

---

## Abstract

This Master's Thesis explores the tension between the norms and values expressed in the Danish National Board of Health's campaign material about breast-feeding, and Danish first time mothers' experiences with infant nutrition. The analysis falls in two parts, the first part being a text analysis of the campaign material, while the second part is based on semi structured personal interviews, a group interview and narratives.

We find that the norm that is expressed in the campaign material is that all women in Denmark ought to breast-feed their babies exclusively for the first six months of life. Since breast-feeding – in the campaign material – is promoted as having a number of benefits for both mother and baby, it is connected with values such as “the best”, “the most natural” and “the healthiest”. Because breast-feeding is labelled with these values “the good mother” becomes a mother who fulfils the breast-feeding norm. We find that the way the material communicates its message about breast-feeding can create an unnecessary pressure on mothers who cannot succeed in breast-feeding their babies.

In the second analysis we find that mothers who bottle-feed their babies need to go through a redefining process – from feeling like a failure as “breast-feeding mum” to being a successful mother who bottle-feeds. The norms and values, which are expressed by the mothers before they experience problems with breast-feeding, reflect the norms and values that we found in the campaign material. Later – when the mothers have formula-fed for a while – their values change, and they experience that breast-feeding is not necessarily the best, and that being “a good mother” is not linked with the feeding method.

Furthermore, we have found that women feel a pressure coming from the surrounding environment (for instance the campaign material, the media and from their health visitors); however the pressure is primarily coming from within, and is caused by the women's own expectations towards a successful breast-feeding experience.

In light of our findings, we propose ten recommendations to the Danish National Board of Health and the healthcare professionals. The purpose of the recommendations is to achieve more reflective campaign material and infant nutrition praxis in the future.

Indholdsfortegnelse

---

# Indholdsfortegnelse

FORORD.....	4
<b>FØRSTE DEL: INDLEDENDE OVERVEJELSER .....</b>	<b>5</b>
<b>1.    Indledning .....</b>	<b>5</b>
1.1    Motivation for specialets emne.....	6
1.2    Formål og problemformulering.....	8
1.3    Definition af nøglebegreber .....	9
1.4    Specialets opbygning .....	10
<b>2.    Spædbarnsernæring i en dansk kontekst .....</b>	<b>11</b>
2.1    Spædbarnsernæring fra 1800-tallet til 1970 .....	11
2.2    Politik omkring spædbarnsernæring i dag .....	12
<b>3.    Forforståelse .....</b>	<b>15</b>
<b>4.    Kortlægning af problemfelt .....</b>	<b>17</b>
4.1    Undersøgelser med tilknytning til problemfeltet .....	17
4.2    Udarbejdelse af vores spørgeskema .....	19
4.3    Indsamling og resultat.....	20
4.4    Kritik af spørgeskemaet .....	22
4.5    Sammenfatning .....	23
<b>ANDEN DEL: METODE.....</b>	<b>24</b>
<b>5.    Metodemæssige overvejelser .....</b>	<b>24</b>
5.1    Dokumentanvendelse .....	25
5.2    Interview .....	27
5.2.1    Udvælgelse og rekruttering af interviewpersoner.....	28
5.3    Fokusgrupper.....	30
5.4    Narrativer.....	31
5.5    Ethiske overvejelser.....	32
<b>TREDJE DEL: TEORI .....</b>	<b>34</b>
<b>6.    Teoretisk referenceramme .....</b>	<b>34</b>
6.1    Styring og governmentality .....	34
6.1.1    Governmentality som analysestrategi.....	37
6.1.2    Magt og viden.....	37
6.1.3    Subjektivisering og agency .....	38
6.1.4    Politikker.....	39
6.2    Sociale teknologier .....	40
6.3    Sammenfatning af teoriens anvendelse i analyserne.....	42
<b>FJERDE DEL: ANALYSE AF NORMER OG VÆRDIER I INFORMATIONSMATERIALET.....</b>	<b>43</b>
<b>7.    Analyse og diskussion af informationsmaterialet .....</b>	<b>43</b>
7.1    Appel til mødrenes følelser og ønsker .....	43
7.1.1    Ønsket om at amme og være normal .....	43
7.1.2    Det bedste .....	44
7.1.3    Det sundeste valg.....	45
7.1.4    Amning – det naturligste.....	46
7.1.5    Mor-barn relationen .....	48
7.2    Appel til mødrenes egenskaber.....	48

7.2.1	Appel til mødrene via ansvarliggørelsesteknologier .....	48
7.2.2	Det fornuftige valg.....	49
7.2.3	Autoritetstro.....	50
7.3	Formning af subjekter (subjektivering).....	50
7.3.1	Handlekompetencer .....	51
<b>8.</b>	<b>Delkonklusion .....</b>	<b>53</b>
<b>FEMTE DEL: ANALYSE AF MØDRENES ERFARINGER .....</b>		<b>57</b>
<b>9.</b>	<b>Analyse og diskussion af mødrenes erfaringer .....</b>	<b>57</b>
9.1	Mødrenes erfaringer vedrørende normer og værdier inden der opstår problemer med amningen.....	58
9.1.1	Forventninger .....	58
9.1.2	Det bedste og sundeste .....	59
9.1.3	Amning – det naturligste.....	59
9.1.4	En god mor ammer .....	59
9.2	Erfaringer hos mødrene i situationen hvor der opstår problemer med amningen.....	60
9.2.1	Mødrenes kamp for en vellykket amning .....	60
9.2.2	Behovet for ekspertstøtte.....	62
9.2.3	Udefrakommende pres.....	63
9.2.4	Indre pres.....	64
9.2.5	Konsekvenser af et mislykket ammeforløb .....	64
9.2.6	Faktorer, der har indflydelse på beslutningen om at gå over til flaske .....	66
9.3	Mødrenes forhandlinger med de dominerende samfundsmæssige forståelser af spædbarnsernæring.....	66
9.3.1	Forventninger som ikke kan gå i opfyldelse.....	66
9.3.2	Oplevelsen af at have for lidt mælk .....	68
9.3.3	Flaskegivning som et usynligt alternativ til amning.....	69
9.3.4	Erfarede fordele ved flaskegivning.....	70
9.3.5	Flaskegivning og mor-barn relationen .....	71
9.3.6	Amning er ikke altid det bedste.....	72
9.3.7	Sunde flaskebørn.....	72
9.3.8	Flaskemødrenes redefinering af sig selv.....	73
<b>10.</b>	<b>Delkonklusion .....</b>	<b>74</b>
<b>SJETTE DEL: KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING .....</b>		<b>77</b>
<b>11.</b>	<b>Diskuterende konklusion.....</b>	<b>77</b>
<b>12.</b>	<b>Perspektivering .....</b>	<b>82</b>
12.1	Anbefalinger .....	82
12.2	Fremtidige undersøgelser med relation til specialets emne.....	84
<b>13.</b>	<b>Referencer .....</b>	<b>86</b>

## BILAG

---

## FORORD

Dette speciale omhandler et spændingsfelt. På den ene side har vi de normer og værdier, som Sundhedsstyrelsen formidler via sin ammepolitik i Danmark, og på den anden side har vi førstegangsmødres erfaringer med amning og oplevelse af normer og værdier om spædbarnsernæring. Ideen til specialet opstod på baggrund af mediernes debat om spædbarnsernæring, og er derudover inspireret af vores egne ammeerfaringer.

Vi vil rette en tak til vores tre vejledere, Helle Max Martin, Joan Bentzen og Mette Nordahl Svendsen for at bidrage med inspiration til litteratur, kompetent vejledning samt sparring under udarbejdelsen af specialet.

En særlig tak skylder vi de mødre, der har bidraget med deres historier om spædbarnsernæring. Uden dem var specialet aldrig kommet i stand.

Københavns Universitet den 31. marts 2008

Trine Hansen

Majken Søndergaard Nielsen

## FØRSTE DEL: INDLEDENDE OVERVEJELSER

### 1. Indledning

Dette speciale er et kvalitativt studie af de danske sundhedsmyndigheders formidling af information om amning og flaskegivning<sup>1</sup> og mødres erfaringer med spædbarnsernæring. Vi er blevet ansporet til at skrive specialet af den debat, der har været i bl.a. medier og Folketinget. Debatten handler om, hvorvidt der fra sundhedsmyndighedernes side lægges et pres på danske kvinder for at få dem til at amme deres børn. Dernæst er vi blevet inspireret af vores egne erfaringer med vanskelige ammeforløb. Debatten om ammepres var på sit højeste i sommeren 2006 (fx Nielsen, 2006; Bentzen, 2006; Brot & Michaelsen, 2006), men blusser stadig op med jævne mellemrum (fx Theisen, 2007; Backmann, 2007).

I debatten tegner der sig et tydeligt billede af to lejre, hvor den ene lejr med bl.a. Sundhedsstyrelsen og Videncenter for Amning i spidsen påpeger, at *"den officielle danske ammepolitik ikke handler om at få så mange som muligt til at amme så længe som muligt for enhver pris. Målet er, at kvinder skal have mulighed for at amme, hvis de har lyst"*(Jerris, 2000). Dette mål er opstået på baggrund af, at modermælk anses for at være den sundeste ernæring for spædbørn (Sundhedsstyrelsen, 2006a:3). Videncenter for Amning lægger endvidere op til, at kvinder, der ikke kan få amningen til at fungere, *"skal have tilstrækkelig viden til at træffe et valg mellem amning og flaske - og gøre det med stolthed. Eller i det mindste med en følelse af, at hun slår til - som mor og som kvinde"*(Jerris, 2000). Denne holdning om et frit og informeret valg tilsluttede daværende Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen sig, idet han mente, at danske kvinder blev tilstrækkeligt oplyst af sundhedssystemet, og således var i stand til at træffe deres egne informerede valg om spædbarnsernæring (Folketinget, 2006).

