmisvörnum ungra barna (R. A. Lawrence og

Lawrence, 2011). Einnig inniheldur hún fjölómattaðar fitusýrur sem auka þroska heila og sjónar ásamt því að byggja varnarvegg fyrir óæskilegar bakteríur í meltingarveginum (Thibeau og D'Apollito, 2011). Móðurmjólkinn er sögð draga verulega úr tíðni ungbarnadauða og minnka líkur á ýmsum sjúkdómum (UNICEF, 2013). Einnig er talið að brjóstagjöf eigi stóran þátt í að efla tengslamyndun milli móður og barns. Auk þess að veita líkamlega nálægð, öryggi og hlýju (Embætti landlæknis, 2013).

Brjóstagjöf er eðlileg leið fyrir barn að nærast, en þó ber hún ekki ávallt árangur (Embætti landlæknis, 2013). Algenngt er að konur upplifi einhvers konar erfiðleika við brjóstagjöf en vandamálin fara yfirleitt minnkandi eftir því sem líður á brjóstagjafartímabilið (Teich, Barnett og Bonuck, 2014). Flestar konur hafa getu til að hafa barnið sitt á brjósti, en viljinn gegnir mikilvægu hlutverki hvort móðirin velur brjóstagjöf og hvort hún gangi vel (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009). Margir þættir geta haft áhrif á ákvörðun mæðra til brjóstagjafar, en stuðningur frá nánustu fjölskyldu og heilbrigðisstarfsfólki skiptir þar miklu máli (Kornides og Kitsantas, 2013). Fræða þarf konur um helstu kosti brjóstagjafar, algengar hindranir sem upp geta komið og hver sé ráðlagður brjóstagjafartími (Daly, Pollard, Phillips og Binns, 2014). Fræðsla snýst oft að mestu leyti um mikilvægi brjóstmjólkur fyrir heilbrigði barnsins, en það þyrfti að líta á brjóstagjöf í víðara samhengi og taka tillit til þarfa og líðan kvenna (Forster og McLachlan, 2010).

## 1.2. Tilgangur rannsóknaráætlunar

Tilgangur rannsóknaráætlunarinnar er að kanna hverjir eru helstu áhrifaþættir þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma. Alþjóðaheilbrigðisstofnun ráðleggur að barn fái eingöngu brjóstamjólk til sex mánaða aldurs og að hluta til að tveggja ára aldri (WHO, 2014). Einnig á að kanna hvað mæðrunum sjálfum finnst að mætti gera betur í þjónustu við þær í ungbarnavernd til að stuðla að lengri brjóstagjöf. Markmiðið með framkvæmd rannsóknarinnar yrði að varpa ljósi á upplifun mæðra á brjóstagjafartímabilinu, hversu lengi þær hafa barnið sitt á brjósti og hvað hafði áhrif á það að þær hættu brjóstagjöf. Einnig viljum við fá mat mæðranna á þeirri þjónustu sem ungbarnavernd veitir tengdri brjóstagjöf og varpa þannig ljósi á það hvernig hægt er að bæta þá þjónustu.

## 1.3. Val á rannsóknaraðferð

Í rannsókninni verður stuðst við eigindlega rannsóknaraðferð sem unnin er eftir hugmyndafræði Vancouver háskólans í fyrirbærafræði. Tíu þátttakendur verða valdir með tilviljunarúrtaki. Úrtakið samanstendur af mæðrum 18 mánaða barna sem hafa verið með barnið sitt á brjósti og sækja reglulegt eftirlit í ungbarnavernd á Heilsugæslustöðina á Akureyri. Tekin verða tíu einstaklingsviðtöl ásamt því að fá nánari upplýsingar frá þátttakendum við úrvinnslu gagna ef þörf krefur.

Viðtölin verða hljóðrituð og skrifuð orðrétt upp. Því næst verða þau lesin og hvert og eitt viðtal greint í þemu samkvæmt fyrirbærafræði Vancouver háskólans. Að því loknu verður dregin fram heildarmynd af helstu niðurstöðum rannsóknarinnar.

#### 1.4. Rannsóknarspurning og tilgátur

Í rannsókninni verður lagt upp með að fá svör við eftirfarandi spurningum:

1. Hverjir eru helstu áhrifaþættir þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma?
2. Hvað mætti gera betur í þjónustu við mæður í ungbarnavernd til að stuðla að lengri brjóstagjöf?

Tilgáturnar eru þær að reynsla kvenna á brjóstagjöf er mjög mismunandi og þar af leiðandi eru áhrifaþættir þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fjölbreytilegir. Einnig að sú þjónusta sem mæður fá frá ungbarnavernd skiptir miklu máli hvað varðar stuðning og fræðslu kvenna til brjóstagjafar og getur því haft áhrif á brjóstagjafartímabilið.

Við teljum að fullt fæðingarorlof sé of stutt til að koma til móts við ráðlagðan tíma brjóstagjafar og að útivinnandi konum fjölgi. Einnig teljum við að sjálfsöryggi kvenna hafi mikið að segja, sérstaklega þegar upp koma vandamál eða erfiðleikar við brjóstagjöf. Stuðningur skiptir þar miklu máli. Ekki síst til ungra og einstæðra mæðra sem gæti skort stuðning og haft öðruvísi viðhorf til brjóstagjafar en þær mæður sem hafa gott stuðningsnet.

### 1.5. Skilgreining hugtaka

**Brjóstagjöf:** Er flutningur brjóstamjólkur frá móður til barns. Barnið meðtekur mjólk beint frá brjósti móður (Lowdermilk, Perry, Cashion og Alden, 2012).

**Eingöngu brjóstagjöf:** Ungabarn fær aðeins brjóstamjólk, beint úr brjósti móður eða á annan hátt. Undantekningar eru vítamín og nauðsynleg lyf (Embætti landlæknis, 2013).

**Brjóstamjólk:** Mjólk sem er framleidd í litlum kirtlum í brjóstum konu til að gefa barni sínu. Fullkomin næring fyrir ungabörn (Dictionary.com, e.d.a).

**Stuðningur:** Að styðja, veita hjálp, aðstoð eða liðveislu (Íslensk orðabók, 2002).

**Fræðsla:** Athöfn eða ferli þess að miðla sérstakri þekkingu eða færni með kennslu, þjálfun eða námi (Dictionary.com, e.d.b).

**Ungbarnavernd:** Regluleg eftirfylgni með heilsu og framförum á þroska barna, andlegum, félagslegum og líkamlegum, frá fæðingu til skólaaldurs (Heilsugæslustöðin á Akureyri, e.d.).

### 1.6. Forsendur rannsóknaráætlunar

Forsendur þessarar rannsóknaráætlunar eru þær að fjöldi kvenna hætta með barnið sitt á brjósti fyrir ráðlagðan brjóstagjafartíma og byrja of snemma að gefa barninu þurrmjólk og fasta fæðu. Einnig teljum við að auka mætti fræðslu og stuðning við brjóstagjöf í mæðra- og ungbarnavernd vegna skorts á þekkingu mæðra um brjóstagjöf. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur nýlega breytt viðmiðum brjóstagjafar til tveggja ára aldurs (WHO, 2014) og teljum við að það þurfi að leggja áherslu á að kynna það frekar fyrir konum á barneignaraldri.

### 1.7. Gildismat rannsakenda

Gildismat rannsakenda getur haft truflandi áhrif á niðurstöður rannsóknarinnar. Því er mikilvægt að rannsakendur geri sér grein fyrir hvert gildismat þeirra er á því efni sem verið er að rannsaka.

Gildismat rannsakenda áður en rannsókn hefst er að of margar konur eru að hætta með barnið sitt á brjósti fyrir ráðlagðan tíma. Einnig skortir fræðslu og stuðning frá ungbarnavernd meðan á brjóstagjöf stendur. Margar konur eru ekki nógu duglegar að leita sér aðstoðar hjá heilbrigðisstarfsfólki þegar vandamál koma upp.

### 1.8. Gildi fyrir hjúkrunarfræði

Með fyrirhugaðri rannsókn væri hægt að koma auga á helstu áhrifaþætti þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma. Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk í ungbarnavernd gæti öðlast betri þekkingu um áhrifaþættina og hvað þyrfti helst að hafa í huga við fræðslu og stuðning til mæðra við brjóstagjöf.

### 1.9. Uppbygging rannsóknaráætlunar

Rannsóknaráætluninni er skipt í fimm meginkafla, inngang, fræðileg umfjöllun, aðferðarfræði, umræður og lokaorð. Í inngangi koma fram bakgrunnsupplýsingar, tilgangur rannsóknarinnar, val á rannsóknaraðferð og rannsóknarspurningar. Einnig kemur fram gildismat rannsakenda fyrir gerð rannsóknar og gildi hennar fyrir hjúkrunarfræði. Annar kafli inniheldur fræðilegan

grunn rannsóknarinnar sem er byggður á niðurstöðum eldri rannsókna sem snerta viðfangsefnið. Í þriðja kafla er aðferðarfræði rannsóknarinnar lýst þar sem meðal annars er greint frá því hvernig þátttakendur verða valdir, farið yfir siðferðileg álitamál og réttmæti og áreiðanleika rannsóknarinnar. Fjórði kafla inniheldur umræður um viðfangsefnið og uppbyggingu rannsóknarinnar ásamt vangaveltum rannsækenda. Í fimmta kafla eru allra helstu niðurstöður dregnar saman í lokaorðum, einnig er greint frá þeim lærdómi sem draga má af gerð rannsóknaráætlunarinnar. Í lok hvers kafla er samantekt á helstu áhersluatriðum.

### **1.10. Gagnaöflun og leitarorð**

Við gagnaöflun fræðilegrar umfjöllunar var að mestu notast við erlendar, ritrýndar tímaritsgreinar ásamt íslenskum heimildum og bókum. Erlendar tímaritsgreinar voru aðallega fengnar í gegnum gagnasöfnin CHINAL á EBSCO HOST og ProQuest en einnig á Google Scholar. Meðal þeirra ensku leitarorða sem mest var notast við voru breastfeeding, problems, education, nursing, support, family, lactation, lactogenesis, breastmilk, technique, determinants, milk supply, postpartum depression, nipple pain, bonding, effect of skin to skin contact, engorgement og mother-infant relationship. Við leit að íslenskum heimildum var stuðst við Google Scholar, leir.is og gegnir.is. Meðal þeirra íslensku leitarorða sem mest var notast við voru brjóstagjöf, vandamál við brjóstagjöf, ráðleggingar, hjúkrunarfræðingar, ljósmæður, fræðsla og stuðningur.



## 2. kafli - Fræðileg umfjöllun

Í þessum kafla verður fjallað um mikilvægi brjóstagjafar, helstu vandamál sem upp geta komið og bjargráð við þeim. Farið verður yfir algenga áhrifaþætti þess að mæður hætta með börn sín á brjósti ásamt hlutverki hjúkrunarfræðinga til að stuðla að lengri brjóstagjöf. Í lokin fjöllum við stuttlega um „Nýja barnið“ þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri.

### 2.1. Mjólkurmyndun

Miklar breytingar verða á líkama kvenna þegar þær verða barnshafandi. Ein af þessum stóru breytingum verða á brjóstvef þeirra, en þannig undirbýr líkaminn brjóstin fyrir myndun móðurmjólkur og seytun hennar eftir fæðingu barns (Kent, 2007).

Þær breytingar sem verða á brjóstum barnshafandi kvenna skiptast í tvö mjög ólík skeið. Fyrri skeiðið kallast brjóstamyndunarferli (e. Mammogenesis) og á sér stað snemma á meðgöngu. Þá verður myndun á kirtilvef með göngum sem leiðir til brjóstastækkunar, brjóstin undirbúa sig fyrir mjólkurframleiðslu (Kent, 2007). Þessar breytingar verða oftast í kringum 16. - 18. viku meðgöngunnar (Lowdermilk o.fl., 2012). Á seinna skeiðinu fer mjólkurframleiðslan af stað. Það ferli skiptist í tvö stig, mjólkurmyndunarferli I og II (e. lactogenesis I and II). Mjólkurmyndunarferli I verður á öðrum þriðjungum meðgöngunnar, þá fara mjólkurkirtlarnir að þróa með sér þann hæfileika að seyta mjólkurhlutum (Kent, 2007). Kirtilþekjufrumurnar sérhæfast í seytandi kirtilfrumur sem verða þá að mjólkurmyndandi frumum (e. lactocytes). Hormónin estrógen, prógesteron og prólaktín eru nauðsynleg fyrir þróun og vöxt

kirtilfrumna. Á meðgöngunni fá þessar mjólkurmyndandi frumur þann hæfileika að mynda efnasambönd sem innihalda lítið magn mjólkur og kallast broddur.

Broddurinn er mikilvægur fyrir nýburann en hann er þykkur, gulleitur og inniheldur mikið magn af natríum, klóríð og ónæmisverndandi próteinum. Það veitir nýburanum vörn gegn sýklum sem finnast í fæðingarvegi og í umhverfinu. Aukinn styrkur prógesteróns hindrar seytun brodds á meðgöngunni en í lok hennar framleiðir kona um 30 ml af broddi á degi hverjum (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011).

Mjólkurmyndunarferli II hefst svo þegar skyndilegt fall verður á hormóninu prógesterón eftir að fylgjan fæðist. Þá byrjar broddurinn að seytast úr brjóstum móður en það gerist oftast ekki fyrr en eftir fæðingu (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011). Fyrstu dagana eftir fæðingu fer mjólkurframleiðslan á fullt. Mikil breyting verður á samsetningu mjólkurinnar auk þess sem magn verður mun meira í mjólkurmyndunarferli II (Kent, 2007). Samsetning brjóstamjólkur breytist ekki einungis í mjólkurmyndunarferli II heldur á hverju stigi mjólkurmyndunar, á meðan hver gjöf varir og eins þegar barnið vex úr grasi (Lowdermilk o.fl., 2012).

Brjóstamjólkurmyndun er byggð á lögmálinu um framboð og eftirspurn, því meira sem barnið drekkur því meira framboð verður á mjólk (Lowdermilk o.fl., 2012; R. A. Lawrence og Lawrence, 2011) en einnig stjórnast mjólkurmyndunin á losun hormóna út í blóðið. Þegar barnið drekkur úr brjóstinu eða móðir mjólkar sig þá verður örvun á losun oxytósín úr aftari hluta heiladinguls sem virkar beint á frumurnar í mjólkurkirtlinum og því á mjólkurlosun sér stað (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011).

## 2.2. Móðurmjólkin - hin fullkomna næring

Brjóstamjólk er hin fullkomna næring sem er sniðin að þörfum barnsins fyrstu sex mánuðina eftir fæðingu. Hún er auðmeltanleg, bakteríufrí, ávallt við rétt hitastig og hefur orkumikla fitu (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009; Thibeau og D'Apolito, 2011). Magn og samsetning mjólkurinnar er að mestu óháð mataræði móður, en framleiðslan ræðst af því hversu mikil mjólk er flutt úr brjóstinu (Kent, 2007). Næringargildi brjóstamjólkur breytist eftir þörfum barnsins og eftir því sem barnið þroskast. Sem dæmi má nefna að þá er samsetning brjóstamjólkur hjá fyrirburum önnur en hjá þeim sem fæðast eftir fulla meðgöngu (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011; Embætti landlæknis, 2013).