Videncenter for amning er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet via Sundhedsstyrelsen, og fungerer således som bindeled imellem sundhedsmyndighederne og forskellige sundhedsfaglige organisationer i forbindelse med formidling af dokumenteret viden ([www.videncenterforamning.dk](http://www.videncenterforamning.dk), 2008).

Den anden lejr står for det synspunkt, at alle mødre er underlagt det, som Dahlager et al. (2004) i en kronik i Politiken benævner "ammeregimet"<sup>2</sup>. Derudover har bl.a. Lone Dybkjær, på foranledning af

---

<sup>1</sup> Ved flaskegivning forudsætter vi, at der er modermælkserstatning i sutteflasken.

<sup>2</sup> Med ammeregime menes, at den ammepolitik der føres i Danmark, har en altdominerende og indiskutabel karakter (Dahlager et al., 2004).

initiativtagerne bag hjemmesiden flaskebarn.dk, sat spørgsmålstegn ved *"Sundhedsstyrelsens meget stærke fokusering på amningens velsignelser"*, idet hun mener, at der i dagens Danmark ikke eksisterer et frit valg imellem modermælk og modermælkserstatning. Hun mener med andre ord, at formidlingen af standarder for spædbarnsernæring er for ensidig. Lone Dybkjær kritiserer tillige Sundhedsstyrelsen for at anvende udokumenteret viden i deres publikationer til mødre og sundhedspersonale på et så følsomt område som spædbarnsernæring (Folketinget, 2006). Flaskebarn.dk har for alvor været med til at bringe diskussionen om ammepres frem i medierne, idet personerne bag hjemmesiden mener, at mødre, der hverken kan eller vil amme, mødes med skræmmekampanjer, fordomme og misinformation fra det sundhedssystem, som ellers skulle hjælpe dem. Mødrene får ifølge flaskebarn.dk direkte eller indirekte at vide, at hvis de ikke ammer, er de dårlige mødre. Hjemmesiden beskriver endvidere, hvorledes de opfatter Sundhedsstyrelsens retningslinjer som ensidige, og at store dele af sundhedspersonalet anser amning som et ufravigeligt mål. De mener desuden, at det er umuligt at købe en bog i handlen, som ikke henviser sutteflasken til skammekrogen. Det til trods for, at der i dag er gode alternativer, hvis amningen ikke lykkes (www.flaskebarn.dk, 2007).

De to lejrer knytter således an til bestemte måder at tænke amning på. Den første lejr fokuserer på amning som den sundeste ernæring til spædbørn ud fra en kvantitativ og evidensbaseret tankegang, mens den anden lejr mener, at en italesættelse af amning som den sundeste ernæring til spædbørn medfører, at amning opfattes som uløseligt forbundet med det at være "en god mor". Sidstnævntes refleksioner om spædbarnsernæring skriver sig således ind i en kvalitativ tradition med fokus på de forståelser af "det rigtige moderskab", som bliver skabt gennem politikker. Som det fremgår, er debatten om spædbarnsernæring i høj grad forankret i spørgsmål om sundhed og karakteren af moderskab og kvindelighed, hvilket vi vil vende tilbage til i analysedelen af specialet.

## **1.1 Motivation for specialets emne**

Motivationen for dette speciales emne, altså formidlingen af den officielle danske ammepolitik set i forhold til danske kvinders erfaringer med amning og flaskegivning, er baseret på en undren over det fokus, amning har fået både i sundhedssektoren og i debatten om spædbarnsernæring. Den er også baseret på en undren over, hvorfor det er blevet så vigtigt at amme, at nogle mødre tilsyneladende føler sig presset til at gøre det.

Emnets vigtighed understreges af, at det har relevans for mange kvinder, hvilket bl.a. fremgår af de utallige indlæg, der findes i forskellige fora på internettet<sup>3</sup>, hvor nybagte mødre lufter deres frustrationer over den altoverskyggende betydning, som de mener, at amning har fået i det danske samfund i dag på baggrund af de normer og værdier, der hersker om spædbarnsernæring.

Videncenter for Amning har i 2002 udført en spørgeskemaundersøgelse, som viser at 3,5 % af danske kvinder føler sig presset til at amme (jf. mail fra Tine Jerris, Videncenter for Amning, bilag 1). Initiativtagerne bag hjemmesiden flaskebarn.dk hævder imidlertid, at en betragtelig del af danske kvinder føler et amme-pres (www.flaskebarn.dk). For at kortlægge problemfeltet har vi derfor foretaget en spørgeskemaundersøgelse som forstudie til specialet. Vores undersøgelse viser at 13,6 % af de københavnske førstegangsmødre føler sig presset til at amme<sup>4</sup>. Resultatet understøttes af en helt ny undersøgelse (Bondo, 2007), som viser, at 11,9 % har følt et grænseoverskridende pres<sup>5</sup>. På baggrund heraf anser vi amme-pres som et omfattende folkesundhedsproblem, der fortjener folkesundhedsvidenskabelig opmærksomhed.

Endvidere finder vi specialets emne væsentligt, da det bidrager med en analyse af spændingen mellem de danske sundhedsmyndigheders normative agenda om, at amning er den bedste form for spædbarnsernæring, og kvindernes erfaringer med amning og flaskegivning. Som Deborah Lupton (1999a) påpeger, mangler denne type undersøgelser, der belyser, hvorledes lægfolk reagerer på de politikker, de udsættes for i deres hverdagsliv. Intentionen med specialet er således hverken at øge ammefrekvensen hos danske kvinder eller at opmuntre kvinder til at opgive amningen til fordel for moderermælkerstatning. Derimod er det først og fremmest et ønske om at forstå spændingsfeltet mellem politik og erfaringer, og dernæst at bidrage til at nuancere debatten. Den kritik, der i specialet tilfalder de danske sundhedsmyndigheder, er ment som et konstruktivt indspark, derfor vil analyserne munde ud i en række anbefalinger, som har til hensigt at udgøre en praktisk anvendelig viden. Denne viden er møntet på såvel sundhedspolitikere som sundhedsmyndigheder og sundhedspersonale med henblik på at opnå en mere reflekteret praksis omkring spædbarnsernæring. Det skal i den forbindelse understreges, at der ikke er tale om en kritik af sundhedsmyndighedernes eksistensberettigelse eller en afvisning af det arbejde, de udøver.

---

<sup>3</sup> Fx på: [www.babyklub.netdoktor.dk/dk/babyklub/support/discussion/topiclist/index.jsp?forumId=22&threadId=1085405](http://www.babyklub.netdoktor.dk/dk/babyklub/support/discussion/topiclist/index.jsp?forumId=22&threadId=1085405), [www.min-mave.dk/debatten.php?ForumID=4984&SubjectID=188901](http://www.min-mave.dk/debatten.php?ForumID=4984&SubjectID=188901) og [www.flaskebarn.dk/Download1.html](http://www.flaskebarn.dk/Download1.html)

<sup>4</sup> Yderligere beskrivelse og diskussion af forstudiet, Kasper Bondos nye undersøgelse og Videncenter for Amnings undersøgelse findes i afsnit 4.

<sup>5</sup> Ordet 'pres' kan ifølge Bondo (2007:21) i nogle situationer opfattes positivt, hvorfor det i hans spørgeskema er sat sammen med adjektivet 'grænseoverskridende' for at betone den negative betydning af ordet.

## 1.2 Formål og problemformulering

Dette speciale, som har til formål at forstå, hvorledes magten former relationen mellem det danske sundhedssystem og førstegangsmødre, bygger på en forforståelse af normer og værdier om spædbarnsernæring som sociale konstruktioner, der bl.a. skabes af den måde, de sprogligt omtales på i informationsmaterialet til sundhedspersonale og mødre. Ligeledes er specialet funderet på en anskuelse om, at mennesker ikke er født med en identitet, men at identiteten skabes i sproglige sammenhænge<sup>6</sup>. Mere nøjagtigt fremføres den kritiske folkesundhedsvidenskabelige diskussion i dette speciale i et socialkonstruktivistisk perspektiv, hvor det antages, at sproget konstituerer omverdenen (Wenneberg, 2002:36-37). Vi anskuer sundhedssystemets budskab om, at amning er den sundeste ernæring til spædbørn som en forebyggende intervention. Denne type af intervention har bl.a. til formål at få folk til at ændre eller fastholde en bestemt adfærd – i dette tilfælde at få kvinder til at amme deres børn fuldt i de første seks måneder (Mæland, 2002). Gennem folkesundhedsvidenskabsstudiet har vi opnået viden om, at forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark ofte er præget af en form for magtudøvelse, som påvirker menneskers handlinger. Derfor har vi fundet det oplagt at diskutere magtens former i statens møde med borgeren ud fra Foucaults governmentality-perspektiv.

Indledningen samt ovenstående overvejelser omkring specialets formål munder ud i nedenstående problemformulering:

- **Hvilke normer og værdier formidles via det informationsmateriale om spædbarnsernæring, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen til sundhedspersonale og mødre?**
- **Hvordan kommer normer og værdier omkring spædbarnsernæring til udtryk hos etnisk danske førstegangsmødre, og hvordan brydes og forhandles disse normer og værdier i den konfliktfyldte situation, hvor de ikke længere kan eller magter at amme, og derfor bliver nødt til at give deres børn modermælkserstatning?**

De to spørgsmål i problemformuleringen griber ind i hinanden, hvorved det bliver muligt at analysere spændingsfeltet mellem ammepolitikken og førstegangsmødres livsverden.

---

<sup>6</sup> Sprog skal her forstås bredt, dvs. ikke bare som billeder, skrift- eller talesprog, men også som selve de måder, hvorpå mennesker lærer at forbinde visse ting og situationer med særlige betydninger (Wenneberg, 2002).