Börn fæðast með forða af mótefnum, sem borist hafa frá móður til barns í gegnum fylgjuna. Eftir fæðingu eru móðir og barn útsett að miklu leyti fyrir sömu sýklunum. Ónæmiskerfi ungabarnsins mótast hægt og þarf það þar af leiðandi meira af mótefnum, sem það fær með brjóstamjólkinni (Thibeau og D'Apolito, 2011). Brjóstamjólkin inniheldur ýmis mótefni, IgA er þar veigamesta próteinið ásamt T og B eitilfrumum. Gefur það því auga leið að hún hefur mikilvægu hlutverki að gegna í ónæmisvörnum ungra barna (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011). Móðurmjólkin veitir börnunum yfirborðsvernd, fóðrar meltingarveg og veitir vörn gegn sýkingum í meltingar- og öndunarfærum og miðeyrnabólgu (Embætti landlæknis, 2013). Hún býr til varnarvegg í meltingarveginum svo óæskilegar bakteríur eiga erfitt með að dafna og fjölga sér. Brjóstamjólkin inniheldur einnig fjölómattaðar fitusýrur sem auka þroska heila og sjónar ásamt því að vera góð fyrir meltingarveginn (Thibeau og D'Apolito, 2011). Móðurmjólkin er sögð minnka líkur á ýmsum sjúkdómum, eins og

astma, sykursýki, offitu og hvítblæði, einnig dregur hún verulega úr tíðni ungbarnadauða (UNICEF, 2013).

### 2.3. Brjóstagjöf

Flest allar konur hafa líkamlega getu til þess að hafa börn sín á brjósti en miklu skiptir að mæðurnar hafi vilja til þess og að brjóstagjöfin gangi vel. Það skiptir máli að mæðurnar fái næði, hvílist og nærast vel. En upp geta komið ýmis vandamál, sérstaklega fyrstu vikunnar og þá skiptir máli til hvaða úrræða er gripið (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009). Larsen og Kronborg (2013) segja frá því að mæður taki ákvörðun um hvernig eigi að næra börn sín á grundvelli heilsu og velferðar barnsins. Mæðrum finnst mikilvægt að geta sinnt grunnþörfum barna sinna og átt jákvæð samskipti við þau.

Best er að láta barnið ráða ferðinni fyrsta mánuðinn og leyfa því að drekka af brjóstinu að vild. Það örvar mjólkurframleiðsluna og kemur henni í jafnvægi (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009). Fituinntaka barnsins er óháð tíðni gjafa. Ef barn þyngist eðlilega getur móðirin verið fullviss um að það fái nóg. Móðirin ætti að bregðast við merkjum barnsins um tíðni gjafa og hvort það þarfnast annars eða beggja brjósta í hverri gjöf (Kent, 2007).

Mesti ávinningur brjóstagjafar fyrir barnið eru áhrifin á heilbrigði þess. Þau verða síður veik og dánartíðni er lægri en hjá þeim sem nærast á þurrmjólk. Einn af kostum brjóstagjafar fyrir móðurina strax eftir fæðingu er að hún verður fljótari að ná sér líkamlega. Þegar barnið sýgur brjóstið dregst legið hraðar saman en hjá þeim sem brjóstfæða ekki barn sitt (Embætti landlæknis, 2013). Á meðgöngu ættu

væntanlegir foreldrar að vera upplýstir um ávinning brjóstagjafar fyrir börnin, mæður, fjölskyldur og samfélagið (Lowdermilk o.fl., 2012).

#### 2.4. Ráðlagður brjóstagjafartími

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin ráðleggur að börn fái eingöngu brjóstamjólk til sex mánaða aldurs og að hluta til að tveggja ára aldri (WHO, 2014). Eftir fæðingu ættu börn að vera sett á brjóst eins fljótt og auðið er (Lowdermilk o.fl., 2012). Fyrsta brjóstagjöfin er mjög mikilvæg auk þess að tengsl hafa fundist við farsæla áframhaldandi brjóstagjöf (WHO, 2014). Nýlegar niðurstöður Embættis landlæknis benda til þess að 81% barna fædd á árunum 2004–2008 höfðu verið lögð á brjóst innan tveggja klukkustunda frá fæðingu (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012). Mælt er með að börn fari á brjóst að minnsta kosti 8–12 sinnum á dag (Lowdermilk o.fl., 2012).

Gögn frá heilsugæslustöðvum á árunum 2004–2008 sýndu að aðeins 8% sex mánaða barna var eingöngu á brjósti, miðað við 11% sex mánaða barna á árunum 1999–2003. Heildarbrjóstagjöf árin 2004–2008 var aðeins lengri hjá 6, 8 og 12 mánaða börnum, en þó fengu aðeins 27% barna brjóstamjólk að einhverju leyti við eins árs aldur (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012).

#### 2.5. Tengsl móður og barns

Talið er að brjóstagjöf eigi stóran þátt í að efla tilfinningaleg tengsl milli móður og barns. Auk þess veitir hún líkamlega nálægð, öryggi og hlýju (Embætti landlæknis, 2013). Þegar byrjunarörðugleikar við brjóstagjöf eru úr sögunni, er þessi

stund oftar en ekki mjög notaleg fyrir móður og barn (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009).

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar voru þær mæður sem vörðu fyrstu vikunni eftir fæðingu í náinni húð við húð snertingu við ungabarn sitt í að minnsta kosti fimm klukkustundir á sólahring líklegri til að halda stöðugri brjóstagjöf áfram. Það á við hvort sem um er að ræða brjóstagjöf að hluta til eða eingöngu. Einnig kom í ljós að húð við húð aðferðin auðveldaði mæðrum að viðhalda brjóstagjöf á fyrstu mánuðunum eftir fæðingu og hægt er að tengja þessa nánu snertingu við jákvæð samskipti milli móður og barns. Mikilvægt er að konur skilji ávinning náinnar snertingar og brjóstagjafar fyrir þær sjálfar, barn sitt og tengslamyndunar þeirra á milli (Alex og MacLellan-Peters, 2013). Nýburar sem fá húð við húð snertingu við móður strax eftir fæðingu, hafa meiri hæfni til þess að sjúga brjóstið og ná árangursríkri brjóstagjöf fyrr en þau börn sem fá ekki sömu nánd við móður sína (Moore og Anderson, 2007). Rannsóknir sýna að húðsnerting móður og barns strax eftir fæðingu eykur sjálfsöryggi og trú móðurinnar á árangursríkri brjóstagjöf. Með auknu sjálfstrausti kvenna minnka líkurnar á því að konur hætti brjóstagjöf ótímabært og leiðir það frekar til þess að konur hafi barnið sitt eingöngu á brjósti. Heilbrigðisstarfsfólk getur haft mikið um þetta að segja að aðskilja ekki móður og barn eftir fæðingu heldur leggja barnið í húðsnertingu á bringu móður (Aghdas, Talat og Sepideh, 2014). Því lengur sem aðferðin er notuð, því betri árangur næst í brjóstagjöfinni (Bramson o.fl., 2009).

Rannsókn Larsen og Kronborg (2013) leiddi í ljós að þær konur sem áttu í miklum erfiðleikum við brjóstagjöf fannst erfitt að mynda náin tengsl við ungabarn sitt. Að gefa upp brjóstagjöfina var því vendipunktur mæðranna til að mynda náíð

samband við barnið. Uppgjöf brjóstagjafarinnar hafði þau áhrif að barnið varð rólegra og tengslin milli móður og barns urðu sterkari. Mæðurnar töldu að tengslin hefðu ekki orðið betri þó þær hefðu haldið brjóstagjöf áfram.

## 2.6. Algeng vandamál við brjóstagjöf

Brjóstagjöf er flókin í eðli sínu, konur hafa mismunandi sýn á brjóstagjöf og geta borið bæði jákvæðar og neikvæðar tilfinningar til hennar (Forster og McLachlan, 2010). Brjóstagjöf er eðlileg leið fyrir barn að nærast, en þó ber hún ekki ávallt árangur (Embætti landlæknis, 2013). Ýmsir erfiðleikar geta komið upp, en þeir algengustu eru verkir, sárar geirvörtur, stálmi, sveppasýking á geirvörtum, brjóstabólga, of lítil mjólkurmyndun og/eða mjólkurleki. Verkir eru tiltölulega algengir þegar kemur að brjóstagjöf og er algengast að þeir komi fram á fyrstu 7-14 dögum eftir fæðingu (Lamontagne, Hamelin og St-Pierre, 2008; Strong, 2011). Mikill hluti kvenna upplifir einhvers konar erfiðleika við brjóstagjöf en vandamálin fara yfirleitt minnkandi eftir því sem líður á brjóstagjafartímabilið (Teich o.fl., 2014). Oft er hægt að koma í veg fyrir vandamál með fræðslu um brjóstagjöf. Einnig skiptir máli að mæður séu meðvitaðar um einkenni vandamálanna svo hægt sé að grípa fljótt inn í (Lowdermilk o.fl., 2012). Vandamál sem upp koma við brjóstagjöf hafa oftast en ekki áhrif á ánægju mæðra og geta því leitt til þess að þær hætta með börn sín fyrir á brjósti en áætlað var (Lamontagne o.fl., 2008).

Þrátt fyrir að brjóstamjólkin sé besti kosturinn þarf stundum að leita annarra leiða. Þurrmjólk er talin vera næstbesti kosturinn og er notuð til að brúa bilið ef brjóstagjöf gengur ekki upp (Embætti landlæknis, 2013). Hlutverk hjúkrunarfræðinga er að miðla þekkingu sinni og aðstoða foreldra við að vinna á vandamálum við

brjóstagjöf eða leita annarra ráða hvað varðar aðferðir barnsins til að nærast.

Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar veiti foreldrum stuðning við ákvarðanatökur þeirra (Lowdermilk o.fl., 2012).

### 2.6.1. Stálmi og sárar geirvörtur.

Stálmi (e. engorgement) er bólga í brjóstavef sem orsakast af auknu flæði blóðs og sogæðavökva til brjóstsins þegar líkaminn byrjar að framleiða mjólk. Það gerist vegna skyndilegra breytinga á hormónum. Þetta á sér stað þrem til fimm dögum eftir fæðingu og stendur yfirleitt yfir í um 24 klukkustundir (Lowdermilk o.fl., 2012). Stálmi getur þó átt sér stað hvenær sem er á brjóstagjafartímanum ef brjóstið er ekki tæmt nægilega vel í hverri gjöf. Til þess að uppræta vandamálið er lagt til að heilbrigðisstarfsfólk fræði mæðurnar og sýni þeim tækni við brjóstagjafarstellingar. Helstu úrræði við stálma er heitur bakstur eða heit sturta fyrir gjöf og kaldur bakstur eftir gjöf, nudda brjóstið til að minnka eymsli og mjólka örlítið úr því. Samkvæmt gömlum húsráðum getur hjálpað til að leggja kálblöð á brjóstin til að lina stálmann. Mikilvægt er að vera í réttri stærð af brjóstahaldara og örva ekki brjóstið að óþörfu. Stálma er vanalega hægt að ráða við án inngripa lyfja (Strong, 2011; Lowdermilk o.fl., 2012).

Mikil óþægindi geta orðið við brjóstagjöf ef sár eða stálmi myndast. Ef sár hafa myndast eða geirvörtur eru aumar, getur verið gott að laga stöðu barnsins, bera þunnt lag af brjóstakremi á geirvörtur og nota brjóstaskeljar til þess að hlífa geirvörtunum (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009). Sár koma oftast vegna þess að barnið opnar munninn ekki nægilega vel þegar það festir sig á



geirvörtuna og nær þar af leiðandi ekki réttu taki. Það að takmarka tíma barnsins á brjóstinu kemur ekki í veg fyrir eymsli í geirvörtunum (Lowdermilk o.fl., 2012).

Þær konur sem eru með sár á geirvörtum hafa marktækt meiri styrk verkja og truflar það frekar brjóstagjöfina en hjá þeim sem eru einungis með aumar geirvörtur. Verkjaupplifun tengist því hversu félagslega virkar konur eru, hvernig skapgerð þeirra er og hvernig þær hvílast. Afleiðingar sársaukans ná því langt út fyrir brjóstagjöfina sjálfa, sérstaklega hjá þeim konum sem upplifa verki sem vara í marga mánuði. Skortur er á gagnreyndri meðferð við aumum geirvörtum og því kemur það ekki á óvart að það er einn af helstu áhrifaþáttum þess að konur hætta ótímabært með börnin sín á brjósti (McClellan o.fl., 2012).

Meðferð við sárum geirvörtum er fyrst og fremst sú að komast að því hvert vandamálið er og reyna að leiðrétta það (Lowdermilk o.fl., 2012). Þá er líka gott að setja brjóstamjólk á geirvörtunarnar, að skipta um brjóstagjafastellingar og að láta lofta um geirvörtunarnar (Strong, 2011).

### **2.6.2. Stíflur og sýkingar.**

Mjólkurgangur sem stíflast (e. clogged milk ducts) leiðir til þess að svæði á brjóstinu verður bólgið og viðkvæmt. Þetta svæði tæmist ekki né mýkist upp við gjöf. Stíflur eru oftast afleiðingar þess að ekki er nægilega mikill flutningur mjólkur úr brjóstinu, sem getur orðið vegna þess að föt eru of þröng, brjóstahaldari passar illa eða notuð er ávallt sama stelling við gjöf (Lowdermilk o.fl., 2012).

Til að forðast stíflur og bólgur í brjóstunum þurfa mæður að koma í veg fyrir að þeim verði kalt, láta barnið drekka vel í gjöfum og láta föt ekki þrengja að brjóstum (Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna, 2009). Ráðlagt er að nota

heita bakstra og leggja barnið oft á brjóst. Gott er að láta það byrja að drekka úr brjóstinu þar sem stíflan er og nudda brjostið á meðan til að losa um stífluna. Einnig er gott að skipta reglulega um brjóstgjafarstillingu (Strong, 2011; Lowdermilk o.fl., 2012). Vísbendingar eru um að stíflur geti leitt til brjóstabólgu (Strong, 2011).

Brjóstabólga (e. mastitis) einkennist af skyndilegri byrjun á flensulíkum einkennum, að meðtöldum hita, kuldahroll, skjálfta og höfuðverk. Kona finnur fyrir staðbundnum verk í brjóstinu, viðkvæmni, roða og hita á brjóstasvæðinu. Meðferð felst í að gefa sýklalyf, hvílast vel og leggja barnið reglulega á brjostið (Lowdermilk o.fl., 2012).

### **2.6.3. Flatar eða innfallnar geirvörtur.**

Framleiðsla á móðurmjólk ræðst ekki af lögun eða gerð brjósta. Því segir stærð þeirra ekki til um hvernig mæður muni mjólka sé brjóstakirtlavefur til staðar. Hins vegar geta flatar eða innfallnar geirvörtur haft áhrif á hvernig móður gengur að leggja barn sitt á brjóst. Barnið reynir að finna geirvörtuna hvort sem hún er eðlileg, flöt eða innfallin. Ef geirvörtur eru flatar eða innfallnar getur það leitt til þess að barnið nær ekki nægilega miklum hluta af geirvörtunni upp í sig (Wilson-Clay og Hoover, 2013).

Ýmislegt hefur verið ráðlagt í sambandi við hvernig sé hægt að auðvelda þessum mæðrum að hafa börn sín á brjosti. En börn sem eru kraftmikil geta náð að sjúga flatar eða innfallnar geirvörtur út. Ekki er það þó í öllum tilfellum og þá er oft ráðlagt að notast við mjaltavél til þess að móta geirvörtuna fyrir gjöf og hefur hún reynst í mörgum tilvikum árangursrík leið. Ef geirvarta er bjúguð er ráðlagt að setja kaldan bakstur áður en brjostið er handmjólkað fyrir gjöf til þess að móta hana (R. A.

Lawrence og Lawrence, 2011). Brjóstaskeljar hafa einnig reynst vel og eru oft notaðar af konum með innfallnar eða flatar geirvörtur. Það skiptir höfuðmáli að rétt stærð sé notuð og að geirvartan komi fram í skelina þegar barnið sýgur brjóstið. Brjóstaskelin auðveldar barninu að finna geirvörtuna og að ná góðu taki á brjóstinu. Samhliða brjóstaskelinni er gott að nota mjaltavél til þess að nægileg örvun verði á brjóstunum og þannig verði mjólkurframleiðsla næg (Wilson-Clay og Hoover, 2013).