### 1.3 Definition af nøglebegreber

Vi vil her definere fire begreber, som har vist sig at være centrale i forhold til specialets emne og problemstilling.

**Ammepres:** I vores definition er 'ammepres' en dynamisk og subtil følelse, som kan opstå i en situation, hvor den enkelte kvinde ikke (længere) kan eller magter at amme og derfor bliver nødt til at give sit barn modermælksersatning. Ammepres eksisterer ikke i sig selv, men er en følelse, som kan opstå, når kvinden ikke er stand til at leve op til sine egne og/eller omgivelsernes forventninger. Ammepres kan og vil derfor blive erfaret forskelligt fra kvinde til kvinde. Denne definition er opstået på baggrund af egne erfaringer, samtaler med hovedvejleder og i forbindelse med interview.

**Værdier:** I specialet anvendes begrebet 'værdi' som en standard for vurdering af adfærd. Værdier er derved de idealer og principper, som findes efterlevelsseværdige, fx "det gode" og "det smukke" (Eriksen, 1994:94).

**Normer:** 'Normer' defineres i nærværende speciale som eksplicite eller implicite forventninger til og retningslinjer for en bestemt gruppes adfærd (Eriksen, 1994:94). Normer er foranderlige over tid, dvs. at nogle normer forsvinder, nogle bliver erstattet af nye, og andre omfortolkes. Fælles for alle normer er, at de er knyttet til sanktioner, som træder i kraft ved normbrud (Eriksen, 1994:62). Vores opfattelse er, at normer opstår på baggrund af de værdier, der hersker omkring en bestemt adfærd, i dette tilfælde spædbarnsernæring<sup>7</sup>.

**Erfaringer:** 'Erfaring' defineres i dette speciale til at omfatte *"viden og adfærdsmønstre, som erhverves [og forhandles] via perception og indlæring i sociale sammenhænge. Erfaring er således ikke udelukkende afhængig af de givne ydre omstændigheder, men i lige så høj grad af individets evne til at modtage og bearbejde indtryk"* (Knizek, 1996:44). Vi forstår således ikke omverdenen som et neutralt ydre fænomen, men derimod som et resultat af *"en indre erfaringsbaseret dannelsesproces"* (Knizek, 1996:44). Vi mener endvidere, at det er muligt at skelne mellem begreberne oplevelse og erfaring, idet oplevelsen har at gøre med livet, som det leves, mens erfaringen knytter an til den mere reflekterede genkaldelse af oplevelsen (Steffen, 1996).

---

<sup>7</sup> Det kan imidlertid også tænkes at forholde sig omvendt, dvs. at værdier dannes som følge af et samfunds gældende normer. Denne diskussion om hvad der kom først, hønen eller ægget, vil vi dog afholde os fra at deltage i.

## **1.4 Specialets opbygning**

Indledningsvist vil vi redegøre for spædbarnsernæring i en dansk historisk og politisk kontekst og vores forforståelse. Dernæst vil specialets problemfelt blive kortlagt bl.a. ved hjælp af en diskussion af eksisterende relevante undersøgelser samt en diskussion af vores eget spørgeskema om ammepris. Herefter følger vores metodemæssige overvejelser samt en gennemgang af den teori, som ligger til grund for specialets to analysedele. Først analyseres Sundhedsstyrelsens informationsmateriale og dernæst kvindernes erfaringer. Analyserne munder ud i hver sin delkonklusion og i specialets endelige konklusion. Afslutningsvis vil specialets problemstilling blive perspektiveret. Herunder vil vi fremlægge ti anbefalinger til sundhedsmyndighederne.

## 2. Spædbarnsernæring i en dansk kontekst

For at sætte denne undersøgelses emne ind i en dansk kontekst, har vi valgt først at beskrive den historiske udvikling af politikken omkring spædbarnsernæring fra 1800-tallet til 1970'erne, og dernæst den danske politik på området, som den ser ud i dag.

Vi ser, ligesom i debatten om spædbarnsernæring, at der er to temaer, der er gennemgående for hele tidsperioden. Disse temaer er, som nævnt i indledningen, dels ernæringens indflydelse på barnets sundhed og dels forholdet mellem spædbarnsernæring og det at være ”den gode mor og kvinde”. Formålet med dette afsnit er at give læseren en baggrundsviden om de skiftende traditioner og normer omkring spædbarnsernæring.

### 2.1 Spædbarnsernæring fra 1800-tallet til 1970

Danske normer og værdier omkring amning har skiftet meget gennem årene, hvilket kommer til udtryk gennem de ammetraditioner, der har eksisteret op gennem tiden. I 1800-tallet fandtes store regionale og sociale forskelle i den danske ammetradition. Fx var spædbarnsdødeligheden i den københavnske overklasse i 1870'erne meget højere end hos almuen. Dette skyldtes, at det i overklassen ansås for uforeneligt med kvindeligheden at amme, mens man hos almuen lagde vægt på, at der altid var en person hos barnet, samt at amme hyppigt og efter barnets behov (Løkke, 1998:331-33). I nogle egne af Danmark var kvinderne overbeviste om, at det var dårligt for børn at blive ammet. De mente, at mælken slet ikke var god nok, og de kvinder, der havde råd til det, gav derfor børnene smør og fløde eller tyggede flæsk og kål, som de bagefter puttede i munden på deres spædbørn. Resultatet i disse egne var ikke overraskende, at hvert fjerde spædbarn døde. Andre af datidens hyppigt anvendte former for erstatning var komælk, havresuppe, kartofler og tvebaksmad (Løkke, 1998:150-172). I visse egne af Danmark var normen således, at mødre ikke ammede deres børn ret længe, men tidligt gav forskellige former for erstatning, da modernælk ikke blev anset som ordentlig næring. Hos overklassen i byerne blev amning betragtet som usundt for fornemme kvinder. De benyttede sig derfor af ammer, som oftest stammede fra landet. På landet var normen imidlertid at amme, og hvis ikke moren var til stede, blev barnet ammet af fx en nabokone (Løkke, 1998:158-159).

I begyndelsen af det 20. århundrede blev ”ro, renlighed og regelmæssighed” det nye mantra inden for spædbarnspleje. Dette skift skete som følge af den medicinske tankegangs indtog på spædbarnsområdet, og førte til, at amning blev enhver kvindes pligt. Det medførte, at amning blev en handling, kvinder skulle foretage for at sikre deres børns overlevelse. At være kvinde blev ensbetydende med det at være mor, og en rigtig mor ammede sit barn. Kvindeligheden blev med andre

ord moderliggjort. Det at regelmæssighed blev fremherskende, gik dog ud over kvindernes mælkeproduktion, idet børnene ikke fik lov at die, når de havde behov, og derved kunne kvinderne ikke opretholde den nødvendige mælkemængde. Mange kvinder blev derved sat i en yderst pinagtig situation, idet det medicinske børneplejprogram definerede "den gode mor" som en, der ammede fuldt i seks måneder (Løkke, 1998: 351,367). I det medicinske børneplejprogram blev helt ny viden om erstatning introduceret, hvilket førte til at det blev almindelig skik og brug at sterilisere mælken og blande den med kogt vand. Samtidig begyndte man også at rengøre sutteflaskerne. Dette havde især gennemslagskraft i borgerskabet og medførte, at spædbarnsdødeligheden blev betragteligt reduceret (Løkke, 1998:287-306). Ud fra ovenstående ses det, at normen i begyndelsen af det 20. århundrede var, at alle kvinder skulle amme. Det ses tillige, at værdien om, at "en god mor" ammede sit barn, trådte frem, idet kvindeligheden blev moderliggjort. Ansvar for pasning af barnet blev nu i højere grad moderens (Rosenbeck, 1990).

Danske kvinder blev ved med at amme hele vejen op gennem det 20. århundrede. Dog trængte sutteflasken sig på i 1950erne, og brugen af modernermælks(erstatning) var i denne periode på sit højeste, eftersom amningen ofte slog fejl pga. den påkrævede regelmæssighed. Desuden blev modernermælks(erstatning) præsenteret i positive vendinger som en pålidelig kilde til spædbarnsernæring. Dette skyldtes bl.a., at anvendelsen heraf gjorde det muligt at kontrollere den præcise mængde, barnet spiste (Kukla, 2005:174-175). I midten af det 20. århundrede ændrede normen omkring spædbarnsernæring sig, således at modernermælks(erstatning) og amning blev ligeligt accepterede alternativer (Knaak, 2005).

I 1970erne stormede kvindebevægelsen frem, og brystet sås ikke længere som et sexsymbol, men som et symbol på kvindeligt potent. Samtidig blev offentlig amning en politisk manifestation (Mygind, 2006). Kvinderne ammede således ikke længere for at sænke spædbarnsdødeligheden, da kvaliteten af modernermælks(erstatning) og hygiejnen for længst var blevet så god, at børnene ikke døde af infektioner som i 1800-tallet. Efter en voldsom tilbagegang i 1950erne og 60erne begyndte antallet af ammende kvinder igen at stige i slutningen af 70erne, trods kvindernes indtog på arbejdsmarkedet (Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl., 2001). Normen blev således igen, at kvinderne skulle amme, og amningen kobledes sammen med værdien om at være "en rigtig kvinde".

Med nærværende speciale vil vi føje endnu et kapitel til denne historie.

## 2.2 Politik omkring spædbarnsernæring i dag

World Health Organization (WHO) har de sidste 25 år arbejdet for at promovere og fremme amning på verdensplan. I 1981 vedtog WHO's generalforsamling således et kodeks, der forbød markedsføring af

modermælksersstatning over for offentligheden, og desuden blev gratis uddeling af prøver på erstatning forbudt (Sundhedsstyrelsen, 2006a:80). Formålet hermed var bl.a. at sikre, at spædbørn får en tilstrækkelig og sund ernæring, samt at støtte og værne om amningen (Sundhedsstyrelsen, 2006a:80).