#### **2.6.4. Of lítil mjólkurframleiðsla.**

Algengt er að mæður upplifi óöryggi að þær mjólki ekki nóg fyrstu dagana eftir fæðingu. Það er ein af helstu ástæðum þess að konur hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma (Karlstrom, Engstrom-Olofsson, Norbergh, Sjoling og Hildingsson, 2007). Algengt er að fyrstu dagana eftir fæðingu myndist stálmi og spenna í brjóstunum, þegar spennan minnkar geta konur upplifað að þær hafi ekki nægilega mjólk. Einnig tengja þær oft óróleika barnsins við að það sé ekki að fá nóg (Embætti landlæknis, 2013).

Ef mæðurnar fá fræðslu um að seinkuð mjólkurmyndun geti verið eðlilegur hluti af mjólkurferlinu, sýna þær frekar skilning á þessu tímabundna ástandi. Hins vegar eru þær sem ekki fá fræðslu líklegri til að gefast frekar upp á brjóstagjöfinni strax og gefa þurrmjólk (Teich o.fl., 2014). Ef mæður vilja notast við þurrmjólk minnkar mjólkinn í brjóstunum vegna skorts á örvun. Hjúkrunarfræðingar ættu að upplýsa konurnar um þær breytingar sem eiga sér þá stað (Lin, Lee, Yang og Gau, 2011).

### 2.6.5. Sveppasýking á brjóstum

Aumar geirvörtur, eftir að vandamál í byrjun brjóstagjafar hafa liðið hjá, eru oftast af völdum sveppasýkingar (e. candidiasis). Mæður lýsa miklum verkjum sem fylgja sýkingunni og geirvartan verður mjög viðkvæm. Óþægindin eiga sér stað á meðan gjöf varir og eftir hana. Sveppasýkingin getur komið fram sem útbrot, litlar blöðrur eða þruska. Börnin geta verið með einkenni sveppsins en þó er það ekki algilt. Börnin geta fengið þrusku í munninn og ef til vill rauð og upphleypt útbrot á bleiusvæðið (Lowdermilk o.fl., 2012).

Meðferð við sveppasýkingu á geirvörtum er oftast að bera krem til þess að uppræta sveppinn. Það er þá borið á geirvörtuna og samhliða því er barninu gefið lyf um munn. Sumar mæður fá ráðleggingar, fræðslu og leiðbeiningar með réttar stellingar (Strong, 2011). Mikilvægt er að bera kennsl á sveppasýkinguna og hefja meðferð fljótt þar sem mikil óþægindi geta skapast af henni og hætt er við að konur gefist upp á brjóstagjöfinni vegna verkja (Lowdermilk o.fl., 2012).

## 2.7. Andleg líðan

Á meðgöngu sjá margar mæður fyrir sér að brjóstagjöf sé náttúruleg aðferð til að næra börn sín og eru oft ekki undirbúnar fyrir það sem getur farið úrskaiðis (Larsen og Kronborg, 2013). Rannsókn Askelsdottir, Jonge, Edman og Wiklund (2012) sýndi fram á að samræmd fræðsla um brjóstagjöf, samfelld þjónusta og hvatning frá fagaðilum, heimavitjanir eftir fæðingu, traust í samskiptum auk einstaklingsmiðaðs stuðnings hafi jákvæð áhrif á líðan móður og framvindu brjóstagjafar.

O'Brien, Buikstra og Hegney (2008) gerðu rannsókn á áhrifum andlegrar líðanar á brjóstagjöf kvenna. Meðal þeirra þátta sem höfðu áhrif á lengd og gæði

brjóstagjafar voru kvíði, bjartsýni kvennanna til árangursríkrar brjóstagjafar, sjálfstraust til að gefa brjóst, væntingar til brjóstagjafar, trú á mikilvægi brjóstamjólkur fyrir barnið og áætluð lengd brjóstagjafar. Þær konur sem höfðu lítið sjálfsálit og trúðu því ekki að brjóstagjöfin myndi ganga upp voru líklegri til að hætta brjóstagjöf mun fyrr en þær sem trúðu því að brjóstagjöfin myndi ganga vel.

Sumar mæður þurfa að hætta brjóstagjöf gegn vilja sínum en það getur verið viðkvæmt mál þar sem hún er álitin vera það heilsusamlegasta fyrir móður og barn (Larsen og Kronborg, 2013). Þegar sú ákvörðun er tekin að hætta með barnið á brjósti finna mæður oft fyrir leiða en aðrar finna fyrir létti. Þær konur sem komast yfir erfiðleikana eru oftast ánægðar með sína brjóstagjöf en þær sem ekki komast yfir vandamálin upplifa frekar sektarkennd og vonbrigði (Forster og McLachlan, 2010).

### **2.7.1. Þunglyndi og kvíði.**

Rannsókn Adedinsewo, Fleming, Meaney og Girard (2014) sýndi fram á að snemmbúinn kvíði mæðra eftir fæðingu minnkar líkur á því að þær hafi barn sitt á brjósti til ráðlags tíma. Því er hægt að líta svo á að kvíði sem byrjar eftir fæðingu sé hugsanleg hindrun fyrir brjóstagjöf og því er tilefni til þess að ætla að það hafi áhrif á heilsu barns.

Þegar konur þurfa að glíma við margar áskoranir við brjóstagjöf veldur það oft vonbrigðum og depurð. Þessar neikvæðu tilfinningar leiða af sér þreytu og konurnar hætta með barnið á brjósti fyrir áætlaðan brjóstagjafartíma. Þelagjöf getur verið þessum mæðrum ákveðinn léttir með því að fjarlægja streituvalda í tengslum við brjóstagjöfina. Barn sem fær þurrmjólk í pela þarf ekki að drekka eins ört og barn sem fær brjóstamjólk. Konur gætu gripið til þess ráðs í von um að framlengja svefn

barnsins. Það að barnið sofi lengur getur verið mikill léttir þar sem það gerir mæðrunum kleift að yfirstíga sín eigin svefnvandamál og því geta þær tekist betur á við ákveðna streituþætti og neikvæðar tilfinningar sem tengjast barnsburðinum (Gaffney, Kitsantas, Brito og Swamidoss, 2014). Verkir, þreyta og streita geta valdið hömlun á losun oxýtósins og komið í veg fyrir að eðlilegt mjólkurlosunarviðbragð við brjóstgjöf eigi sér stað. Mikilvægt er að finna streituvaldana og gefa móðurinni tækifæri til að segja frá vanlíðan sinni, einnig að tryggja henni nægan svefn og finna úrræði ef hún er með verki. Ef hægt er að aðstoða móður varðandi þessa þætti getur það haft jákvæð áhrif á brjóstgjöfina (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011).

Tengslin á milli persónuleika móður og brjóstgjafar eru skýr. Þær mæður sem eru samviskusamar og hafa tilfinningalegan stöðugleika eru marktækt líklegri til þess að hefja og viðhalda brjóstgjöf til lengri tíma. Einnig er hægt að setja viðhorf og reynslu í þetta samhengi. Hugsanlega hafa þessir þættir sitt að segja vegna þess að þessar mæður hafa meira sjálfstraust til þess að gefa brjóst (Brown, 2013).

Mæður haldnar fæðingarþunglyndi sýna minni ákafa í að brjóstfæða barn sitt og eru fljótari að grípa til þess að bæta við þurrmjólk, samanborið við konur sem mælast ekki með fæðingarþunglyndi. Því er mikilvægt að konur fái nauðsynlegan stuðning við brjóstgjöf þegar þær upplifa fæðingarþunglyndi (Gaffney o.fl., 2014). Einkenni kvíða og fæðingarþunglyndis geta orðið til þess að konur hætta brjóstgjöf. Að sama skapi getur það að hætta brjóstgjöf leitt af sér aukin einkenni kvíða og fæðingarþunglyndis sex mánuðum eftir fæðingu (Ystrom, 2012). Mörg einkenni þunglyndis og kvíða geta komið í veg fyrir að konur leiti sér stuðnings af fyrra bragði og eiga þær oft erfitt með að takast á við neikvæð viðhorf annarra á þessum álagstíma (Brown, 2013). Skima þarf fyrir fæðingarþunglyndi hjá þeim konum sem

upplifa mörg einkenni þunglyndis fljótlega eftir fæðingu svo hægt sé að grípa fljótt og örugglega inn í (Gaffney o.fl., 2014).

## 2.8. Fæðing eða keisari

Konur sem gangast undir keisara eru líklegri til þess að hafa minna framboð af mjólk ef þær eru bornar saman við konur sem eiga börn sín í gegnum fæðingarveg (Karlstrom o.fl., 2007). Önnur rannsókn styður einnig við þessar niðurstöður en þar kom í ljós að frumbyrjur sem fóru í keisara voru marktækt líklegri til að hafa seinkaða mjólkurframleiðslu heldur en þær sem áttu barn sitt um fæðingarveg. Því er ef til vill hægt að rekja snemmbúin vandamál við brjóstgjöf til fæðingarmáta en einnig þarf að taka tillit til tíðni gjafa (Matias, Nommsen-Rivers, Creed-Kanashiro og Dewey, 2010). Tíðni brjóstgjafar strax eftir fæðingu er hærri hjá þeim konum sem eiga börn sín um fæðingarveg heldur en þegar barn er tekið með keisara. Þegar um keisara er að ræða líður lengri tími frá því að börn eru fædd og þangað til þau eru lögð á brjóst. Enginn munur fannst á milli fyrirfram ákveðins keisara og bráðakeisara. Við útskrift af fæðingardeild var mun hærri tíðni brjóstgjafar hjá þeim konum sem áttu börn sín um fæðingarveg og einnig eftir nokkra mánuði. Það að leggja nýburann strax á brjóst móður er mikilvægt til að auka líkur á brjóstgjöf hjá keisarakonum (Zanardo o.fl., 2010).

Samkvæmt bandarískri rannsókn eru konur sem fæða barn sitt um fæðingarveg en hafa fyrri sögu um keisara líklegri til þess að hefja og viðhalda brjóstgjöf heldur en þær konur sem hafa sögu um endurtekna fyrirframákveðna keisara. Áhrifaþættir þess að konur ákveða að fara í keisara geta einnig haft áhrif á

hvort konur ætli sér að gefa brjóst í kjölfar fæðingu barns (Regan, Thompson og DeFranco, 2013).

Rannsókn leiddi í ljós að þær konur sem eiga börn sín með keisara upplifi brjóstgjöf frekar sem streituvaldandi þátt í samanburði við konur sem eiga börn sín um fæðingarveg. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar upplifa keisarakonur frekar vandamál við brjóstgjöf nokkrum mánuðum eftir fæðingu (Carlander, Edman, Christensson, Andolf og Wiklund, 2010). Mæður og nýfædd börn þeirra ættu ekki að vera aðskilin fyrsta sólarhringinn eftir fæðingu svo að móðirin geti sett barnið á brjóst eins oft og það vill. Það ýtir undir sjálfstraust móður vegna brjóstgjafarinnar og leiðir því til aukinnar tíðni brjóstgjafar og mjólkurframboðs (Lin o.fl., 2011).

Áhrifaþættir þess hvernig keisarakonur upplifa sitt mjólkurframboð geta verið margir. Þeir felast meðal annars í því hversu mörg börn þær eiga fyrir, hvort þær fengu deyfingu eða svæfingu, hversu fljótt þær hófu brjóstgjöf og hvort þurrmjólk var gefin strax eftir fæðingu. Hjúkrunarfræðingar ættu að hvetja mæður til þess að byrja að gefa brjóst sem fyrst eftir fæðingu hvort sem barnið fæðist um fæðingarveg eða með keisara. Niðurstöður sýndu að mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk sé meðvitað um áhrif deyfingar og svæfingar á soggetu nýburans. Einnig getur tilfinningaleysi eftir keisarann haft neikvæð áhrif á hvernig móðirin upplifir mjólkurframboð sitt. Það að keisarakonur setji börn sín fljótt á brjóst eftir að barnið er fætt hefur veruleg áhrif á að brjóstgjöf sé árangursrík (Lin o.fl., 2011).



## 2.9. Stuðningur við brjóstagjöf

Stuðningur skiptir höfuðmáli fyrir mæður til að viðhalda árangursríkri brjóstagjöf. Margir þættir geta haft áhrif á ákvörðun mæðra til brjóstagjafar, svo sem fjölskylda og vinir, yfirmenn og vinnufélagar, fjölmiðlar og samfélagið í heild. Rannsóknir hafa sýnt að konur sem hafa þekkingu og fá stuðning við brjóstagjöf eru líklegri til að hafa barnið sitt á brjósti og viðhalda brjóstagjöfinni til ráðlagðs tíma. Breyta þarf viðhorfi þjóðfélagsins í heild, en ekki aðeins mæðra til að auka tíðni brjóstagjafar (Kornides og Kitsantas, 2013).

### 2.9.1. Fjölskyldan

Meiri líkur eru á því að mæður eigi árangursríkt og ánægjulegt brjóstagjafartímabil ef fjölskylda þeirra og maki eru jákvæð gagnvart brjóstagjöfinni og hafa færni til þess að veita þeim nauðsynlegan stuðning (Clifford og McIntyre, 2008). Algengt er að konur fái aðallega upplýsingar um brjóstagjöf frá fjölskyldu sinni (Lu, Li, Ma, Xia og Christensson, 2011).

Nánir aðstandendur þurfa að hafa þekkingu og skilning á kostum brjóstagjafar og þeim ávinningi sem hún hefur fyrir móður og barn. Æskilegt er að meðlimir innan fjölskyldunnar geti aðstoðað móðurina við brjóstagjafir og geti brugðist við algengum vandamálum sem upp geta komið. Stuðningur við móður getur skilað sér í auknu sjálfstrausti hennar og ýtt undir ánægjulega og árangursríka reynslu af brjóstagjöf (Lowdermilk o.fl., 2012). Miklu máli skiptir að fjölskyldumeðlimir hvetji móðurina ef vandamál koma upp. Stuðningur við móður um hollt og gott mataræði skiptir einnig máli til að viðhalda góðri mjólkurframleiðslu. Það sem dregur konurnar niður er ef

meðlimir innan fjölskyldunnar telja barnið alltaf vera svangt og hafa ekki trú á því að brjóstagjöfin gangi nógu vel (Lu o.fl., 2011).

Makar eru oft helstu stuðningsaðilar mæðra við brjóstagjöf og er stuðningur þeirra því mikilvægur. Makar þurfa að vera meðvitaðir um það að brjóstamjólkin er sú besta fyrir barnið og að þeir geta hjálpað móðurinni við brjóstagjöfina. Mörgum mökum getur fundist þeir vera skilnir útundan og hafa ekkert um þetta að segja. Þeir telja að brjóstagjöfin geti komið í veg fyrir nánd þeirra við móðurina. Konur sem fá jákvæðan stuðning frá mökum sínum hafa hærra sjálfstraust og verða öruggari við brjóstagjöfina en þær sem fá neikvætt viðhorf frá maka sínum (Mannion, Hobbs, McDonald og Tough, 2013). Gott er að makar upplifi brjóstagjöfina með konunni og taki þátt í því sem henni fylgir. Þannig verður hann meðvitaðri um allar helstu þarfar konunnar og barnsins meðan á brjóstagjöf stendur (Schmied, Beake, Sheehan, McCourt og Dykes, 2011).

### 2.9.2. Heilbrigðisstarfsfólk

Gæði stuðnings við brjóstagjöf, kennsla og úrræði segja mikið til um árangur brjóstagjafar. Heilbrigðisstarfsfólk ætti að vera virkt í því að efla, mennta, veita ráðgjöf og styðja konur við brjóstagjöf (Strong, 2011). Til að veita fullkominn stuðning við brjóstagjöf þarf heilbrigðisstarfsfólk að veita mæðrunum eftirfylgni eftir útskrift af spítala og efla fjölskyldur þeirra til að taka þátt í upplifuninni með konunni (Lu o.fl., 2011).

Í mæðravernd getur verið gagnlegt fyrir hjúkrunarfræðinga eða ljósmæður að skilja áhrif persónuleika mæðra á brjóstagjöf til að finna þær sem gætu þurft á auknum stuðningi að halda (Brown, 2013). Þær mæður sem þurfa að hætta

brjóstagjöf af einhverjum ástæðum þurfa aukinn stuðning og umhyggju frá heilbrigðisstarfsfólki (Larsen og Kronborg, 2013).

Í niðurstöðum rannsóknar Hegney, Fallon og O'Brien (2008) kom fram að konur sem höfðu barnið sitt á brjósti leituðu mikið aðstoðar hjá heilbrigðisstarfsfólki. Þær voru því líklegri til að geta sigrast á vandamálum sem komu upp á brjóstgjafartímabilinu og voru óhræddar við að ræða stuðning maka, fjölskyldunnar og heilbrigðisstarfsfólks. Margar hverjar leituðu svara hjá nokkrum fagaðilum og fannst oft verða yfirþyrmandi að velja hverju skal fara eftir. Því er gott að konur velji sér einn heilbrigðisstarfsmann sem þær treysta og leita ráða hjá. Þær konur sem voru ekki með barnið sitt á brjósti ræða aðra hluti, eins og að þeim fannst þær vera einangraðar, ræddu viðhorf fjölskyldunnar og pressu samfélagsins að hafa barnið á brjósti.

Samband milli ljósmæðra og mæðra snýst að miklu leyti um að ljósmæður gefi sér tíma til að tala um brjóstagjöf við móðurina og taki þátt í hennar persónulegu upplifun af brjóstagjöfinni. Myndun meðferðarsambands á sér ekki stað nema ljósmóðir gefi sér tíma til að kynnast móðurinni, mæta tilfinningalegum þörfum hennar og veita henni hagnýtar upplýsingar. Mikið vinnuálag ljósmæðra hefur áhrif á myndun sambandsins. Samskiptin verða samhengislaus og tengjast ekki persónulegri upplifun konunnar. Vaktaskiptingar ljósmæðra og stuttur legutími mæðra hefur einnig áhrif á samskiptin. Gagnlegt er að ljósmæður myndi traust meðferðarsamband við mæður bæði til að auka gæði þjónustunnar og til að bæta reynslu þeirra á umönnun eftir barnsburð (Dykes, 2005).

Helsti stuðningur sem heilbrigðisstarfsfólk veitir mjólkandi mæðrum er fræðsla og aðstoð við brjóstagjöf. Konurnar vilja heyra raunverulegar upplýsingar um

persónulega og verklega þætti brjóstagjafar á jákvæðan en raunsæjan hátt (Schmied o.fl., 2011). Þær konur sem verða fyrir hindrunum við brjóstagjöf og fá ekki stuðning frá heilbrigðisstarfsfólki eru ólíklegar til að halda brjóstagjöf áfram (Strong, 2011).

### 2.9.3. Baby Friendly Hospital Initiative

Árið 1991 kom UNICEF og the World Health Organization (WHO) með stefnuna 'Baby-Friendly Hospital Initiative' (BFHI). Stefnan gengur út á það að sjúkrahús veiti fullkominn stuðning við brjóstagjöf nýorðinna mæðra (UNICEF, 2005). Stefnan stuðlar að, styður og hvetur til brjóstagjafar sem hagkvæmstu leið fyrir konur að næra barn sitt. Allt starfsfólk Baby-Friendly sjúkrahúsa sýnir móðurinni stuðning við næringu barna hennar, sama hvaða leið hún velur. Starfsfólk á að geta veitt þeim mæðrum sem velja að gefa þurrmjólk fræðslu um það hvernig best er að haga slíkri gjöf fyrir móður og barn (Department of Health, Western Australia, 2012).

Sjúkrahús fara í gegnum tíu þrep til að geta fengið tilnefninguna 'Baby-Friendly'. Sjúkrahúsið skal hafa skriflega stefnu um brjóstagjöf sem allt starfsfólk sjúkrahússins þarf að tileinka sér. Heilbrigðisstarfsfólk fær þjálfun sem er nauðsynleg til að framfylgja þessari stefnu. Fræða þarf allar barnshafandi konur um kosti og lagni við brjóstagjöf og aðstoða þær við að hefja brjóstagjöf innan hálftrar klukkustundar frá fæðingu. Sýna skal mæðrum brjóstagjafartækni og hvernig eigi að viðhalda brjóstagjöf þrátt fyrir að móðir og barn þurfi að vera aðskilin. Nýburi skal ekki fá annað en brjóstamjólk nema ef heilsufarsleg rök liggja að baki. Móðir og barn eiga að fá að verja 24 tímum sólahringsins saman. Heilbrigðisstarfsfólk skal hvetja mæður til brjóstagjafar eftir ráðleggingum. Ekki skal gefa nýfæddum börnum snuð eða túttur samhliða brjóstagjöf. Heilbrigðisstarfsfólk skal styðja uppbyggingu stuðningshópa,

vísa mæðrum á þá og hvetja þær til þátttöku fyrir útskrift af sjúkrahúsi (UNICEF, 2005). Allt starfsfólk sjúkrahússins á að fá mikilvæga kennslu um brjóstagjöf og þrepin tíu. Starfsfólk á að vera hæft til að geta ráðlagt konum við brjóstagjöf og geta veitt þeim góðar aðstæður til að gefa barni sínu brjóst. Starfsfólk Baby-friendly sjúkrahúsa á einnig að fá fullkominn stuðning til að geta verið með barn á brjósti þrátt fyrir að hafa snúið aftur til vinnu. Mæður eiga að fá reglulegar pásur og sveigjanleika frá yfirmanni til að geta gefið barni sínu brjóst á vinnutíma (Department of Health, Western Australia, 2012).

Tíu þrepa kerfi BFHI hefur haft jákvæðar breytingar í för með sér um allan heim. Með innleiðingu BFHI hefur tekist að kynna málefni brjóstagjafar til almennings og áhersla hefur verið lögð á brjóstagjöf á alþjóðlegum grundvelli (UNICEF, 2005). Í niðurstöðum brasilískrar rannsóknar kom fram að fljótlega eftir innleiðingu BFHI jókst tíðni brjóstagjafar og meðal brjóstagjafartími lengdist. Börn sem fæddust árið 1994 fengu eingöngu brjóstamjólk að jafnaði í einn mánuð, fljótlega eftir innleiðingu BFHI lengdist meðal brjóstagjafartími í tvo mánuði, eða hjá börnum fædd 1999 (Braun, Giugliani, Soares, Giugliani, Oliveira og Danelon, 2003).

## 2.10. Persónulegir áhrifaþættir

Bakgrunnur kvenna segir mikið til um það hvort konur hafa barnið sitt á brjósti eða ekki. Viðhorf kvenna til brjóstagjafar skiptir höfuðmáli, þær sem hafa jákvætt viðhorf eiga auðveldara með að sætta sig við og komast í gegnum vandamál við brjóstagjöf (Hegney o.fl., 2008). Algengir áhættuþættir þess að konur hætta með börn sín á brjósti fyrir áætlaðan tíma eru reykingar á meðgöngu, keisaraskurður, frumbyrjur, mænudeyfing í fæðingu og snuðnotkun á sjúkrahúsum. Persónulegir

þættir geta haft áhrif á ánægju kvenna af brjóstagjöf og aukið líkur á vandamálum eins og sárum geirvörtum, ónógri mjólkurframleiðslu og sogvandamálum hjá barninu (Labarére o.fl., 2012). Nauðsynleg lyfjainntaka og heilsa móður eða barns getur valdið því að kona þarf að hætta með barnið sitt á brjósti (Odom, Li, Scanlon, Perrien og Grummer-Strawn, 2013).

Mæður sem eiga sitt þriðja eða fjórða barn eru líklegri til að hafa börn sín á brjósti í lengri tíma en þær mæður sem eiga sitt fyrsta eða annað barn. Lítil munur er á brjóstagjafarlengd þeirra sem eiga sitt fyrsta barn og þeirra sem eiga sitt annað barn (Gudnadottir, Gunnarsson og Thorsdottir, 2006). Konur sem hafa verið með barn á brjósti áður eru líklegri til að geta yfirstigið vandamál sem geta komið upp á meðgöngunni. Fjölbýrjur geta nýtt reynslu sína og lært af mistökum fyrri brjóstagjafa til að geta upplifað betra brjóstagjafartímabil en áður (Kronborg og Kok, 2011).

### **2.10.1. Menntun og atvinna**

Niðurstöður bandarískrar rannsóknar leiddu í ljós að konur sem voru í fullu starfi fóru oft fljótt aftur til vinnu eftir fæðingu barnsins, en það gat haft áhrif á það að þær hættu brjóstagjöf snemma. Heimavinnandi konur voru því oft taldar líklegri til að hafa barnið sitt á brjósti til ráðlags brjóstagjafartíma en þær sem voru í fullu starfi. Hins vegar voru konur sem höfðu lengra en sex vikna fæðingarorlof líklegri til að hefja brjóstagjöf en heimavinnandi konur (Mandal, Roe og Fein, 2010).

Í bandarískri rannsókn Fein, Mandal og Roe (2008) voru aðrir áhrifaþættir skoðaðir og kom þar í ljós að konur í fullu starfi voru líklegri til að hafa barnið lengur á brjósti. Áhrifaþættirnir voru meðal annars hærri aldur, meiri menntun, hærri tekjur og hjónaband. Konur sem fóru að vinna mánuði eftir fæðingu héldu brjóstagjöf

áfram að meðaltali í 25,6 vikur eftir að hafa komið aftur til vinnu. Vinsælast þótti að mjólka sig eða hafa barnið með sér í vinnuna ef það var í boði.

Til þess að þetta gangi upp þurfa konurnar að fá tíma til að pumpa sig í vinnunni, en það krefst stuðnings og sveigjanleika frá yfirmönnum og samstarfsfólki. Fræðsla kvenna og samstarfsfólks um mikilvægi brjóstagjafar hefur jákvæð áhrif á lengd hennar og atvinnu móður (Tsai, 2014). Til þess að konurnar haldi áfram hefðbundinni mjólkurframleiðslu þurfa þær að mjólka sig á þriggja til fjögurra klukkustunda fresti. Brjóstamjólkin geymist vel í kæli í allt að fimm daga (Rojjanasrirat, 2004).

Meiri menntun og reynsla kvenna hefur góð áhrif á viðhorf þeirra til brjóstagjafar (Wallis ofl., 2008; Gudnadottir o.fl., 2006). Konur sem hafa litla menntun eru að jafnaði minna með barnið sitt á brjósti og í styttri tíma en þær sem hafa meiri menntun (Colodro-Conde o.fl., 2011). Íslensk rannsókn styður einnig þessar niðurstöður, en helmingur kvenna með framhaldsmenntun hafði barn sitt eingöngu á brjósti fjórum mánuðum eftir fæðingu en aðeins 24% kvenna sem voru ekki með framhaldsmenntun. Aðeins tæplega 10% af öllum mæðrum í rannsókninni voru með barnið sitt eingöngu á brjósti sex mánuðum eftir fæðingu. Meðal brjóstagjafartími framhaldsmenntaðra mæðra var 3,4 mánuðir, sem er töluvert styttra en ráðlagður brjóstagjafartími (Gudnadottir o.fl., 2006). Ástæðan fyrir þessu getur verið sú að almennar upplýsingar um brjóstagjöf eigi auðveldara með að komast til menntaðra mæðra en þeirra sem eru ekki menntaðar. Aukin menntun getur haft margt í för með sér sem hefur góð áhrif á brjóstagjöf, aukin almenn þekking, betri félagsleg staða, betri atvinna og aðgangur að góðri heilbrigðisþjónustu. Menntun getur einnig haft áhrif á ákvörðun kvenna til brjóstagjafar (Colodro-Conde

o.fl., 2011). Þar sem brjóstagjöf er lengri hjá konum með meiri menntun var ályktað að ein af ástæðum þess gæti verið sú að konur með meiri menntun væru líklegri til að fara eftir opinberum ráðleggingum en þær sem höfðu minni menntun (Gudnadottir o.fl., 2006).

### 2.10.2. Offita og reykingar

Konur sem þjást af offitu eru ólíklegri til að hafa barnið sitt á brjósti og hafa barnið að jafnaði styttra á brjósti en þær sem eru í eða undir kjörþyngd (Mehta, Siega-Riz, Herring, Adair og Bentley, 2011; Kronborg, Vaeth og Rasmussen, 2013). Samkvæmt rannsókn Kronborg o.fl. (2013) fá of feitar konur seinna mjólk í brjóstin, hafa minna sjálfstraust við brjóstagjöf, gefa brjóst sjaldnar á sólarhring og glíma við fleiri vandamál við brjóstagjöfina en aðrar mæður.

Rannsóknir hafa verið gerðar á músum til að komast að því hverjar eru ástæður þess að offita hafi í för með sér erfiðari og styttri brjóstagjöf. Í ljós kom að þær mýs sem þjáðust af offitu höfðu víðari mjólkurganga, veggur mjólkurganganna var mun þykkari og ekki eins sveigjanlegur eins og hjá þeim músum sem voru ekki of feitar. Mjólkurgangarnir voru afbrigðilegir í lögun og hindraði það seytingu mjólkur í gegnum þá. Mjólkurkirtlarnir voru einnig ekki eins virkir við að framleiða mjólk eins og hjá þeim músum sem voru ekki of feitar. Rannsakendur töldu líklegt að sama ástæða ætti við um of feitar konur (Kamikawa ofl., 2009).

Amir og Donath (2012) komust að því að matarræði mæðra hafði áhrif á brjóstagjafarlengd. Konur sem borðuðu einn eða fleiri skammta af ávöxtum og grænmeti á dag voru líklegri til að hafa barnið sitt á brjósti og til lengri tíma. Jákvæðu áhrifin jukust eftir því sem skammtarnir urðu fleiri. Hugsanlegt getur verið að þær



mæður sem velja heilbrigðan lífsstíl með því að borða ávexti og grænmeti séu meðvitaðri um það hvað brjóstamjólkin er góð fyrir barnið.

Reykingar geta minnkað mjólkurframleiðsluna og geta haft skaðleg áhrif á barnið. Reykingar hindra seytingu hormónsins prólaktíns og dregur þar af leiðandi úr mjólkurframleiðslu (Gossain, Sherma, Srivastava, Michelakis og Rovner, 1986; Baron, Bulbrook, Wang og Kwa, 1986). Gerð var rannsókn á tengslum reykinga og magns prólaktíns í blóði 109 láglæna kvenna í Santiago, Chile. Konurnar voru allar á 35. til 38. viku meðgöngu, tæpur helmingur þeirra reykti á meðgöngunni en rúmlega helmingur ekki. Í ljós kom að þær konur sem reyktu meira en fimm sígarettur á dag höfðu töluvert minna magn prólaktíns í blóði en þær sem reyktu minna eða reyktu ekki. Minni munur var á milli þeirra kvenna sem reyktu færri en fimm sígarettur á dag og þeirra sem reyktu ekki á meðgöngunni (Salazar, Albala, Yáñez, Serón-Ferré og Vio, 1995). Nikótín fer einnig í gegnum brjóstamjólkina og til barnsins, en ekki er búið að rannsaka nánar hvaða áhrif nikótín hefur á barnið. Konum sem reykja er ráðlagt að reykja ekki innan tveggja tíma fyrir brjóstagjöf og reykja ekki nálægt barninu til að koma í veg fyrir óbeinar reykingar (Lowdermilk o.fl., 2012). Goldade o.fl. (2008) eru á sama máli. Niðurstöður þeirra leiddu í ljós að mæður sem reykja hafa barn sitt síður á brjósti því þær trúa að reykingarnar skerði gæði brjóstamjólkurinnar og séu slæmar fyrir barnið. Í íslenskri rannsókn Gudnadóttir o.fl. (2006) kom einnig í ljós að þær konur sem reyktu höfðu barnið sitt mun styttra á brjósti eingöngu en þær konur sem hættu að reykja á meðgöngu. Aftur á móti voru þær konur sem ekki höfðu reykt með barnið sitt eingöngu á brjósti að jafnaði í lengstan tíma, eða um 3,3 mánuði. Hins vegar kom í ljós að þær mæður sem hættu að reykja á meðgöngu voru með barnið sitt á brjósti í lengri tíma í heild en þær mæður sem ekki höfðu reykt.