En vigtig del af nutidens politik for spædbarnsernæring er Det Spædbarnsvenlige Initiativ, som blev præsenteret af WHO og UNICEF i 1991, og som i dag er anerkendt over hele verden som god klinisk praksis for amning af sunde og raske børn. Det Spædbarnsvenlige Initiativ er udviklet på baggrund af en global strategi for spædbarnsernæring. Det er oprindeligt udarbejdet for at sænke spædbarnssygelighed og -dødelighed i udviklingslande (WHO, 2003). I udviklingslande er adgangen til rent vand i mange tilfælde begrænset, og derfor har børn, der får sutteflaske, en overdødelighed af infektionssygdomme i forhold til børn, der bliver ammet. Målet med Det Spædbarnsvenlige Initiativ er, at ingen holder op med at amme, fordi de får forkert eller mangelfuld vejledning, og at ingen ammer, fordi de føler sig presset (Jerris, 2005). I Danmark er initiativet udviklet til et tværfagligt kvalitetsudviklingsprogram, som følger grundelementerne i Den Danske Kvalitetsmodel. Videncenter for Amning har igangsat Det Spædbarnsvenlige Initiativ i Danmark. For at blive godkendt som spædbarnsvenligt hospital, skal det pågældende sted opfylde kriterierne ”Ti skridt til vellykket amning” (bilag 2). Et af kriterierne er fx, at *”sygehuset har en ammepolitik, som er i overensstemmelse med den nyeste viden”* (Ammekomiteen, 1996). Et andet kriterium er, at *”nyfødte ... udelukkende [får] deres mors mælk, medmindre der er medicinsk indikation for andet”* (Ammekomiteen, 1996). ”De ti skridt” er direkte oversat fra WHOs program (WHO, 1998). Næsten alle danske fødesteder har vist interesse for Det Spædbarnsvenlige Initiativ, og 12 ud af 32 er i dag godkendt som spædbarnsvenlige hospitaler. Ydermere arbejder mindst 12 hospitaler mod en godkendelse (www.videncenterforamning.dk, 2007). Det, at fødestederne viser interesse for det spædbarnsvenlige initiativ, kan indikere, at de mener, at tiltaget er relevant, men det kan ligeledes antyde, at de i tråd med tidens trend har interesse i at signalere, at de er en moderne institution, som arbejder målrettet med kvalitetsudvikling (Dahler-Larsen & Larsen, 2001:218).

Ud over det arbejde, WHO udfører i forbindelse med at støtte initiativer til gavn for amning, arbejdes der også i Europa på at fremme amning. Bl.a. er der i 2004 blevet fremlagt en handleplan<sup>8</sup>. Formålet med planen er at beskytte, fremme og støtte amning i Europa, da det *”er en af de mest effektive måder at forbedre vore børns helbred [på]. Det er også gavnligt for mødre, familier, lokalsamfundet, sundheds- og socialvæsenet, miljøet og samfundet i det hele taget”* (Europa Kommissionen, 2004). På baggrund af dette ses det, at der i et globalt perspektiv er konsensus fra de

---

<sup>8</sup> Med titlen 'Beskyttelse, fremme og støtte af amning i Europa: En handleplan' (Europa Kommissionen, 2004)

anbefalende myndigheders side om, at amning er den bedste ernæring til spædbørn. Som anbefalende dansk myndighed er Sundhedsstyrelsen således indlejret i en global konsensus, som Sundhedsstyrelsen kanaliserer nedad i systemet til det sundhedspersonale, der skal vejlede og støtte gravide og forældre.

I forlængelse af ovenstående har Sundhedsstyrelsen i kraft af deres status som anbefalende myndighed stor betydning for ammepolitikken i Danmark, idet de udarbejder informationsmateriale til både sundhedspersonale og mødre. Til sundhedspersonalet findes først og fremmest 'Håndbog i vellykket amning', mens Sundhedsstyrelsens udgiver forskellige pjecer rettet til mødre. I alle udgivelser anbefales det, at *"det spæde barn udelukkende får sin mors mælk de første seks måneder"* (Sundhedsstyrelsen, 2004:1). Indtil 2003 var anbefalingen, at spædbørn skulle ammes fuldt ud indtil fire måneders alderen, men i takt med, at barselsorloven blev forlænget, blev den periode, Sundhedsstyrelsen anbefalede at amme, tilsvarende længere. Det er et velkendt fænomen, at barselsorlovens længde har præget den anbefalede ammeperiode gennem tiderne (Dahlager et al., 2004; Løkke, 1998; Mygind, 2006). Der er således også lokale forhold, der spiller ind på de danske ammeanbefalinger, og det er derved ikke kun global politik, der har betydning.

Vi ser de mødrerettede pjecer som et udtryk for det, Mæland (2002:59) kalder en massestrategi. En massestrategi henvender sig til en hel befolkning eller til specifikke befolkningsgrupper. En vigtig pointe er, at massestrategier ikke forudsætter fastsættelse af risikofaktorniveauet, fordi alle mødre, uanset risikofaktorstatus, er målgruppe for interventionen.

### 3. Forforståelse

I et overvejende kvalitativt speciale er det relevant at reflektere over og explicitere sin egen forforståelse i forhold til den problemstilling, der arbejdes med (Malterud, 2001), idet vi anerkender, at forforståelsen er en uundgåelig del af forskningsprocessen. Desuden er det vigtigt at erkende, at forforståelsen udvikler sig løbende gennem processen.

Vi har valgt at nedskrive vores forforståelse umiddelbart inden, vi påbegyndte dataindsamlingen. Undervejs i dataindsamlingen og især i løbet af analyseprocessen har vores forforståelse ændret sig, således at vores forståelseshorisont i forhold til problemstillingen er blevet udvidet (Fredslund, 2001:63).

Forforståelse er ikke det samme som bias medmindre den ikke expliciteres. Forforståelsen skal derimod opfattes som værdifuld i forhold til at kunne stille relevante spørgsmål til materialet (Malterud, 2001:484). Vi har valgt at tage udgangspunkt i Malteruds (2001:484) definition af forforståelse, som består af forskerens egne erfaringer inden for det undersøgte område (1), antagelser om emnet (2), samt forskerens faglige perspektiv (3). For at bevidstgøre vores forforståelse har vi diskuteret denne indbyrdes og med vores hovedvejleder.

#### Ad 1. Egne erfaringer

Vi har begge i forbindelse med vores ammeforløb oplevet problemer med at få amningen til at fungere. Vi har dog erfaret disse problemer på forskellig vis. Endvidere har vi, når vi har talt med andre mødre, erfaret, at vi langt fra var alene om at have problemer med amning. Desuden var vi af den opfattelse, at vores erfaringer ville være motiverende undervejs i undersøgelsen, da det er et emne, vi personligt brænder for.

#### Ad 2. Antagelser

Vi havde fra begyndelsen en antagelse om, at der findes et udefrakommende pres på mødre i Danmark om at amme, og at der ikke er tilstrækkelig støtte til disse mødre til at tage flaskegivning i anvendelse, når der er behov for det. Endvidere syntes vi, at det informationsmateriale, kvinder modtager i graviditeten og efter fødslen, er ensidigt og unuanceret, idet der fokuseres på, at "bryst er bedst" (Sundhedsstyrelsen, 2006b; SCA Hygiene Products A/S, 2004). Derudover havde vi en idé om, at der eksisterer et ammeregime i Danmark, hvor normen er, at en god mor ammer, og at amning ikke blot er det ernæringsmæssigt bedste for barnet, men tillige det moralsk mest rigtige for moderen. Vi opfatter med andre ord, at amning er værdiladet, idet det at amme ofte forbindes med det at være "en god mor".

Vores forestilling var derfor, at de mødre, for hvem amningen mislykkes, føler sig stemplet som dårlige mødre, og føler skyld over ikke at kunne give deres barn "det bedste".

### Ad 3. Fagligt perspektiv

Det perspektiv, vi ser problemstillingen ud fra, er opstået på baggrund af den kritiske tilgang til bl.a. forebyggelsesinterventioner, som vi er præget af gennem folkesundhedsvidenskabsstudiet. Idet en stærk normativ agenda hos planlæggere af forebyggelsesinterventioner kan medføre bieffekter som fx stigmatisering af modtagerne, mener vi, at det er vigtigt at undersøge, hvilke rationaler der ligger til grund for det informationsmateriale, der udleveres til sundhedspersonale og mødre.

De personlige erfaringer, vi har beskrevet ovenfor, har i høj grad været med til at inspirere os til udformningen af specialets problemstilling og til valget af metode. Med hensyn til vores antagelser er de dels opstået på baggrund af den litteratur, vi har læst, dels som følge af den debat, der har været om emnet og dels ud fra vores egne erfaringer med amning. Vores faglige baggrund har været en medvirkende faktor i valget af emne og teori.



## 4. Kortlægning af problemfelt

I dette afsnit vil vi først beskrive undersøgelser med relation til specialets problemfelt. Herefter følger fire afsnit, hvor vores egen spørgeskemaundersøgelse præsenteres og diskuteres.