Konur sem reykja ekki eru tvisvar sinnum líklegri til að hefja brjóstagjöf en þær sem reykja. Magn reykinga á dag hefur einnig áhrif, konur sem reykja að minnsta kosti pakka á dag eru ólíklegri en þær sem reykja minna magn til að hafa barnið sitt á brjósti. Reykingar eru ein af helstu ástæðum þess að konur hefja ekki brjóstagjöf (Bailey og Wright, 2011).

Fræðsla um reykingar á brjóstagjafartímabili er mikilvæg til að styðja konur í því að viðhalda reykingabindindi og halda brjóstagjöf áfram. Skortur á fræðslu getur valdið því að konur hafi barnið sitt á brjósti þótt þær stundi reykingar daglega vegna þekkingarleysis (Collins, DiSantis og Nair, 2011). Rannsókn hefur sýnt að aukinn stuðningur og fræðsla til kvenna í reykingabindindi hefur töluverð jákvæð áhrif. Tíminn eftir fæðingu barnsins getur verið erfiður og því erfitt að halda reykingaþörfinni niðri. Þær konur sem ekki fá aukna fræðslu og stuðning eru líklegar til að byrja að reykja aftur fljótlega eftir fæðingu. Stuðningurinn getur falist í því að hrósa mæðrunum fyrir að vernda barnið sitt frá þeim alvarlegu áhrifum sem óbeinar reykingar valda (Phillips o.fl., 2012).

### 2.11. Ungar mæður

Rannsókn var gerð í Englandi á viðhorfi til brjóstagjafar hjá táningsmæðrum sem voru að eiga sitt fyrsta barn. Í niðurstöðum rannsóknarinnar kom í ljós að mæður undir 20 ára aldri voru fjórum sinnum líklegri til að velja þurrmjólk fram yfir brjóstamjólk en mæður með fyrsta barn eldri en 20 ára. Samfélagslegir þættir höfðu áhrif á ákvörðun þeirra. Ungum mæðrum þótti pelagjöf vera meira viðeigandi fyrir sig en brjóstagjöf, því þær töldu að litið yrði niður til þeirra fyrir að hafa barnið á brjósti. Þetta viðhorf hafði slæm áhrif á ungar mæður sem kusu frekar brjóstagjöf,

þær voru hræddar um að það yrði hæðst að þeim og hættu þá margar hverjar brjóstagjöfinni. Eldri konum fannst hins vegar að brjóstagjöf myndi bæta ímynd þeirra og töldu sig vera betri mæður fyrir vikið (Dyson, Green, Renfrew, McMillan og Woolridge, 2010).

Samkvæmt annarri rannsókn sem einnig var gerð í Englandi hugsa fáar ungar verðandi mæður um þá valkosti sem fylgja næringu ungbarna. Flestum þeirra fannst skorta fræðslu í mæðravernd hvað varðar næringu ungbarna til að geta tekið upplýsta ákvörðun. Ungum mæðrum þótti brjóstagjöf vera auðveldari kostur en pelagjöf, heilsusamlegra, ódýrara og minni fyrirhöfn. Þær vildu flestar prófa brjóstagjöf en litu á pelagjöf sem öryggisnet, ef brjóstagjöfin gengi ekki upp. Aðeins einn þátttakandi ætlaði sér að hafa barnið einungis á brjósti til sex mánaða aldurs. Algengast var að mæðurnar ætluðu að hafa barnið á brjósti aðeins í nokkrar vikur eftir fæðingu. Flestar þeirra gerðu sér ekki grein fyrir því af hverju ráðlagt er að gefa eingöngu brjóstamjólki til sex mánaða aldurs. Margar þeirra héldu því fram að ávinningi við brjóstagjöf væri náð fyrstu dagana eða vikunnar eftir fæðingu og því fannst þeim erfitt að viðhalda brjóstagjöf í sex mánuði. Ungar mæður sýndu meiri áhuga á því að taka þátt í félagslífinu fljótlega eftir fæðingu. Þess vegna var algengt að þær gáfu brjóst og pela á víxl, þótt þær vissu að það stangaðist á við almennar ráðleggingar (Condon, Rhodes, Warren, Withall og Tapp, 2013).

## 2.12. Menningarbundnir þættir

Menningarleg viðhorf jafnt á við mýtur og misskilning geta haft áhrif á ákvarðanatöku kvenna um brjóstagjöf. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir um mismunandi menningarlega þætti hvað varðar næringu ungbarna (Lowdermilk

o.fl., 2012). Siðferðileg viðmið og viðhorf mismunandi þjóðfélagshópa eru ekki alltaf þau sömu (Dyson o.fl., 2010).

Meðal menningar Múslima er konum ráðlagt að gefa barni sínu brjóst til tveggja ára aldurs. Samt sem áður er lögð mikil áhersla á næði og hógværð kvenna við brjóstagjöf meðal fólks og því grípa konur oft til þeirra ráða að gefa barni sínu þurrmjólk í pela eða mjólka sig (Shaikh og Ahmed, 2006). Samkvæmt niðurstöðum breskrar rannsóknar er algengt að mæðrum finnist óþægilegt að gefa barni sínu brjóst á almannafæri. Þær óttast að það verði starað á þær, þær hæddar af körlum eða beðnar um að hætta gjöfinni. Mörgum ungum mæðrum finnst vandræðalegt að sjá konur gefa barni brjóst á opinberum stöðum (Condon o.fl., 2013). Um helmingur þátttakenda í norski rannsókn Wallis o.fl. (2008) héldu fram að konum ætti að líða vel með að gefa barni sínu brjóst á almannafæri. Hinn helmingur kvennanna taldi að konur ættu að gefa brjóst heima hjá sér eða í einrúmi.

Algengar ráðleggingar frá heilbrigðisstarfsfólki voru að konurnar færu afsíðis að gefa brjóst eða mjólkuðu sig og gæfu barninu pela. Þessar ráðleggingar eru ekki hvetjandi fyrir mæður til að halda brjóstagjöf áfram. Erfitt getur verið að finna jafnvægi milli þess að vilja gefa barninu brjóst og þess að það stangist ekki á við samfélagsleg viðhorf (Condon o.fl., 2013).

### **2.13. Fræðsla**

Vitneskja almennings er ekki mikil um kosti og mikilvægi brjóstagjafar fyrir móður og barn. Almenn fræðsla er því nauðsynleg. Konur hafa að jafnaði aðeins meiri vitneskju en karlar um brjóstagjöf, en mikilvægt er að karlar fái fræðsluna líka.

Almenningur ætti að vita um helstu kosti brjóstagjafar, algengar hindranir sem geta komið upp og hver ráðlagður brjóstagjafartími er (Daly o.fl., 2014).

Margar mæður líta á brjóstagjöf sem náttúrulegan hlut sem gerist af sjálfu sér, en með fenginni reynslu sjá þær að ýmislegt getur farið úrskeiðis. Því er mikilvægt að veita mæðrum fræðslu strax á meðgöngunni til að undirbúa þær fyrir komandi brjóstagjafartímabil. Þær þurfa að vera meðvitaðar um það að börn eru misjöfn og ekki geta allar konur mjólkað. Fræðsla um hugsanlega erfiðleika getur minnkað streitu og komið í veg fyrir áfall kvenna sem ná ekki tökum á brjóstagjöfinni fljótlega eftir fæðingu (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013). Fræðsla um brjóstagjöf snýst að mestu leyti um mikilvægi hennar fyrir heilbrigði barnsins en lítillega um tengslamyndun móður og barns. Það hefur vantað að beina athyglinni að brjóstagjöf í víðara samhengi eins og hvernig konum líður með brjóstagjöfina og hversu lengi þær áætla að gefa brjóst (Forster og McLachlan, 2010).

Hjúkrunarfræðingar eiga að veita mjólkandi mæðrum nákvæmar og hnitmiðaðar upplýsingar um brjóstagjöf á brjóstagjafartímabilinu. Gott er að skapa umræður um brjóstagjöf ásamt því að meta og takast á við þarfir kvennanna á brjóstagjafartímabilinu á einstaklingsbundinn hátt (Chezem, Friesen og Boettcher, 2003).

Hægt er að skipta fræðslunni í fjögur þrep. Fyrsta þrepið er undirbúningsstig með sálfræðilegum og tilfinningalegum stuðningi. Mæðurnar tjá þá tilfinningar sínar og fá svör við spurningum sínum. Á öðru þrepinu er kennsla og þjálfun í undirstöðuatriðum brjóstagjafartækni. Mæðrunum er kennt að nudda brjóstið til að koma mjólkurframleiðslunni af stað ásamt fleiri góðum ráðum til að auðvelda brjóstagjöfina. Þriðja þrepið er svokallað prófunarþrep sem tekur við eftir að

mæðurnar hafa lært rétta tækni. Þá æfa þær sig á þeim þáttum sem þeim er kennt í öðru þrepi. Á fjórða og síðasta þrepinu halda mæðurnar áfram að nýta sér þessa þekkingu og fá eftirfylgni í þrjá mánuði. Á þessu stigi halda mæðurnar dagbók um gang brjóstagjafarinnar og fá aðstoð við að yfirstíga algeng vandamál. Rannsóknir hafa sýnt að slík fræðsla hefur góð áhrif á bæði tíðni og lengd brjóstagjafar (Ahmed, 2008). Margar konur hafa upplifað það á fæðingardeildum að ljósmæður komi barninu fyrir á brjóstinu en kenni þeim ekki réttu handtökin (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013).

Mæðurnar eru alltaf að hitta nýtt starfsfólk og fá mismunandi upplýsingar frá hverjum og einum. Því er mikilvægt að þær fái einhvers konar fræðslubækling eða skriflegar upplýsingar til að fara með heim því þær vita ekki eftir hverju skal fara (Dykes, 2005). Fræðsla mæðra um brjóstagjöf hér á landi einkennist að einhverju leyti af misræmi milli heilbrigðisstarfsfólks (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013). Í niðurstöðum bandarískrar rannsóknar kemur fram að það sem mæðrum fannst mest hvetjandi til að brjóstfæða barn sitt voru upplýsingar af námskeiðum fyrir verðandi foreldra, úr tímaritum, bókum og sjónvarpi (Arora, McJunkin, Wehrer og Kuhn, 2000).

#### **2.14. Mjólkuraukandi ráð**

Myndun brjóstamjólkur ræðst af því hversu mikið og ört barnið drekkur. Ef örvun er ekki nægileg og minna verður um tæmingu brjósts leiðir það til þess að mjólkin minnkar í brjóstunum. Það er því mikilvægt að mæður séu meðvitaðar um það að hægt sé að auka mjólkurmyndun með því að leggja barnið örar á brjóstið (Lowdermilk o.fl., 2012; R. A. Lawrence og Lawrence, 2011).

Til þess að auka mjólkurframleiðsluna þarf barn að hafa frjálsan aðgang að brjóstinu. Ef mjólkurframleiðslan er ekki fullnægjandi er konum ráðlagt að gefa brjóst á að minnsta kosti tveggja klukkustunda fresti yfir daginn og á þriggja tíma fresti yfir nóttina. Mikilvægt er að auka einnig lengd og kraft gjafanna. Gott er að forðast snuðnotkun svo barnið fullnægi ekki sogþörf sinni á því heldur sé fremur lagt á brjóst til að örva mjólkurframleiðslu. Þegar barn á það til að sofna á brjóstinu er gott að handmjólka áfram til þess að auka mjólkurflæðið og koma meiri mjólk ofan í barnið. Gott er að mæður mjólki sig eftir hverja gjöf þangað til mjólkurflæðið hættir. Brjóstanudd getur einnig örvað mjólkurframleiðslu. Gott er að ráðleggja mæðrum að mjólka sig til þess að auka eða viðhalda mjólkurflæði ef barn nær ekki að drekka að vild úr brjóstinu. Til dæmis ef um fyrirbura er að ræða, ef barn er með veikt sog eða ef upp koma veikindi (Embætti landlæknis, 2013).

Notkun lækningajurta er algeng á meðal kvenna sem eru með börn sín á brjósti. Margar hverjar nýta jurtirnar sem ráð til þess að auka mjólkurmyndun hjá sér en mörgum þeirra finnst öruggara að nota jurtir í stað hefðbundinna lyfja (Sim, Sheriff, Hatting, Parsons og Tee, 2013). Þær jurtir sem eru taldar auka mjólkurmyndun eru fenugreek, fennelfræ, nettulauf, kúmen, anis og alfa alfa sem hægt er að fá í hylkjum. Einnig er hægt að fá mjólkuraukandi te sem inniheldur sumar þessara jurta. Ógleðisstillandi lyfið Primperan hefur reynst konum vel en verkun þess á sér stað eftir um það bil tvo sólarhringa. Ein af mikilvægustu ráðleggingunum er að tryggja móður næringarríka og fjölbreytta fæðu og næga vökvainntöku. Hún þarf að hvílast vel og ná góðri slökun þar sem streituhormón hamla mjólkurmyndun en prólaktín hækkar í svefni og því er mjólkurmyndun einna best á næturnar (Embætti landlæknis, 2013).

### 2.15. Stellingar og tækni við brjóstagjöf

Réttar stellingar skipta höfuðmáli fyrir árangursríka brjóstagjöf. Í niðurstöðum rannsóknar Goyal, Banginwar, Ziyu og Toweir (2011) eru konur 95% líklegri til að eiga í vandamálum á borð við sár eða sprungur á geirvörtum, brjóstabólgur og aumar geirvörtur vegna slæmra stellinga og taki barnsins á brjóstinu.

Mikilvægt er að skoða stöðu og stellingu barnsins á brjóstinu. Magi barnsins á að liggja að maga móður og höfuð þess á að vera í línu við búkinn. Munnur barnsins á að vera galopinn, kinnin snerti brjóstið, neðri vörin á að brettast niður og vera vel staðsett undir geirvörtunni. Sog og mjólkurframleiðsla helst í hendur. Þegar mjólkinn fer að streyma í brjóstið fer sog barnsins að ná jöfnum takti og kynging verður greinilegri. Mæður sem tileinka sér slíka tækni eiga síður í vandræðum með brjóstagjöf og varir hún lengur (Kronborg og Vaeth, 2009). Konur sem hafa reynslu af brjóstagjöf með fyrri börn geta haft betri tækni en frumbyrjur (Goyal o.fl., 2011).

Ljósmaður hafa margar viðurkenndar aðferðir til að sýna ýmsa brjóstagjafartækni. Þessar aðferðir geta minnkað sjálfstraust kvenna og ýtt undir pressu við brjóstagjöf. Margar þessara aðferða krefjast snertinga með höndum, en það getur verið óþægilegt fyrir sumar mæður. Oft gleymist að kenna mæðrunum að gera þetta sjálfar og verða þær því óöruggar þegar heim er komið (Dykes, 2005).

### 2.16. Nýja barnið - aukin fjölskylduvernd og aukin samskipti

Þróunarverkefnið Nýja barnið hóf för sína á Heilsugæslustöðinni á Akureyri í formi hugmyndar sem stuðla ætti að bættum tengslum móður, föður og barns. Markmið þessa verkefnis var að þróa aðferðir í heilsuverndarstarfi til þess að hugað yrði jafnt að félagslegum, sálrænum og líkamlegum áhættuþáttum. Ætlunin með



Þessu verkefni var að nýta regluleg samskipti í ungbarna- og mæðravernd til þess að skilja og greina þá tilfinninga- og félagslegu áhættuþætti sem snerta fjölskyldur og finna úrræði í samvinnu við þær. En talið er að á þessum tímapunkti sé auðveldara að ná góðu samstarfi við fjölskyldurnar um úrbætur. Lögð var áhersla á að þjálfa starfsfólk heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri til þess að afla upplýsinga sem þörf var á, miðla þeim á milli ólíkra starfshópa og hvernig nýta mætti þessar upplýsingar til að skapa heilsuvernd sem hentar misjöfnum þörfum skjólstæðinganna (Anna Karólína Stefánsdóttir o.fl., 2000).

Fyrir ungbarnavernd hefur þróunarverkefnið bætt þjónustu og aukið samstarf á milli ólíkra starfshópa. Það hefur skapað frekari skilning á tilfinningalegri líðan og högum skjólstæðinga og aukið þjónustu á félagslega og tilfinningalega sviðinu. Verkefnið hefur skerpt á góðri tengslamyndun á milli foreldra og nýja barnsins og stuðlað að betri stuðningi við þau. Litið er á fjölskylduna sem eina heild þar sem tekið er á málum skjólstæðingsins á fleiri sviðum. Hugað er að tilfinningalegum, andlegum, félagslegum og líkamlegum sviðum í þjónustu við skjólstæðinga. Þróunarverkefnið styður vel við foreldra sem fá hvatningu til sjálfshjálpar sem leiðir til aukinnar hæfni þeirra sem umönnunaraðila (Anna Karólína Stefánsdóttir o.fl., 2000).

### **2.17. Samantekt**

Brjóstagjöf hefur góð áhrif á heilsu barns og tengslamyndun milli móður og barns. Margir þættir geta stuðlað að erfiðleikum við brjóstagjöf og jafnvel leitt til þess að móðirin hættir með barnið sitt á brjósti. Algeng vandamál sem geta komið upp eru verkir, sárar geirvörtur, stálmi, sveppasýking á geirvörtum, brjóstabólga, of lítil mjólkurmyndun og/eða mjólkurleki. Margir persónulegir áhrifaþættir geta einnig

skert gæði brjóstagjafar, þar á meðal offita, reykingar, menntun og atvinna. Einnig skiptir hvatning og stuðningur maka og fjölskyldu miklu máli. Hjúkrunarfræðingar í ungbarnavernd gegna veigamiklu hlutverki þegar kemur að brjóstagjöf kvenna. Mikilvægt er að þeir fræði mæðurnar um mikilvægi brjóstagjafar, leiðbeini þeim og hjálpi með algeng vandamál og veiti þeim stuðning.

### 3. kafli - Aðferðarfræði

Í eftirfarandi kafla verður fjallað um þá rannsóknaraðferð sem stuðst verður við og hvernig val á úrtaki mun fara fram. Lýst verður hvernig gagnaöflun fer fram og hvernig unnið verður úr gögnum. Farið verður yfir siðferðileg álitamál fyrirhugaðrar rannsóknar. Í lokin verður fjallað um réttmæti og áreiðanleika sambærilegra rannsókna.

#### 3.1. Rannsóknaraðferð

Í rannsókninni verður stuðst við eigindlega rannsóknaraðferð (e. qualitative research) Vancouver háskólans í fyrirbærafræði. Markmiðið með þessari rannsóknaraðferð er meðal annars að bæta heilbrigðisþjónustu með því að auka skilning á mannlegum fyrirbærum. Fyrirbærafræði Vancouver háskólans byggist á því að hver og einn einstaklingur sjái heiminn með sínum augum og sýn hans mótist af fyrri reynslu hans og hvernig hann túlkar þá reynslu. Til þess að rannsakandi geti fengið heildstæða mynd af einhverju mannlegu fyrirbæri þarf hann að eiga samskipti við einstaklinga sem hafa upplifað þessa tilteknu reynslu sem verið er að rannsaka (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Rannsóknarferli Vancouver skólans hefur sjö meginþætti sem einkenna skólann. Meginþættirnir eru; að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

### 3.2. Val í úrtak

Grundvallarreglur um val á þátttakendum í eigindlegum rannsóknum er að einstaklingarnir hafi persónulega reynslu af því fyrirbæri sem rannsaka á. Samkvæmt fyrirbærafræði Vancouver skólans er misjafnt eftir eðli rannsókna hversu marga þátttakendur þarf til að ná metnun en yfirleitt er um 5-15 þátttakendur að ræða (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Metnun verður þegar upplýsingarnar hafa uppfyllt öll skilyrði um gæði og magn (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Í þýðri rannsóknarinnar verða mæður 18 mánaða barna sem sækja reglulegt eftirlit í ungbarnavernd á Heilsugæslustöðinni á Akureyri. Allir einstaklingar í þýðinu eiga það sameiginlegt að vera konur sem hafa verið með barnið sitt á brjósti. Úrtak verður tilviljunarkennt þar sem valdar verða af handahófi tíu mæður sem komu með börn sín í 18 mánaða skoðun á ákveðnu tímabili. Ef þátttakandi kýs að taka ekki þátt í rannsókninni þá verður annar þátttakandi valinn af handahófi í hans stað. Þær mæður sem ekki hafa haft barn sitt á brjósti og/eða sækja ekki reglulegt eftirlit í ungbarnavernd komast ekki í úrtakið.

Í vali þátttakenda er mikilvægt að fá fólk sem hefur áhuga á því fyrirbæri sem á að rannsaka og einnig getu til að lýsa reynslu sinni (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

### 3.3. Gagnasöfnun og mælitæki

Þau meginhugtök sem við munum notast við í gagnasöfnun verða; brjóstagjöf, ungabörn, mæður, áhrifaþættir og ungbarnavernd.

Þróaður var viðtalsrammi sem samanstendur af níu spurningum sem tengjast rannsóknarspurningunum. Spurningarnar varpa ljósi á þá áhrifaþætti sem verða til

Þess að konur ákveða að hætta með barnið sitt á brjósti og einnig hvað betur mætti fara til þess að brjóstagjöf vari lengur ef hætt er fyrir ráðlagðan tíma.

Rannsakendur taka einstaklingsviðtal við hvern og einn þátttakanda, alls tíu viðtöl. Viðtölin verða í einrúmi, augliti til auglitis þar sem þau eru hljóðrituð og síðar rituð orðrétt eftir upptöku. Þátttakendur munu heyra spurningarnar í fyrsta skipti þegar viðtalið verður tekið.

### 3.4. Siðfræðileg álitamál

Grundvallaratriði í öllum rannsóknum er að uppfylla siðferðilegar kröfur til að virða hagsmuni manna. Til eru fjórar meginreglur sem tilheyra siðfræði heilbrigðisgreina en þær eru; sjálfræði, skaðleysi, velgjörðir og réttlæti. Allar þessar reglur vega misþungt í mismunandi aðstæðum, en mikilvægt er að rannsakandi fari eftir þessum grundvallarreglum við vísindarannsóknir (Sigurður Kristinsson, 2013).

Þátttakendur þurfa að vera vel upplýstir um eðli rannsóknarinnar og hvernig upplýsingar um þá verða birtar. Þeir taka sjálfstæða ákvörðun um þátttöku í rannsókninni og er heimilt að draga þátttöku sína til baka hvenær sem er (Sigurður Kristinsson, 2013). Rannsakendur þróðu upplýsingabréf eftir leiðbeiningum Sigurðar Kristinssonar (2013) þar sem fram kemur heiti rannsóknarinnar, tilgangur hennar, í hverju þátttakan er fólgin, hver áætlaður þáttökutími er og þær áhættur sem gætu stafað af þátttöku í rannsókninni ef einhverjar eru. Vætanlegir þátttakendur skrifa undir upplýsingabréf og samþykkisyfirlýsingu fyrir þátttöku í rannsókninni. Einnig er mikilvægt að gera grein fyrir trúnaði og nafnleynd, en notast verður við tilbúin nöfn til að tryggja það að þátttakendur hljóti ekki skaða af.

Áður en rannsókn er framkvæmd á mönnum hér á landi þarf samkvæmt lögum að fá sérstakt samþykki Siðanefndar. Siðanefnd sér til þess að siðareglum sé framfylgt í fyrirhugaðri rannsókn og metur einnig hugsanlega áhættu sem getur komið á móti gagnsemi hennar, það er að hagsmunir þátttakenda veða þyngra en hagsmunir vísinda. Rannsóknir sem nota gögn úr sjúkraskrá eða lífsýnum þurfa einnig sérstakt samþykki Persónuverndar, en hlutverk Persónuverndar er að annast eftirlit með framkvæmd laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga (Sigurður Kristinsson, 2013).

Rannsakendur munu senda upplýsingabréf um fyrirhugaða rannsókn til Siðanefndar til að fá samþykki fyrir framkvæmd rannsóknarinnar. Einnig þarf að fá samþykki frá Heilsugæslustöðinni á Akureyri og ungbarnavernd, en þeir aðilar fá einnig kynningu á rannsókninni með upplýsingabréfi. Rannsakendur fá leyfi Persónuverndar fyrir því að skoða upplýsingaskrár til að finna viðeigandi þátttakendur í rannsóknina.

### 3.5. Réttmæti og áreiðanleiki

Fyrirbærafræði Vancouver háskólans veltur mikið á þekkingu, aðferðafræðilegri færni, næmleika og nákvæmni rannsakandans. Fyrirbærafræðilegar rannsóknaraðferðir geta veitt verðmætar upplýsingar sem erfitt er að fá á annan hátt. Oft er talað um að rannsakandi í eigindlegri rannsókn sé mælitæki þar sem fræðileg þekking hans og túlkun skiptir miklu máli í niðurstöðum rannsókna. Engir tveir rannsakendur í eigindlegri rannsókn geta komið með sömu

niðurstöðurnar því engir tveir hafa sömu reynslu og fræðasýn að baki (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Meginógnir við réttmæti og trúverðugleika eiginlegra rannsókna eru fjórar:

1. „Vantar fyllri mynd af fyrirbærinu”, rannsakandinn hefði þurft fleiri þátttakendur eða þurft að taka fleiri viðtöl. 2. „Skekkja í úrtaki”, þátttakendur ekki nógu vel valdir eða úrtakið of einsleitt. 3. „Ónóg fagleg fjarlægð”, rannsakandinn fer of nálægt þátttakendum og missir fyrir vikið gagnrýnið auga. 4. „Ótímabær rannsóknarlok”, rannsakandi gefur sér ekki nægan tíma til gagnagreiningar eða lokar rannsókninni of fljótt, niðurstöðurnar verða ekki trúverðugar (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Í rannsókninni verða tíu þátttakendur og gefur það hugmynd að frekara rannsóknarefni. En markmið rannsóknaraðferðarinnar er að auka þekkingu og dýpka skilning á fyrirbærinu sjálfu. Þegar rannsókn er gerð er mikilvægt að rannsakendur sýni hlutleysi og komi ekki með sínar persónulegu skoðanir né reynslu. Þátttakendur gætu einnig sýnt mismikinn áhuga á efninu eða þótt einhverjar spurningar óþægilegar (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Niðurstöður í fyrirbærafræðilegri rannsókn verða til í samvinnu við þátttakendur og því er mikilvægt að nýta vel viðtölin við þá. Mikilvægt er að rannsakandi ígrundi eigin túlkun á ummælum þátttakenda og spyrji sjálfan sig hvort þetta sé rauði þráðurinn í því sem viðmælendurnir hafa verið að segja. Því getur verið kostur að tveir eða fleiri rannsakendur vinni saman að rannsókn þar sem þeir geta sameinað krafta sína, það er færni og þekkingu. Talið er að það geti minnkað líkur á skekkjum. Rannsakandinn þarf einnig að vera gagnrýninn á eigin vinnu til að auka gæði rannsóknarinnar (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Helstu kostir fyrirbærafræði Vancouver háskólans eru að þátttakendur geta staðfest sögu sína að sinni hálfu sem eykur réttmæti og áreiðanleika rannsóknarinnar. En það er einn af megin styrkleikum aðferðarfræðinnar. Helstu gallar eru þeir að rannsakendur hafa oft þá tilhneigingu að sjá ekki það sem þeir búast ekki við og ná því ekki fjölbreytileika viðtalanna. Lokaúrvinnslan krefst lýsingar og túlkunar rannsakandans og þarf að vera byggð alfarið á rannsóknargögnum. Því er mikilvægt að rannsakandi skoði efnið vel og sé gagnrýnninn á eigin túlkun (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Áður en viðtalsrammi var búinn til rýndu rannsakendur í fræðilegar heimildir til þess að dýpka skilning sinn á viðfangsefninu.

### 3.6. Samantekt

Í rannsókninni verður notast við eigindlega rannsóknaraðferð Vancouver háskólans í fyrirbærafræði. Úrtakið verður tilviljunarkennt og til að nálgast viðfangsefni rannsóknarinnar verða tekin einstaklingsviðtöl við þátttakendur. Viðtalsrammi var þróaður af rannsakendum og verður yfirfarinn af ábyrgðarmanni rannsóknarinnar. Tíu viðtöl verða tekin við mæður sem hafa haft barnið sitt á brjósti og sækja reglulegt eftirlit í ungbarnavernd Heilsugsælustöðvarinnar á Akureyri. Rannsakendur munu senda upplýsingabréf um eðli rannsóknar á viðeigandi aðila innan heilsugæslunnar og fá tilskilin leyfi fyrir framkvæmd hennar. Einnig þarf að fá samþykki Siðanefndar fyrir fyrirhugaðri rannsókn ásamt samþykki Persónuverndar til að sækja upplýsingar í gagnagrunn heilsugæslunnar til að velja þátttakendur í úrtak



rannsóknarinnar. Þátttakendur fá kynningarbréf um eðli rannsóknar og taka upplýsta ákvörðun um þátttöku í rannsókninni.

#### 4. kafli - Umræður

Í þessum kafla verður fjallað stuttlega um þá fræðilegu umfjöllun sem fram kemur í kafla tvö. Höfundar varpa fram eigin túlkunum og umræðum um þau atriði sem þeir telja að hafi gildi fyrir hjúkrunarfræðinga. Þar á eftir verða færð rök fyrir gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunar- og ljósmóðurfræði. Í lokin verður gerð stutt samantekt úr efni kaflans.

##### 4.1. Túlkun og umræður á fræðilegri samantekt

Fyrir vinnslu ritgerðarinnar tókum við eftir því í umhverfi okkar að margar konur eru ekki að fara eftir ráðleggingum um brjóstgjafartíma. Þetta vakti áhuga okkar á að kanna málið nánar. Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnun er ráðlagður brjóstgjafartími, að gefa barni eingöngu brjóstamjólki, til sex mánaða aldurs og að einhverju leyti til tveggja ára aldurs (WHO, 2014). Við vildum athuga hverjar eru helstu ástæður þess að konur hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma og þess vegna fórum við yfir helstu vandamál sem upp geta komið á brjóstgjafartímabilinu ásamt því að skoða andlega líðan og persónulega áhrifaþætti.

Brjóstamjólkin inniheldur mikið af mótefnum sem eru mikilvæg fyrir ónæmisvarnir ungabarnsins (R. A. Lawrence og Lawrence, 2011) og einnig fjölmættaðar fitusýrur sem auka þroska heila og sjónar (Thibeau og D'Apollito, 2011). Hún er einnig talin minnka líkur á ýmsum sjúkdómum og dregur verulega úr tíðni ungbarnadauða (UNICEF, 2013). Brjóstamjólkin er því hin fullkomna næring fyrir ungabörn og er sérstaklega sniðin að þörfum þess eftir því sem barnið vex og

þroskast. Einnig á brjóstagjöfin stóran þátt í að efla tilfinningaleg tengsl milli móður og barns og veitir nálægð, hlýju og öryggi (Embætti landlæknis, 2013).

Mikilvægt er að foreldrar séu upplýstir um ávinning brjóstagjafar fyrir börnin, mæður, fjölskyldur og samfélagið (Lowdermilk o.fl., 2012), við teljum það geta stuðlað að aukinni tíðni og lengd brjóstagjafar. Gögn frá heilsugæslustöðvum á árunum 2004–2008 sýndu að aðeins 8% sex mánaða barna var eingöngu á brjósti, miðað við 11% sex mánaða barna á árunum 1999–2003. Heildarbrjóstagjöf árin 2004–2008 var aðeins lengri hjá 6, 8 og 12 mánaða börnum, en þó fengu aðeins 27% barna brjóstamjólki að einhverju leyti við eins árs aldur (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir, 2012).