### 4.1 Undersøgelser med tilknytning til problemfeltet

En nyere dansk undersøgelse har vist, at 98,5 % af nybagte mødre begynder at amme (Foverskov, 2000), og dette tal har ikke ændret sig væsentligt siden 1970'erne (Sundhedsstyrelsen, 2006a). Ifølge Sundhedsstyrelsen viser en undersøgelse fra 2000, at 59 % af danske mødre ammede fuldt ud fire måneder efter fødslen i modsætning til i 1988, hvor 40 % ammede fuldt ved fire måneders alderen. Det ser dermed ud til, at der er sket en stigning i ammefrekvensen i Danmark over det seneste årti (Sundhedsstyrelsen, 2006a). De 59 % stammer dog fra en undersøgelse foretaget i Ringkøbing Amt (Foverskov, 2000), men ser man på de tilsvarende tal fra den landsdækkende 'Ammeundersøgelsen 2000', er tallet for fuld amning uden tilskud fire måneder efter fødslen 50,8 % i år 2000 (Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl., 2001). De 40 %, der ammede fuldt ved barnets fire måneders alder i 1988, har Sundhedsstyrelsen fundet i en undersøgelse af kvinder, der har født på Hvidovre hospital (Michaelsen et al., 1995). Det undrer os, at Sundhedsstyrelsen ikke har valgt at anvende deres eget landsdækkende tal fra 1992, som viser, at 50 % ammer uden tilskud fire måneder efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2006a:17). Dette tal finder vi mere sammenligneligt med de 50,8 % som Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker fandt i 2000. Havde Sundhedsstyrelsen anvendt disse tal, ville konklusionen have set noget anderledes ud, idet der tilsyneladende ikke er sket en stigning i ammefrekvensen i Danmark fra 1992 til 2000 (ved barnets fire måneders alder). Danmark har dog stadig en høj ammefrekvens (fuld amning) ved fire måneders alderen i forhold til fx Norge, England og USA, som ligger på henholdsvis 44 %, 27 % og 18 % (Sundhedsstyrelsen, 2006a:17). Det eneste land, der har en højere ammefrekvens end Danmark, er Sverige. Her viser opgørelser fra år 2000, at andelen af kvinder, der ammede fuldt ved barnets fire måneders alder, var 68,3 % (Socialstyrelsen, 2000:13-16).

I vores søgning efter, hvor stor en andel af de danske kvinder, der føler sig presset til at amme, har vi fundet to forskellige tal. Videncenter for Amning har således i 2001 undersøgt omfanget af ammepres i Danmark. Undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse, hvor data blev indsamlet umiddelbart inden, de nybagte mødre blev udskrevet fra barselgangen. Resultatet var, at 3,5 % af de adspurgte kvinder følte sig presset til at amme (mail fra Tine Jerris, Videncenter for Amning, bilag 1). Vi har desuden undervejs i specialet fået kendskab til en spørgeskemaundersøgelse om ammepres

udarbejdet af en overbygningsstuderende på socialvidenskab på Roskilde Universitetscenter. Resultatet heraf viser, at 11,9 % af de adspurgte mødre svarede, at de har følt et grænseoverskridende pres fra fx sygeplejersker og sundhedsplejersker i forbindelse med amning (Bondo, 2007:27). Som det ses, er resultaterne af de to undersøgelser bemærkelsesværdigt forskellige, hvilket vi vender tilbage til nedenfor. Ud over at undersøge omfanget af ammepres i Danmark gennemgår Bondo (2007) de ammevejledninger, der foreligger fra sundhedsmyndighederne ud fra Axel Honneths anerkendelsesteori. Han finder, at der grundlæggende mangler en anerkendelse af mødres frie valg med hensyn til spædbarnsernæring. Endvidere konkluderer han, at anerkendelse ikke kun er reserveret borgerne (mødrene), men at myndighederne ligeledes bør opnå anerkendelse for den vanskelige opgave, de varetager i forbindelse med befolkningens sundhed.

De to eksisterende danske undersøgelser om ammepres har som nævnt vist forskellige resultater og kan kritiseres på en række punkter.

Det at Videncenter for Amning har fundet, at 3,5 % af de danske kvinder føler sig presset til at amme (jf. mail fra Tine Jerris, Videncenter for Amning, bilag 1), mener vi er et underestimat. Dette begrundes med, at mange ikke er kommet rigtigt i gang med amningen på udskrivelsestidspunktet, fordi mælken for førstegangsfødendes vedkommende ofte først løber til på tredje døgn (Sundhedsstyrelsen, 2006a:26). Vi mener derfor, at andelen af kvinder, der føler sig presset til amme, kan tænkes at være noget højere, hvis man spørger kvinderne senere i deres ammeforløb. Undersøgelsen er som nævnt foretaget i hospitalsregi, hvilket i sig selv er et metodisk problem, idet man må medregne risikoen for at deltagerne har svaret mere positivt, end de ville have gjort under andre omstændigheder. Her kan en faktor som autoritetstro over for personalet spille ind på besvarelsen, da det kan være vanskeligt at kritisere det personale, der på samme tid uddeler, indsamler og læser det spørgeskema, man udfylder. Videncenter for Amning kunne derfor med fordel have valgt en ekstern evaluatør for således at undgå, at resultaternes validitet kan drages i tvivl (Bondo, 2007:18).

Som tidligere nævnt har Kasper Bondo (2007:27) fundet, at 11,9 % føler sig presset til at amme. Tallet 11,9 % er fremkommet ved at udregne gennemsnittet af de fire tal for ammepres fra henholdsvis sygeplejersker (16,3 %), jordemødre (9,5 %), sundhedsplejersker (13,2 %) samt familie mv. (8,7 %), som Bondo (2007) finder i sin undersøgelse. Vi har valgt at udregne gennemsnittet for at finde det tal, der er mest sammenligneligt med vores resultat. De 16,3 % af mødrene, som føler et grænseoverskridende pres fra sygeplejersker, er imidlertid det resultat, der har den bedste sammenligningsfaktor med Videncenter for Amnings undersøgelse. Idet sygeplejerskerne har den primære kontakt med de nybagte mødre på hospitalerne, giver dette resultat et noget andet billede af

ammepres på barselsgangene, end det fremgår af Videncenter for Amnings undersøgelse fra 2002 (Bondo, 2007:27).

Kasper Bondos (2007) undersøgelse kan dog kritiseres for at være udført via netfora, hvilket bevirker at der vil være selektionsbias, da det er en bestemt gruppe af mødre, der benytter disse fora. Det er dog ikke muligt ud fra spørgeskemaet at sige hvilken gruppe, idet der ikke er spurgt ind til indikatorer som alder og socioøkonomisk status. Det er tænkeligt, at mødre som har følt ammepris, vil være overrepræsenterede, fordi de har en personlig interesse i at besvare spørgeskemaet. Det er dog ikke muligt at konkludere, i hvilken grad resultatet eventuelt er overestimeret. På trods af en mulig overestimering er resultatet af Bondos (2007) undersøgelse stadig, at en langt større andel af kvinderne føler sig presset til at amme, end Videncenter for Amnings undersøgelse konkluderer.

Der er ikke spurgt ind til paritet i hverken Bondo (2007) eller Videncenter for Amnings (2002) undersøgelse. Vi mener, at dette er en svaghed ved begge undersøgelser, idet førstegangsmødre som tidligere nævnt er mere sårbare end flergangsmødre, og derfor må formodes oftere at rapportere et ammepris (Wall, 2001).

Det fremgår ikke af nogen af de to undersøgelser, om kvinderne ammer fuldt, delvist eller slet ikke, hvilket bevirker at det ikke kan undersøges, om kvinder, der er gået over til flaske, oftere føler sig presset end fx kvinder, der ammer fuldt.

Idet vi synes, at forskellen på de to undersøgelseres resultater er markant, har vi fundet det relevant at udføre vores egen spørgeskemaundersøgelse omhandlende omfanget af ammepris for at kortlægge specialets problemfelt. Formålet med nærværende spørgeskemaundersøgelse er således at opnå et grundlag for at kunne belyse, i hvilken udstrækning det er berettiget at tale om følelsen ammepris. Spørgeskemaet fungerer derved som forstudie til den kvalitative del af specialet. Det har således været vores intention, at spørgeskemaundersøgelsen skulle bidrage med sekundære data.

## **4.2 Udarbejdelse af vores spørgeskema**

Når man konstruerer et spørgeskema, er det vigtigt at foretage en grundig konceptualisering af begrebet, der ønskes undersøgt for at kunne stille præcise spørgsmål. En konceptualisering består i en gennemtænkning og præcisering af det begreb, der ønskes undersøgt (Grønvold, 2005). Det, spørgeskemaet skulle belyse, var hvor stor en andel af førstegangsmødre, der føler eller har følt sig presset til at amme. Nøglebegrebet i vores spørgeskema er, om kvinderne har følt "ammepris". Konceptualiseringen foregik ved hjælp af en brainstorm, som udmøntede sig i en række variable. Ud fra disse variable konstruerede vi spørgeskemaets items. Inden den endelige version af spørgeskemaet

blev uddelt til informanterne, fik vi feedback på skemaet fra flere ledende sundhedsplejersker samt vores bivejleder. Layoutet blev gennemtænkt, og vi valgte at gøre hjælpetekster kursive, mens indledende beskrivelser til items blev fremhævet med fed skrift. For at højne svarprocenten blev spørgeskemaet gjort så kort og overskueligt som muligt. Det endte med at blive en lille folder i A5-format, som blot tog to minutter at udfylde (se bilag 3). Spørgeskemaet er udarbejdet til førstegangsmødre, idet vi også kun har førstegangsmødre med i interviewundersøgelsen.

### 4.3 Indsamling og resultat

Vi henvendte os til de ledende sundhedsplejersker i alle Københavns kommunes distrikter, og vi fik tilsagn til, at vi måtte komme og uddele vores spørgeskema i fem forskellige distrikter: Indre Nørrebro, Ydre Nørrebro, Østerbro, Vesterbro og Bispebjerg. I alt var vi til åbent hus ni gange, og 81 ud af de 94 fremmødte førstegangsmødre besvarede skemaet, hvilket bevirker at vi har fået en deltagelsesprocent på 86,2 %. Som det fremgår, repræsenterer indsamlingsstederne forskellige socioøkonomiske distrikter i København, hvor fx Østerbro overvejende er et mere ressourcestærkt område<sup>9</sup> end Bispebjerg og Ydre Nørrebro. Derfor mener vi, at valget af dataindsamlingssteder giver en spredning i deltagernes socioøkonomiske status.

Når vi mødte op til åbent hus, bad vi sundhedsplejerskerne om at spørge mødrene, om de ville svare på spørgeskemaet. Desuden holdt vi øje med, om der var nogle mødre, der ikke blev spurgt, og dem henvendte vi os selv til. Generelt var sundhedsplejerskerne meget optagede af emnet og mente, at det var særdeles relevant for dem, og de var meget interesserede i at se vores resultater - både af spørgeskemaet og af hele undersøgelsen. Desuden var en del af sundhedsplejerskerne ikke i tvivl om, at der findes et pres på danske kvinder, for at de skal amme. Der var dog enkelte sundhedsplejersker, der tilkendegav, at de ikke var interesserede i at hjælpe os, og det medførte, at der et enkelt sted var en meget lav deltagelsesprocent, da de på det nærmeste opfordrede mødrene til ikke at svare på spørgeskemaet.

Desuden henvendte en del mødre sig spontant til os efter at have svaret på spørgeskemaet, og fortalte, hvordan de oplevede plakater på barselsgangene, som glorificerede amning. De fortalt, hvor stødte de følte sig ved, at der på pakkerne med modernmælkserstatning står, at modernmælk er det bedste for barnet, og erstatning kun må gives i samarbejde med lægen. Én tilkendegav endog, at *"hvis jeg ikke havde haft lyst til at amme, ville jeg aldrig have turdet nævne det i min mødregruppe. Jeg ville have sagt, at mælken ikke ville løbe til"*.

---

<sup>9</sup> Med ressourcestærkt område menes, at beboerne har en høj socioøkonomisk status.

Velvidende, at talmaterialet bag vores spørgeskemaundersøgelse er småt, viser undersøgelsen, at 11 mødre ud af de adspurgte 81 havde følt sig presset til at amme. Dvs. at 13,6 % føler sig presset til at amme (se tabel 1). Dette resultat peger således i samme retning som Bondos (2007) undersøgelse.

Tabel 1: Andel af kvinder der føler sig presset til at amme

	(n)	(%)
Følt pres	11	<b>13,6</b>
Ikke følt pres	70	86,4
Sum	81	100

Der har været kvinder fra alle distrikter, der har følt et ammepres. I vores undersøgelse er det i høj grad kvinder, som har været nødt til enten at supplere med flaske eller udelukkende at give flaske, som har følt sig presset. En enkelt informant har dog tilkendegivet, at hun har følt ammepres på trods af, at hun har ammet fuldt. Kvinderne har følt sig presset fra flere forskellige sider, og alle kategorierne for, hvor presset kom fra, har været anvendt – med undtagelse af kategorien 'andre/andet'. Kategorierne 'skriftligt materiale om amning', 'sundhedspersonale' og 'dine egne forventninger' har været hyppigst anvendt med henholdsvis 54,5 %, 54,5 % og 63,6 % (se tabel 2). Vores undersøgelse viser således, at presset ofte ikke kun er et udefrakommende pres, men tillige et pres fra mødre selv. Det er der ikke spurgt ind til i hverken Bondo eller Videncenter for Amnings undersøgelse.

Tabel 2: Hvor stammer ammepresset fra?

	(n)	(%)
Skriftligt materiale	6	<b>54,5</b>
Sundhedspersonale	6	<b>54,5</b>
Andre ammende	3	27,3
Familie	3	27,3
Venner og bekendte	1	9,1
Egne forventninger	7	<b>63,6</b>
Andre/andet	0	0

77 ud af 81 mødre har benyttet muligheden for at skrive en eller flere personlige kommentarer i deres besvarelse. Ud af de 77 har 62 kommentarer relevans for specialets problemstilling. I flere tilfælde har samme respondent angivet flere årsager til, hvorfor hun ammer fuldt, delvist eller ikke ammer. I 34 af besvarelserne beskriver kvinderne således, at de ammer eller har ammet, fordi de mener, at det er det

bedste og sundeste for barnet. Syv af kvinderne har beskrevet, at de er holdt op med at amme eller kun ammer delvist, da de oplever ikke at have haft nok mælk. Som årsag til at amme angiver seks mødre, at amning giver en unik mor-barn relation, mens tre kvinder anfører, at de ammer, da det er det mest naturlige. Endelig angiver en gruppe på seks kvinder, at de ammer, fordi de kan, og for at følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området, mens to mødre angiver, at de ammer, fordi det får dem til at føle sig som "rigtige" kvinder. De kvinder, der har følt sig presset til at amme, har i flere tilfælde benyttet sig af muligheden for at skrive en personlig kommentar. Eksempelvis har en kvinde, som ikke brød sig om at amme, følt sig presset af personalet på barselsafdelingen, mens en anden beskriver, at hun følte sig presset af både sine egne, og det hun kalder samfundets forventninger til at kunne brødføde sit eget barn.

Kvindernes personlige kommentarer har tjent som inspirationskilde til udfærdigelsen af vores interviewguide og som baggrundsviden i forbindelse med analysen af mødrenes erfaringer.

#### 4.4 Kritik af spørgeskemaet

Først og fremmest har vi kun haft mulighed for at dele spørgeskemaet ud til københavnske mødre, der kommer til de åbent hus arrangementer, som sundhedsplejen afholder. Til åbent hus har mødre mulighed for at komme og tale med en sundhedsplejerske, hvis de har spørgsmål omkring barnepleje og ernæring, eller gerne vil have deres barn målt og vejjet. Det er derfor muligt, at vi har en overrepræsentation af mødre, der oplever at have problemer med at få amningen til at fungere, og derved har større sandsynlighed for at opleve et ammepres. Det kan nemlig tænkes, at mødre med problemer vil have større behov for at tale med en sundhedsplejerske. Det kan dog også tænkes, at det er ressourcestærke mødre, der kommer i åbent hus, da det kan være svært at tale om store problemer i et miljø, hvor alle kan høre, hvad der tales om, og se hvordan reaktionerne er. Det er derfor tillige muligt, at vi har en underrepræsentation af mødre, der er resourcesvage, og idet Sundhedsstyrelsen hævder, at resourcesvage mødre oftere vil have problemer med amningen og gå over til flaske (Sundhedsstyrelsen, 2006a), kan vores resultat være underestimeret. Det er på baggrund af ovenstående sandsynligt, at der er selektionsbias i forbindelse med vores spørgeskema, men det er ikke muligt for os at konkludere, i hvilken retning selektionsbias påvirker resultatet.

Det, at spørgeskemaerne er uddelt i åbent hus, kan endvidere have bevirket en underrapportering af ammepres, idet det kan være svært at svare på spørgsmål om et så prekært emne, når andre mødre og sundhedsplejersker kan kigge en over skulderen. Endvidere er der risiko for recallbias, idet mødrene er blevet bedt om at tænke tilbage på, om de har følt et ammepres i løbet af deres ammeforløb. Det er dog begrænset, i hvor høj grad recallbias kan påvirke

resultatet, idet vi gennem hele forløbet har oplevet, at de fleste mødre kan huske ganske præcist, hvorledes deres ammeforløb har været. Det gælder både mødre, der har oplevet et problemfrit ammeforløb, og mødre der har oplevet store problemer og eventuelt er gået over til flaske.

Det, at vores resultat viser en højere andel af kvinder, der har følt ammepres end Videncenter for Amning (2002) og Bondos (2007) resultater, kan skyldes, at vi kun har inkluderet førstegangsmødre i vores undersøgelse, idet vi som nævnt formoder, at de er mere sårbare over for at føle ammepres (Hauck & Irurita, 2003). Det er dog ikke muligt at konkludere, hvorvidt det er tilfældet, da de to undersøgelser ikke spørger ind til paritet.

Vi har prioriteret, at spørgeskemaet skulle være kort og overskueligt, og vi har derfor valgt ikke at spørge ind til bopæl, indkomst, uddannelse, job osv., da det ikke har været formålet med denne spørgeskemaundersøgelse at undersøge, om der er en social gradient, og om der er eventuelle confoundere, der påvirker, om mødre oplever et ammepres. Dette bevirker imidlertid, at vores resultat ikke kan siges at være repræsentativt for alle københavnske førstegangsfødende, men formålet har som nævnt udelukkende været at få et fingerpeg om, i hvilket omfang københavnske førstegangsmødre føler ammepres. Hvis vi havde spurgt ind til kvindernes socioøkonomiske status, ville vi have haft en indikator for, om deltagerne var ressourcetsvage eller -stærke, hvorved det ville være muligt at konkludere, hvorvidt data er repræsentativt.

## 4.5 Sammenfatning

På trods af de nævnte svagheder ved vores spørgeskemaundersøgelse og usikkerheden omkring resultatet, mener vi at kunne se en tendens til, at flere kvinder føler sig presset til at amme, end Videncenter for Amnings resultat viser. Kasper Bondos undersøgelse understøtter denne tendens, idet dens resultat peger i samme retning som vores. På baggrund af, at Bondos undersøgelse og vores tal viser, at ammepres har et betydeligt omfang, finder vi, at det har karakter af at være et folkesundhedsmæssigt problem. Ammepres kan nemlig påvirke og måske forringe kvinders livskvalitet.

Vi mener dog, at det mest optimale ville være at medtage en række spørgsmål, der kan belyse ammepres i en af de store kohorteundersøgelser, som fx Bedre sundhed for mor og barn ([www.ssi.dk/sw3820.asp](http://www.ssi.dk/sw3820.asp)). På den led vil det være muligt at få ny statistisk viden på området, som er repræsentativt på landsplan, og som er indsamlet på forskellige tidspunkter i kvinders ammeforløb. Vi har nu kortlagt problemfeltet, således at vi kan foretage et kvalitativt studie af specialets problemstilling. Disse overvejelser fører os videre til de metodemæssige overvejelser, der ligger til grund for specialet.

## ANDEN DEL: METODE

### 5. Metodemæssige overvejelser

Som det fremgår af nedenstående metodebeskrivelser, har vi anvendt metodetriangulering mellem henholdsvis dokumentanvendelse, interview og narrativer (Holstein, 1996:331). Det var fra starten intentionen, at metoden fokusgruppeinterview på lige fod med de øvrige metoder, skulle have indgået i denne triangulering. Det blev dog ikke tilfældet, idet den ene fokusgruppe, der blev gennemført, fik mere karakter af et gruppeinterview (se afsnit 5.3). Det, at vi har anvendt forskellige metoder til at belyse problemstillingen, højner validiteten af undersøgelsen (Holstein, 1996:332). Vi har bestræbt os på at lade valgene af metode fremstå klart og tydeligt for ligeledes at højne validiteten i opgaven, og for at læseren kan bedømme den viden, der opnås (Maunsbach & Lunde, 1996:143).

Det, at vi anvender dokumenter fra Sundhedsstyrelsen (deres informationsmateriale til sundhedspersonale og mødre), bevirker, at vi opnår et billede af de normer og værdier, der eksisterer hos den anbefalende myndighed på spædbarnsernæringsområdet om amning og flaskegivning.

Anvendelse af dokumenter fortæller dog ikke noget om kvindernes livsverden i forbindelse med spædbarnsernæring, hvorfor vi har valgt at bruge metoderne interview, fokusgrupper og narrativer til at indfange mødrenes erfaringer af amning og eventuelt ammepres. Disse tre metoder supplerer hinanden, således at vi har opnået indsigt i og forståelse for kvindernes erfaringer med normer og værdier omkring spædbarnsernæring, og hvordan ammepolitikken griber ind i individernes livsverden.

Til at analysere materialet har vi anvendt analysemetoden tekstanalyse<sup>10</sup>. Tekstanalyse har været brugt som metode til at karakterisere de valgte dokumenter, samt til at afdække uklare, modsætningsfulde eller skjulte betydninger (Koch, 2004). Denne analyseform er ifølge Lene Koch (2004) en oplagt metode til at studere sundhedsmyndighedernes forebyggelseskampagner og et værdifuldt redskab til at synliggøre fx normer og værdier. I forhold til interview og narrativer har vi anvendt tekstanalysen til at ordne teksten i en tidsmæssig kronologisk struktur for at skabe en meningsfuld helhed ud af kvindernes fortællinger. Ved at vi bl.a. beskæftiger os med, hvad den sproglige praksis om spædbarnsernæring gør ved kvindernes livsverden, minder analysen på visse punkter om en diskursanalyse (Nexø & Koch, 2004). Vores analyse afviger imidlertid fra diskursanalysen ved, at vi ikke har anvendt en diskursiv analysestrategi, hvor der stræbes efter at spørge til teksterne på en helt specifik måde (Nexø & Koch, 2004:84).

---

<sup>10</sup> Her bruges tekstbegrebet i bred forstand, således at det både omfatter dokumenter, transskriptioner af interview og narrativer.



Ved at analysere dokumenterne og kvindernes udsagn i forhold til hinanden, bliver det muligt at generere viden om brudfladerne mellem de normer og værdier, der kommer til udtryk i informationsmaterialet og hos kvinderne. Først vil de anvendte dokumenter blive beskrevet, og dernæst følger en beskrivelse af interview, fokusgrupper og narrativer. Hvorledes analyserne rent praktisk er blevet grebet an, vil fremgå af de respektive analyseafsnit.

Det kunne have været relevant at udføre deltagerobservationer i åbent hus og ved hjemmebesøg for at opnå viden om, hvordan normer og værdier om amning og flaskegivning kommer til udtryk i en vejledningssituation. På den måde ville vi have fået viden om, hvordan sundhedsmyndighederne påvirker mødre direkte. Men da vores erfaring er, at det var vanskeligt blot at få lov til at uddele spørgeskemaer i dette forum, vurderede vi, at det ikke var en realistisk mulighed. På baggrund heraf og på baggrund af specialets problemstilling har vi valgt at analysere dokumenter i stedet for at udføre deltagerobservationer.

## 5.1 Dokumentanvendelse

I dette afsnit vil metodemæssige overvejelser vedrørende første del af specialets analyse blive gennemgået. Herunder argumenteres for valg og fravalg, som er foretaget for at besvare den del af problemstillingen, der omhandler de normer og værdier, der formidles i informationsmaterialet.

Besvarelsen af første del af problemformuleringen vil blive foretaget ved at analysere fire dokumenter. Disse dokumenter er:

- 'Håndbog i vellykket amning – anbefalinger til sundhedspersonalet' (Sundhedsstyrelsen, 2006a)<sup>11</sup>.
- 'Sunde børn. Til forældre med børn i alderen 0-3 år' (Sundhedsstyrelsen, 2006b)<sup>12</sup>.
- 'Barn i vente. Graviditet, fødsel, barselstid – vejledning til gravide' (Sundhedsstyrelsen, 2005)<sup>13</sup>.
- 'Kort og godt om amning' (Sundhedsstyrelsen, 2004).

'Håndbog i vellykket amning' indtager en særstatus, idet den anses af Sundhedsstyrelsen for at være "*grundbogen for fagfolk*" om amning (Sundhedsstyrelsen, 2006a:3). 'Håndbogen' er udarbejdet således, at den kan fungere som et redskab til sundhedspersonalet i deres arbejde med at yde praktisk hjælp ved ammeetablering. Sundhedsstyrelsen understreger, at bogen bygger på den nyeste

---

<sup>11</sup> Herefter kaldet 'Håndbog i vellykket amning' eller 'Håndbogen'.

<sup>12</sup> Herefter kaldet 'Sunde børn'.

<sup>13</sup> Herefter kaldet 'Barn i vente'.

viden på området [Sundhedsstyrelsen, 2006a:3]. Ud over 'Håndbogen' findes der yderligere en udgivelse, som er tiltænkt sundhedspersonale: 'Anbefalinger for spædbarnets ernæring'. Vi har dog fravalgt at analysere denne, da Sundhedsstyrelsen karakteriserer 'Håndbogen' som en grundbog. 'Håndbog i vellykket amning' er ikke direkte tilgængelig for mødre, med mindre de er meget opsøgende og finder den udgave, som Sundhedsstyrelsen har lagt ud på deres hjemmeside. Den information, der er i 'Håndbogen', mener vi bliver tilgængelig for mødrene i deres møde med sundhedspersonalet.

'Sunde børn', 'Barn i vente' og 'Kort og godt om amning' er tre udgivelser, som alle førstegangsgravide får udleveret af deres jordemødre og sundhedsplejersker. Vi har forsøgt at få oplyst oplagstallet for alle de anvendte publikationer. Det har dog kun været muligt at få oplagstallet for 'Sunde børn', som trykkes i 30.000 eksemplarer om året. Desuden har vi fået oplyst, at 'Barn i vente' udgik i efteråret 2007 (jf. mail fra Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning, bilag 4), hvorved de mødre, der indgår i vores undersøgelse, alle har haft mulighed for at læse den. Komiteen for Sundhedsoplysning kunne ikke oplyse oplagstallet for 'Kort og godt om amning', men vi forventer, at de fleste mødre ligeledes har adgang til denne publikation. Det, at de fleste mødre har haft adgang til de nævnte publikationer, betyder dog ikke nødvendigvis, at de har læst dem. 'Sunde børn' er en opslagsbog, som omhandler sundhed og trivsel for børn i alderen 0-3 år. Vi har valgt udelukkende at analysere kapitlerne 'Amning og barnets mad 0-6 måneder' og 'Forebyggelse af astma og allergi', idet bogens øvrige kapitler er irrelevante for specialets problemstilling (Sundhedsstyrelsen, 2006b). 'Barn i vente' er ligeledes en opslagsbog. Den omhandler graviditet, fødsel og barselstid. Vi har udvalgt relevante passager i bogen, som udgøres af afsnittet 'Forberedelse til amning', samt kapitlerne 'Amning' og 'Flaskebarn' (Sundhedsstyrelsen, 2005). 'Kort og godt om amning' er en pjeces, som udleveres ved indlæggelsen efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2004). Bøgerne og pjecen til gravide og forældre er alle trykt på tykt glittet papir. De indeholder mange billeder, og der er gjort meget ud af, at få dem til at fremstå i et pænt design, der indbyder til læsning og opslag. Ud over at modtage informationer om spædbarnsernæring fra diverse pjecer og bøger, får mødrene information om amning ved graviditetsbesøg hos læge og jordemoder, på barselsgangen samt ved besøg af sundhedsplejerske. Desuden findes der en stor mængde information på internettet (fx [www.netdokter.dk](http://www.netdokter.dk)).

Der findes derudover et utal af bøger og pjecer, der omhandler spædbarnsernæring fx 'Alt om amning' (Roldgaard & Tatarczuk, 2007), 'Bogen om barnet' (Manniche, 2004) og 'Graviditet, fødsel, den nye familie' (SCA Hygiene Products A/S, 2004). De fire udgivelser, vi har valgt, anser vi dog for at være de primære på baggrund af, at de udleveres til henholdsvis alt sundhedspersonale, der har med gravide og mødre at gøre ('Håndbogen'), og til alle førstegangsmødre ('Sunde børn', 'Barn i vente' og

'Kort og godt om amning']). Vi har desuden valgt dokumenterne ud fra en betragtning af, at udgiveren er Sundhedsstyrelsen, som er den overordnede sundhedsfaglige myndighed i Danmark.

## 5.2 Interview

Det er fundet hensigtsmæssigt at benytte det kvalitative interview samt fokusgrupper til indsamling af data, fordi der derigennem kan opnås nuanceret viden om kvindernes erfaringer med normer og værdier omkring spædbarnsernæring i Danmark.

Vi valgte fra begyndelsen, at vi ville udføre mellem fem og otte enkeltpersoninterview. Efter endt rekruttering havde vi syv interviewpersoner, og tre vi kunne henvende os til, hvis vi ikke opnåede tilstrækkelig mættede data. Det blev dog ikke nødvendigt.

Interviewene blev baseret på en semistruktureret interviewguide (se bilag 5 og 6), som vi opbyggede ud fra temaer. Temaerne blev opstillet for at belyse problemstillingen bedst muligt, og ud fra temaerne blev der udarbejdet interviewspørgsmål. Spørgsmålene forsøgte vi at gøre dynamiske for derved at fremme interaktionen mellem interviewer og interviewpersonerne. Således motiveres kvinderne til at tale om deres erfaringer, tanker og oplevelser (Kvale, 1997:134). Det var ikke et krav til interviewer, at interviewguiden skulle følges stringent, hverken med hensyn til ordlyden eller rækkefølgen af spørgsmålene. Det var interviewerens opgave at forfølge nye, spændende og for problemformuleringen relevante vinkler under interviewet. I øvrigt var det en fordel, at en del af svarene fra interviewpersonerne blev fortolket og bekræftet i løbet af interviewsituationen. Denne fortolkning foregik ved, at interviewer spurgte ind til interviewpersonens udsagn, ved fx at spørge: "Har jeg forstået dig rigtigt når ...?". Endvidere vendte interviewer tilbage til visse udsagn for at få dem uddybet. Det blev aftalt med mødrene fra enkeltpersoninterviewene, at vi kunne vende tilbage, hvis der var behov for supplerende eller uddybende spørgsmål.

Under selve interviewene fordelte vi rollerne imellem os. På skift fungerede vi således som interviewer og observatør. Observatøren trådte til med overblik over temaer, der ikke blev udførligt klarlagt.

Kvale (1997) mener, at interviewets kontekst er af stor betydning for interviewpersonerne og for kvaliteten af interviewet. Alle interviewene foregik i hjemlige omgivelser, hvilket ifølge Kvale fremmer en tryk og åben stemning (Kvale, 1997). Seks af interviewene foregik således i interviewpersonernes eget hjem, mens et interview blev foretaget hjemme hos en af specialets forfattere. Den hjemlige kontekst bevirkede, at der åbnedes op for informanternes privatsfære, hvilket har været vigtigt, da

emnet er meget personligt og til tider følsomt. En anden faktor, der var medvirkende til, at vi fik meget åbne og ærlige interview, var, at interviewpersonerne følte, at vi pga. vores status som mødre, nemt kunne sætte os ind i deres livsverden, hvilket flere af dem gav udtryk for.

En tredje vigtig faktor for interviewets kontekst var en kort briefing og debriefing. Briefingen bestod af, at vi introducerede os selv, emnet, samt kort skitserede betingelserne for, hvorledes interviewene ville blive anvendt (Kvale, 1997:132). Debriefingen bestod af interviewpersonernes eventuelle kommentarer og spørgsmål, samt deres oplevelse af at være blevet interviewet om et så personligt emne som spædbarnsernæring.

### 5.2.1 Udvalgelse og rekruttering af interviewpersoner

Til udvælgelse af interviewpersoner har vi anvendt tilfældig sampling, som er en udvælgelse, hvor de muligheder, der viser sig for interview, benyttes, og hvor det ikke på forhånd vides, hvilke interviewpersoner der er mest informative. Desuden bliver både inkluderende og ekskluderende kriterier ofte brugt i samspil med den tilfældige sampling (Maunsbach & Lunde, 1996), hvilket ligeledes har været tilfældet i dette speciale. Vi valgte, at vi dels ville interviewe førstegangsmødre, der havde oplevet problemer med amningen og var gået over til flaske, og dels førstegangsmødre, der havde haft et problemfrit ammeforløb, og som havde ammet fuldt ud i minimum fire måneder. Dette valgte vi på baggrund af, at det derved var muligt for os at opnå en nuanceret viden om problemstillingen.

Udvælgelseskriterierne for interviewpersoner til enkeltpersoninterview og fokusgrupper har været<sup>14</sup>:

- Kvinderne skulle være førstegangsmødre, fordi førstegangsmødre som oftest er mere sårbare end flergangsmødre (Hauck & Irurita, 2003:70), hvorfor vi formoder, at de i højere grad påvirkes af ammepres.
- Kvinderne skulle være etnisk danske, da kvinder af anden etnisk oprindelse vil have andre erfaringer og kulturelle forudsætninger i forbindelse med spædbarnsernæring end etnisk danske kvinder (Sundhedsstyrelsen, 2006a:20). Derved vil der være andre problematikker knyttet til denne gruppe.
- Kvinderne måtte ikke være teenagemødre, idet der ligesom med kvinder af anden etnisk oprindelse, er nogle specielle problematikker forbundet med det at være ung mor (Sundhedsstyrelsen, 2006a).

---

<sup>14</sup> Ved at opstille kriterier for udvælgelse, er vi klar over, at vi kun ser et udsnit af de forskellige måder, hvorpå amning, flaskegivning og eventuelt ammepres kan opfattes.

- De problemer, kvinderne måtte have haft med amning, skulle være opstået inden for de første seks måneder af barnets liv, da Sundhedsstyrelsen anbefaler fuld amning, indtil barnet er fyldt seks måneder (Sundhedsstyrelsen, 2006a).
- Om muligt skulle børnene være mellem fire og ti måneder på interviewtidspunktet, da mødrene derved havde nået at opleve et ammeforløb og samtidig for de flestes vedkommende stadig var på barsel, hvilket gjorde det nemmere at arrangere fokusgrupper. Desuden måtte børnene ikke være ældre end ti måneder af hensyn til, at kvinderne stadig skulle kunne huske deres ammeforløb i detaljer.

Vi tog flere forskellige metoder i anvendelse for at finde de interviewpersoner, vi havde brug for til undersøgelsen. Først kontaktede vi lederne for de otte distrikter i Københavns Kommunes sundhedspleje. Vi sendte et informationsbrev til dem via mail, som vi bad dem videreformidle til sundhedsplejerskerne i de forskellige distrikter (se bilag 7). Det var dog ikke så ligetil, som vi havde forestillet os. Kun tre ledere og én sundhedsplejerske gav positive tilbagemeldinger. Årsagerne til de få positive tilbagemeldinger var bl.a., at sundhedsplejerskerne havde travlt og derfor ikke havde overskud til at finde egnede interviewpersoner, og at de var nervøse for at overskride kvindernes grænser ved at spørge dem, om de ville deltage i et interview. Vi fik dog kontakt til fire kvinder via sundhedsplejerskerne. Dette vurderede vi imidlertid til at være for få deltagere. Derfor skrev vi en efterlysning af interviewpersoner, som vi lagde ud i 14 forskellige netfora for mødre<sup>15</sup> (se bilag 8). Dette gav os 11 interviewpersoner til såvel enkeltpersoninterview som fokusgruppeinterview.

Vores efterlysning af interviewpersoner på hjemmesiden slyngebarn.dk afstedkom en ophedet debat. Debatten beroede bl.a. på, at en af vores medstuderende, som lagde efterlysningen ud på siden, gav den overskriften 'amning vs. flaskegivning'. Dette ordvalg gjorde, at vi blev opfattet som en del af det, brugerne af sitet kaldte "flaskemafiaen". De troede derved, at vi var ude på at promovere flaskegivning og således nedgøre amning. Desuden mente flere medlemmer af netforummet, at det, at ordet 'ammepres' indgik i efterlysningen, ville bevirke, at vores undersøgelse ikke kunne blive repræsentativ. Repræsentativitet er imidlertid ikke et kriterium for kvalitative undersøgelser, idet data indsamlet ved brug af kvalitative metoder *"er karakteriseret ved at være righoldige, nuancerede og dermed vanskelige at tælle og systematisere fuldstændigt"* (Schmidt & Dyhr, 2004:27). Derved ikke sagt, at kvalitative studier ikke skal kunne generaliseres til en bredere kontekst.

Samtidig med, at efterlysningen blev lagt ud på de nævnte netfora, sendte vi den til Afspændingspædagogernes Aftenskole, som har efterfødselsgymnastikhold. Vi spurgte desuden i

<sup>15</sup> Syv forskellige mødregrupper på [www.netdoktor.dk](http://www.netdoktor.dk), [www.slyngebarn.dk](http://www.slyngebarn.dk), mødredebatgruppe på [www.jubii.dk](http://www.jubii.dk), fire mødregrupper på [www.min-mave.dk](http://www.min-mave.dk) og debatforum på [www.netbaby.dk](http://www.netbaby.dk).

vores bekendtskabskreds, om man kendte nogle potentielle interviewpersoner.

Afspændingspædagogernes Aftenskole vendte aldrig tilbage, og vi fik ikke kontakt til nogen via vores bekendtskabskreds. Både de interviewpersoner, vi fik kontakt til via netfora og sundhedsplejersker, bad vi videreformidle vores efterlysning, hvorved vi benyttede os af den såkaldte sneboldsmetode