Brjóstagjöf er flókin og gengur ekki alltaf upp þótt hún sé náttúruleg leið fyrir barn að nærast. Ýmis vandamál geta komið upp eins og verkir, sárar geirvörtur, stálmi, sveppasýking á geirvörtum, brjóstabólga, of lítil mjólkurmyndun og/eða mjólkurleki (Lamontagne o.fl., 2008; Strong, 2011). Með góðri fræðslu er oft hægt að koma í veg fyrir eða draga úr slíkum vandamálum. Máli skiptir að mæður séu meðvitaðar um einkenni þessara vandamála svo hægt sé að grípa fljótt inn í (Lowdermilk o.fl., 2012).

Andleg líðan getur líka haft áhrif á lengd og gæði brjóstagjafar. Þeir þættir sem hafa meðal annars áhrif eru kvíði, bjartsýni kvenna til árangursríkrar brjóstagjafar, sjálfstraust til að gefa brjóst, væntingar til brjóstagjafar, trú á mikilvægi brjóstamjólkur fyrir barnið og áætluð lengd brjóstagjafar (O'Brien o.fl., 2008). Brjóstagjöf getur einnig verið streituvaldandi. Konur geta þurft að glíma við margar áskoranir við brjóstagjöf en það getur vakið upp vonbrigði og depurð. Þessar

neikvæðu tilfinningar leiða af sér þreytu og geta verið orsök þess að konur hætta með barnið sitt á brjósti fyrir áætlaðan tíma (Gaffney o.fl., 2014).

Í fræðilegu samantektinni komum við inn á þessi algengu vandamál og áhrifaþætti sem við teljum að geti verið helstu ástæður þess að konur hætta með börn sín á brjósti. Vandamál sem upp koma við brjóstagjöf hafa oftast en ekki áhrif á ánægju mæðra og geta því leitt til þess að þær hætta með börn sín fyrr á brjósti en áætlað var (Lamontagne o.fl., 2008). Í kaflanum komum við með ráð og lausnir við þessum vandamálum til að hjálpa mæðrum sem eiga í erfiðleikum með brjóstagjöf svo þær geti yfirstigið vandann og viðhaldið brjóstagjöfinni lengur.

Margir persónulegir áhættuþættir hafa áhrif á brjóstagjöf, en þar má nefna reykingar, offitu, frumbyrjur og keisaraskurð (Labarére o.fl., 2012). Atvinna, hærri aldur, meiri menntun, hærri tekjur og að vera í hjónabandi er talið hafa jákvæð áhrif á lengd og tíðni brjóstagjafar (Fein o.fl., 2008). Ungar mæður eru ólíklegri til að hafa barnið sitt á brjósti en eldri konur. Samfélagslegir þættir hafa þar áhrif en margar ungar mæður líta svo á að þelagjöf sé meira viðeigandi kostur fyrir þær en brjóstagjöf (Dyson o.fl., 2010).

Fyrsta brjóstagjöfin eftir fæðingu er mjög mikilvæg og því ættu börn að vera sett á brjóst eins fljótt og auðið er (Lowdermilk o.fl., 2012). Aðstoða þarf mæður við að hefja brjóstagjöf innan hálftrar klukkustundar eftir fæðingu. Baby-Friendly hospital (BFH) herferð UNICEF og WHO gengur út á það að sjúkrahús veiti fullkominn stuðning við brjóstagjöf nýorðinna mæðra. Starfsfólk Baby-Friendly sjúkrahúsa fær sérstaka þjálfun til að geta veitt konum aðstoð við brjóstagjöf og hvatt þær til að halda henni áfram til ráðlags tíma (UNICEF, 2005). Fljótlega eftir innleiðingu BFH jókst tíðni brjóstagjafar og meðal brjóstagjafartími lengdist (Braun o.fl., 2003).

Heilbrigðisstarfsfólk gegnir veigamiklu hlutverki þegar kemur að fræðslu og stuðningi við brjóstagjöf í mæðravernd, í ungbarnavernd, á heilsugæslustöðvum og á sjúkrahúsum (Brown, 2013). Það þarf að vera gott samstarf á milli mæðra- og ungbarnaverndar svo mæður fái áframhaldandi stuðning og eftirfylgni með gang brjóstagjafar. Nýja barnið, þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri, stuðlar að því að auka samskipti milli mæðra- og ungbarnaverndar og skilja og greina þá tilfinninga- og félagslegu áhættuþætti sem snerta fjölskyldur og finna úrræði í samvinnu við þær (Anna Karólína Stefánsdóttir o.fl., 2000). Samband milli ljósmæðra á fæðingardeild og mæðra skiptir miklu máli, ljósmæður verða að gefa sér tíma til að ræða brjóstagjöfina við mæðurnar og veita þeim hagnýtar upplýsingar (Dykes, 2005). Þá tekur ungbarnaverndin við að veita mæðrunum áframhaldandi stuðning og fræðslu (Heilsugæslustöðin á Akureyri, e.d.), en það er mjög mikilvægt svo konur haldi árangursríkri brjóstagjöf áfram.

Stuðningur frá fjölskyldu og maka er mikilvægur. Ef fjölskyldumeðlimir eru jákvæðir gagnvart brjóstagjöfinni og hafa færni til þess að veita móðurinni nauðsynlegan stuðning eru meiri líkur á árangursríku og ánægjulegu brjóstagjafartímabili (Clifford og McIntyre, 2008). Makar mæðranna eru oft helstu stuðningsaðilar við brjóstagjöf. Því er mikilvægt að konur fái jákvæðan stuðning frá mökum sínum, það eykur sjálfstraust þeirra og þær verða öruggari við brjóstagjöfina en þær sem fá neikvætt viðhorf frá maka sínum (Mannion o.fl., 2013).

Fræðsla mæðra um brjóstagjöf hér á landi einkennist að einhverju leyti af misræmi milli heilbrigðisstarfsfólks (Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir, 2013). Þess vegna finnst okkur mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk veiti mæðrum skilvirka fræðslu og að allar mæður fái afhent viðurkennt fræðsluefni, sama hvort það er í

formi bæklinga eða jafnvel tölvupósts. Við trúum því að það gæti borið góðan árangur að konur fái reglulega einfalt fræðsluefni sent með tölvupósti fyrstu sex mánuðina eftir fæðingu. Það gæti hvatt þær áfram til þess að viðhalda árangursríkri brjóstagjöf til ráðlags tíma. Einnig fyndist okkur mikilvægt að gerðar væru klínískar leiðbeiningar fyrir heilbrigðisstarfsfólk á öllum sviðum til að geta veitt mjólkandi mæðrum aðstoð við brjóstagjöf til þess að samræmi sé á milli ráðlegginga heilbrigðisstarfsfólks.

#### **4.2. Gildi fyrirhugaðrar rannsóknar fyrir hjúkrunar- og ljósmóðurfræði**

Fyrirhuguð rannsókn ætti að varpa ljósi á það hverjir séu algengustu áhrifaþættir þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður gætu nýtt niðurstöðurnar til að sjá hverjir algengustu áhrifaþættirnir eru og þar af leiðandi hvaða þættir það eru sem þarf að leggja meiri áherslu á í fræðslu til mæðra og fjölskyldna þeirra. Önnur rannsóknarspurningin ætti að varpa ljósi á það hvað mæðrunum sjálfum finnst að betur mætti fara í ungbarnavernd til að stuðla að farsælli brjóstagjöf meðal íslenskra kvenna. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður gætu nýtt sér þær niðurstöður og tekið þær inn í starf sitt og þannig bætt gæði þjónustunnar.

#### **4.3. Samantekt**

Tíðni brjóstagjafar til ráðlags tíma er ekki nægilega há héraendis þrátt fyrir vitneskju um mikilvægi hennar. Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk geri sér grein fyrir algengum áhættuþáttum þess að konur hætta með börn sín á brjósti og leggi frekari áherslu á fræðslu og stuðning til þessa hóps. Verðandi mæður ættu að vera

upplýstar um mikilvægi brjóstagjafar fyrir heilsu barnsins og algeng vandamál sem geta komið upp á brjóstagjafartímabilinu. Niðurstöðum fyrirhugaðrar rannsóknar er ætlað að varpa ljósi á helstu áhrifaþættina svo heilbrigðisstarfsfólk geti gripið inn í og bætt þjónustu til foreldra til að stuðla að lengri brjóstagiöf.

## 5. kafli - Lokaorð

Mikil áhersla er lögð á mikilvægi brjóstagjafar en samt sem áður gengur hún ekki alltaf upp. Auka þarf tíðni og lengd brjóstagjafar með bættri þjónustu ljósmæðra og hjúkrunarfræðinga og þá sérstaklega í ungbarnavernd. Ýmis vandamál geta komið upp á brjóstagjafartímabilinu þrátt fyrir að brjóstagjöf sé náttúruleg leið fyrir barn að nærast. Mikilvægt er að veita þessum mæðrum góðan stuðning og fræðslu til að yfirstíga vandamál sem eru algengir áhættuþættir þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma.

Oft lenda konur í að misræmi sé á milli ráðlegginga heilbrigðisstarfsfólks og vita ekki eftir hverju skal fara. Því er mikilvægt að fagaðilar samræmi ráðleggingar sínar og aðstoð við mjólkandi mæður eftir klínískum leiðbeiningum. Opna þarf fyrir umræðu um viðfangsefnið í samfélaginu þar sem skortur er á vitneskju almennings um mikilvægi brjóstagjafar og ráðlagða brjóstagjafarlengd. Auðvelda þarf fólki að nálgast þessar upplýsingar. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður eru í góðri stöðu til að miðla þessum upplýsingum til verðandi mæðra í mæðravernd og undirbúa þær fyrir komandi brjóstagjafartímabil.

Við gerð þessarar rannsóknaráætlunar fengum við betri sýn á hvað hjúkrunarfræðingar gegna miklu hlutverki við að styðja og aðstoða konur að komast yfir vandamál við brjóstagjöf. Þetta munum við koma til með að nýta okkur bæði í starfi og daglegu lífi. Við vonum að niðurstöðurnar komi til með að gagnast hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum bæði á sjúkrahúsum og í heilsugæslu til að bæta þjónustuna við mjólkandi mæður og þeirra nánustu fjölskyldu. Við teljum að það sé þörf fyrir frekari rannsóknir á þessu viðfangsefni hér á landi.



### Heimildaskrá

- Adedinsewo, D. A., Fleming, A. S., Meaney, M. J. og Girard A. W. (2014). Maternal Anxiety and Breastfeeding: Findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *Journal of Human Lactation*, 30(1), 102-109. doi:10.1177/0890334413504244
- Aghdas, K., Talat K. og Sepideh B. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, 27(1), 37-40. doi:10.1016/j.wombi.2013.09.004
- Ahmed, A. H. (2008). Breastfeeding preterm infants: An educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing*, 34(2), 125-130.
- Alex, M.R. og MacLellan-Peters J. (2013). The Relationship Among Skin-to-Skin Contact, Breastfeeding, and Mother–Infant Interaction: Implications for Nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(1), 88-89. doi:10.1111/1552-6909.12181
- Amir, L. H. og Donath, S. M. (2012). Maternal diet and breastfeeding: A case for rethinking physiological explanations for breastfeeding determinants. *Early Human Development*, 88(7), 467-471. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.11.002
- Anna Karólína Stefánsdóttir, Hjálmar Freysteinnsson, Hulda Guðmundsdóttir, Björg Bjarnadóttir, Guðfinna Nývarðsdóttir, Magnús Skúlason ... Sigmundur Sigfússon. (2000). *Nýja barnið: Þróunarverkefni Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri*. Reykjavík: Landlæknisembættið.

- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J. og Kuhn, P. (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*, 106(5), 1-5.
- Askelsdottir, B., Jonge, W. L., Edman, G. og Wiklund, I. (2012). Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 29(8), 927-934. doi:10.1016/j.midw.2012.11.001
- Bailey, B. A. og Wright, H. N. (2011). Breastfeeding initiation in a rural sample: Predictive factors and the role of smoking. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 27(1), 33-40. doi:10.1177/0890334410386955
- Baron, J. A., Bulbrook, R. D., Wang, D. Y. og Kwa, H. G. (1986). Cigarette smoking and prolactin in women. *British Medical Journal*, 293, 482-483.
- Bramson, L., Lee, J.W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K. og Melcher, C.L. (2009). Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternal hospital stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130-137. doi:10.1177/0890334409355779
- Braun, M. L. G., Giugliani, E. R. J., Soares, M. E. M., Giugliani, C., Oliveira, P. M. og Danelon, C. M. M. (2003). Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1277-1279.
- Brown, A. (2013). Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 587-598. doi:10.1111/jan.12219

- Carlander, A., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E. og Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(1), 27-34. doi:10.1016/j.srhc.2009.10.001
- Chezem, J., Friesen, C, og Boettcher, J. (2003). Breastfeeding Knowledge, Breastfeeding Confidence, and Infant Feeding Plans: Effects on Actual Feeding Practices. *Jognn*, 32(1), 40-47. doi:10.1177/0884217502239799
- Clifford, J. og McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding? *Breastfeeding Review*, 16(2), 9-19.
- Collins, B. N., DiSantis, K. I. og Nair, U. S. (2011). Longer previous smoking abstinence relates to successful breastfeeding initiation among underserved smokers. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 6(6), 385-391. doi:10.1089/bfm.2010.0076
- Colodro-Conde, L., Sánchez-Romera, J. F., Tornero-Gómez, M. J., Pérez-Riquelme, F., Polo-Tomás, M. og Ordoñana, J. R. (2011). Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: Breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 27(3), 272-278. doi:10.1177/0890334411403929
- Condon, L., Rhodes, C., Warren, S., Withall, J. og Tapp, A. (2013). 'But is it a normal thing?' teenage mothers' experiences of breastfeeding promotion and support. *Health Education Journal*, 72(2), 156-162. doi:10.1177/0017896912437295

- Daly, A., Pollard, C. M., Phillips, M. og Binns, C. W. (2014). Benefits, Barriers and Enablers of Breastfeeding: Factor Analysis of Population Perceptions in Western Australia. *PLoS ONE*, 9(2), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0088204
- Department of Health, Western Australia (2009). *Baby Friendly Hospital Initiative: hospital breastfeeding policy*. Perth: Health Networks Branch, Department of Health, Western Australia (Reviewed 2012). Sótt þann 28. mars 2014 af: <http://www.health.wa.gov.au/CircularsNew/attachments/411.pdf>
- Dictionary.com. (e.d.a). *Breast milk*. Sótt þann 8. apríl 2014 af: <http://dictionary.reference.com/browse/breast+milk>
- Dictionary.com. (e.d.b). *Education*. Sótt þann 8. apríl 2014 af: <http://dictionary.reference.com/browse/education>
- Dykes, F. (2005). A critical ethnographic study of encounters between midwives and breast-feeding women in postnatal wards in England. *Midwifery*, 21(3), 241-252.
- Dyson, L., Green, J. M., Renfrew, M. J., McMillan, B. og Woolridge, M. (2010). Factors influencing the infant feeding decision for socioeconomically deprived pregnant teenagers: the moral dimension. *Birth*, 37(2), 141-149. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00394.x.
- Elín Ösp Gísladóttir og Jónína Einarsdóttir. (2013). Viðhorf mæðra til fræðslu og ráðgjafar um brjóstagjöf: Eigindleg viðtalsrannsókn í mannfræði. *Ljósmæðrablaðið*, 91(1), 7-12.

Embætti landlæknis. (2013). *Ung- og smábarnavernd: Leiðbeiningar um heilsuvernd*

*barna 0-5 ára*. Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt þann 20. febrúar 2014 af:

[http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item21268/2ungbarnavernd\\_leidbeiningar\\_12.05.13.pdf](http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item21268/2ungbarnavernd_leidbeiningar_12.05.13.pdf)

Fein, S. B., Mandal, B. og Roe, B. E. (2008). Success of strategies for combining

employment and breastfeeding. *Pediatrics*, 122(2), S56-S62.

doi:10.1542/peds.2008-1315g

Forster, D. A. og McLachlan, H. L. (2010). Women's views and experiences of breast

feeding: positive, negative or just good for the baby? *Midwifery*, 26(1), 116-

125. doi:10.1016/j.midw.2008.04.009

Gaffney, K. F., Kitsantas, P., Brito, A. og Swamidoss C. S. S. (2014). Postpartum

Depression, Infant Feeding Practices, and Infant Weight Gain at Six Months of Age. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 43-50.

doi:10.1016/j.pedhc.2012.10.005

Manneldisráð og Miðstöð heilsuverndar barna. (2009). *Næring ungbarna*. (2. Útg.).

Reykjavík: Svansprent. Sótt þann 26. febrúar 2014 af:

[http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11448/Naering\\_net.pdf](http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11448/Naering_net.pdf)

Goldade, K., Nichter, M., Nichter, M., Adrian, S., Tesler, L. og Muramoto, M. (2008).

Breastfeeding and smoking among low-income women: Results of a

longitudinal qualitative study. *Birth*, 35(3), 230-240. doi:10.1111/j.1523-

536X.2008.00244.x.

- Gossain, V. V., Sherma, N. K., Srivastava, L., Michelakis, A. M. og Rovner, D. R. (1986). Horminal Effects of Smoking – II: Effects on Plasma Cortisol, Growth Hormone, and Prolactin. *The American Journal of Medical Sciences*, 291(5), 325-327.
- Goyal, R. C., Banginwar, A. S., Ziyoo, F. og Toweir, A. A. (2011). Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling - A hospital-based study in Libya. *Journal of Family & Community Medicine*, 18(2), 74-79. doi:10.4103/2230-8229.83372
- Gudnadottir, M., Gunnarsson, B. S. og Thorsdottir, I. (2006). Effects of sociodemographic factors on adherence to breastfeeding and other important infant dietary recommendations. *Acta Pædiatrica*, 95, 419-424. doi:10.1080/0803520500434769
- Hegney, D., Fallon, T. og O'Brien, M. (2008). Against all odds: A retrospective case controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1182-1192. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02300.x
- Heilsugæslustöðin á Akureyri. (e.d.). *Ungbarnavernd*. Sótt þann 8. apríl 2014 af: <http://www.akureyri.is/heilsugaeslan/ungbarnavernd>
- Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Bryndís Elfa Gunnarsdóttir. (2012). *Brjóstagjöf og næring ungbarna á Íslandi sem fædd eru 2004–2008: Nýjar tölur frá Embætti landlæknis*. Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt þann 11. mars 2014 af: [http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostagjof\\_og\\_næring\\_2004-2008\\_juni.2012.pdf](http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item16573/brjostagjof_og_næring_2004-2008_juni.2012.pdf)
- Íslensk orðabók. (2002). Mörður Árnason (ritstj.). Reykjavík: Edda.

- Kamikawa, A., Ichii, O., Yamaji, D., Imao, T., Suzuki, C., Okamatsu-Ogura, Y., ...  
Kimura, K. (2009). Diet-induced obesity disrupts ductal development in the mammary glands of nonpregnant mice. *Developmental Dynamics: An Official Publication of the American Association of Anatomists*, 238(5), 1092-1099. doi:10.1002/dvdy.21947
- Karlstrom, A., Engstrom-Olofsson, R., Norbergh, K. G., Sjoling, M. og Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 430-440. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 129-136). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Kent, J. (2007). How breastfeeding works. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(6), 564-570. doi:10.1016/j.jmwh.2007.04.007
- Kornides, M. og Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal of Child Health Care*, 17(3), 264-273. doi:10.1177/1367493512461460
- Kronborg, H. og Vaeth, M. (2009). How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(1), 34-42. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00293.x

Kronborg, H. og Kok, G. (2011). Development of a postnatal educational program for breastfeeding mothers in community settings: Intervention mapping as a useful guide. *Journal of Human Lactation*, 27(4), 339-349.

doi:10.1177/0890334411422702

Kronborg, H., Vaeth, M. og Rasmussen, K. M. (2013). Obesity and early cessation of breastfeeding in Denmark. *European Journal of Public Health*, 23(2), 316-322.

doi:10.1093/eurpub/cks135

Labarère, J., Gelbert-Baudino, N., Laborde, L., Baudino, F., Durand, M., Schelstraete, C. og François, P. (2012). Determinants of 6-month maternal satisfaction with breastfeeding experience in a multicenter prospective cohort study.

*Journal of Human Lactation*, 28(2), 203-210.

doi:10.1177/0890334411429114

Larsen J. S. og Kronborg H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful-mother's experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856.

doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x

Lamontagne, C., Hamelin, A. og St-Pierre M. (2008). The breastfeeding experience of women with major difficulties who use the services of a breastfeeding clinic: a descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 17(3), 1-13.

doi:10.1186/1746-4358-3-17

Lawrence , R. A. og Lawrence, R. M. (2011). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (7. útg.). St. Louis: Mosby.

Lin S.Y., Lee, J.T., Yang, C.C. og Gau, M.L. (2011). Factors related to milk supply perception in women who underwent cesarean section. *Journal of Nursing Research*, 19(2), 94-101.

doi:10.1097/JNR.0b013e31821988e9.



- Lowdermilk, D.L., Perry, S. E., Cashion, K. og Alden, K.R. (2012). *Maternity & women's health care* (10. útg.). St. Louis: Mosby.
- Lu, H., Li, H., Ma, S., Xia, L. og Christensson, K. (2011). Perceived family perceptions of breastfeeding and chinese new mothers' breastfeeding behaviors. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 2(4), 143-147. doi:10.1016/j.srhc.2011.08.002
- Mandal, B., Roe, B. E. og Fein, S. B. (2010). The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. *Health Policy*, 97(1), 79-86. doi:10.1016/j.healthpol.2010.03.006
- Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W. og Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 8, 1-7. doi:10.1186/1746-4358-8-4
- Matias, S.L., Nommsen-Rivers, L.A., Creed-Kanashiro, H. og Dewey, K.G. (2010). Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 6(2), 120-133. doi:10.1111/j.1740-8709.2009.00195.x
- McClellan, H.L., Hepworth A. R., Garbin, C.P., Rowan, M.L., Deacon, J., Hartmann, P.E. og Geddes D.T. (2012). Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 28(4), 511-521. doi:10.1177/0890334412444464.

- Mehta, U. J., Siega-Riz, A. M., Herring, A. H., Adair, L. S. og Bentley, M. E. (2011).  
Maternal obesity, psychological factors, and breastfeeding initiation.  
*Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding  
Medicine*, 6(6), 369-376. doi:10.1089/bfm.2010.0052
- Moore, E. R. og Anderson G.C. (2007). Randomized Controlled Trial of Very Early  
Mother–Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of  
Midwifery & Women’s Health*, 52(1), 116-125.  
doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- O'Brien, M., Buikstra, E. og Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors  
on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 397-408.  
doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04722.x
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G. og Grummer-Strawn, L. (2013).  
Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*,  
131(3), e726-e732. doi:10.1542/peds.2012-1295
- Phillips, R. M., Merritt, T. A., Goldstein, M. R., Deming, D. D., Slater, L. E. og Angeles,  
D. M. (2012). Prevention of postpartum smoking relapse in mothers of infants  
in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 32(5), 374-380.  
doi:10.1038/jp.2011.106
- Regan, J., Thompson, A. og DeFranco, E. (2013). The influence of mode of delivery on  
breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a  
population-based study. *Breastfeeding Medicine*, 8(2), 181-186.  
doi:10.1089/bfm.2012.0049.
- Rojjanasrirat, W. (2004). Working women's breastfeeding experiences. *The American  
Journal of Maternal Child Nursing*, 29(4), 222-227.

- Salazar, G., Albala, C., Yáñez, M., Serón-Ferré, M. og Vio, F. (1995). Smoking effects on prolactin at the end of pregnancy. *Nutrition Research*, 15(11), 1599-1604.  
doi:10.1016/0271-5317(95)02030-6
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. og Dykes, F. (2011). Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: A metasynthesis. *Birth*, 38(1), 49.
- Shaikh, U. og Ahmed, O. (2006). Islam and infant feeding. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 1(3), 164-167.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003). Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71-88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sim, T.F., Sheriff, J., Hatting, H.L., Parsons, R. og Tee, L. B.G. (2013). The use of herbal medicines during breastfeeding: a population-based survey in Western Australia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13(1), 317-327.  
doi:10.1186/1472-6882-13-317
- Strong, G.D. (2011). Provider Management and Support for Breastfeeding Pain. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(6), 753-764.  
doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01303.x

- Teich, A. S., Barnett, J. og Bonuck, K. (2014). Women's Perceptions of Breastfeeding Barriers in Early Postpartum Period: A Qualitative Analysis Nested in Two Randomized Controlled Trials. *Breastfeeding Medicine*, 9(1), 9-15.  
doi:10.1089/bfm.2013.0063
- Thibeau, S. og D'Apolito, K. (2011). Review of the Relationships Between Maternal Characteristics and Preterm Breastmilk Immune Components. *Biological Research For Nursing*, 14(2), 207-216. doi:10.1177/1099800411400064
- Tsai, S. (2014). Employee perception of breastfeeding-friendly support and benefits of breastfeeding as a predictor of intention to use breast-pumping breaks after returning to work among employed mothers. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 9(1), 16-23.  
doi:10.1089/bfm.2013.0082
- UNICEF (2005). *The Baby-Friendly Hospital Initiative*. Sótt þann 6. mars 2014 af:  
[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24806.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24806.html)
- UNICEF (2013). *Breastfeeding: Impact on child survival and global situation*. Sótt þann 6. mars 2014 af: [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html)
- Wallis, A. B., Brînzaniuc, A., Cherecheș, R., Oprescu, F., Sirlincan, E., David, I., Dirle, I. A. og Dungy, C. I. (2008). Reliability and validity of the Romanian version of a scale to measure infant feeding attitudes and knowledge. *Acta Paediatrica*, 97(9), 1194-1199. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00914.x
- Wilson-Clay, B. og Hoover, K. (2013). *The Breastfeeding Atlas* (5. útg.). Austin: Barbara Wilson-Clay.
- World Health Organization. (2014). *Infant and young child feeding*. Sótt þann 6. mars 2014 af: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>

Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression:

a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(36), 1-6.

doi:10.1186/1471-2393-12-36

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. og

Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative

Effect on Breastfeeding? *Birth Issues in Prenatal Care*, 37(4), 275-279.

doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x.

### Ítarefni

- Cross-Barnet, C., Augustyn, M., Gross, Susan, Resnik, A. og Paige, D. (2012). Long-Term Breastfeeding Support: Failing Mothers in Need. *Matern Child Health J*, 16, 1926-1932.
- Hall, W. A. og Hauck, Y. (2007). Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 786-795.
- Redshaw, M. og Henderson, J. (2012). Learning the Hard Way: Expectations and Experiences of Infant Feeding Support. *Birth*, 39(1), 21-29.
- UNICEF working paper. (e.d.). *UNICEF and the Global Strategy on Infant and Young Child Feeding (GSIYCF): Understanding the Past – Planning the Future*.
- Zwedberg, S. og Naeslund, L. (2011). Different attitudes during breastfeeding consultations when infant formula was given: a phenomenographic approach. *International breastfeeding journal*, 6(1), 1-8. doi:10.1186/1746-4358-6-1

**Fylgiskjal 1 – Drög að viðtalsramma**

1. Aldur móður?
2. Menntun móður?
3. Hjúskaparstaða móður?
4. Ert þetta fyrsta barn eða áttu börn fyrir?
5. Ef við á, hversu mörg börn áttu?
6. Fæddist barnið í gegnum fæðingarveg eða var það tekið með keisara?
7. Ert þú með barnið þitt á brjósti?
  - a. Ef já:
    - i. Var barnið eingöngu á brjósti fyrstu 6 mánuðina?
      - Ef nei: Hvenær fór barnið að fá ábót við brjóstamjólkina?
    - iii. Hversu oft fær barnið brjóst á sólarhring?
    - iv. Hversu lengir hefur þú hugsað þér að halda brjóstagjöf áfram?
  - b. Ef nei:
    - i. Hversu lengi var barnið eingöngu á brjósti?
    - ii. Hversu lengi var barnið að fá brjóstamjólk með annarri næringu?
    - iii. Hvað varð til þess að þú hættir með barnið á brjósti?
8. Er eitthvað á brjóstagjafartímabili þínu sem þér finnst að hefði mátt fara betur?
9. Er eitthvað sem þú telur að ungbarnavernd geti gert til að lengja brjóstagjafartímabil kvenna?
10. Veistu hver ráðlagður tími brjóstgjafar er samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnun?

**Fylgiskjal 2 – Drög að upplýsingabréfi****Upplýsingablað um rannsókn á:**

*Áhrifaþættir þess að mæður hætta með börn  
sín á brjósti fyrir ráðlagðan brjóstagjafatíma*

Kæri viðtakandi.

Við undirritaðar, Hafdís Guðrún Benidiktsdóttir og Heiða María Elfarsdóttir, erum að vinna að lokaverkefni til útskriftar á B.S. prófi í Hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er María Guðnadóttir, hjúkrunarfræðingur á Barnaspítala Hringins og kennari við Háskólann á Akureyri.

Tilfni þessa bréfs er að óska eftir þátttöku þinni í rannsókn á áhrifaþáttum þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma. Tilgangur rannsóknarinnar er að komast að því hvaða áhrifaþættir verða til þess að mæður hætta brjóstagjöf fyrir ráðlagðan brjóstagjafartíma og hvort eitthvað mætti gera betur í þjónustu við mæður í ungbarnavernd til að stuðla að lengri brjóstagjöf.

Rannsóknin er svokölluð eigindleg rannsókn þar sem stuðst er við fyrirbærafræði Vancouver háskólans þar sem gögnum verður safnað með viðtölum. Viðtölin verða tekin á þeim stöðum sem viðmælendur kjósa, aðeins eitt viðtal verður tekið við hvern þátttakanda sem varir í u.þ.b. 15-20 mínútur hvert. Viðtölin verða hljóðrituð



og síðar rituð orðrétt upp þar sem nöfnunum verður breytt. Að því loknu verður upptakan eyðilögð. Hugsanlega myndum við fá að hafa aftur samband við þátttakendur til að varpa skýrara ljósi á það sem fram kom í viðtalinu.

Allar upplýsingar sem þátttakendur veita í viðtölunum verða meðhöndlaðar samkvæmt ströngustu reglum um trúnað og nafnleynd. Niðurstöður rannsóknarinnar verða allar ópersónugreinanlegar. Farið verður eftir íslenskum lögum um persónuvernd, vinnslu og eyðingu frumgagna. Öllum frumgögnum verður eytt að rannsókn lokinni.

Tekið skal fram að ekki er skylt að taka þátt í rannsókninni og þátttakendur geta hætt þátttöku sinni hvenær sem er án útskýringa. Þátttakendum er heldur ekki skylt að svara öllum spurningum í viðtalsramma.

*Ef þörf er á nánari upplýsingum er hægt að hafa samband við leiðbeinanda okkar Maríu Guðnadóttur í síma: 825-5078 eða með tölvupósti [mariagud@landspitali.is](mailto:mariagud@landspitali.is).*

***Kær kveðja og með von um góðar undirtektir.***

Heiða María Elfarsdóttir og Hafdís Guðrún Benidiktsdóttir.

**Fylgiskjal 3 – Drög að samþykkisyfirlýsingu****Samþykkisyfirlýsing þátttakenda**

Ég hef nú kynnt mér upplýsingabréf á rannsókn sem fjallar um áhrifaþætti þess að mæður hætta með börn sín á brjósti fyrir ráðlagðan tíma. Með undirskrift minni samþykki ég hér með þátttöku mína í rannsókninni. Ég áskil mér þann rétt að svara þeim spurningum sem ég treysti mér til og er meðvituð um að ég má hætta í rannsókninni hvenær sem er. Einnig treysti ég á að trúnaður og nafnleynd sé haft að leiðarljósi í rannsókninni.

---

Nafn:

---

Staður og dagsetning:

---

Fyrir hönd rannsakenda: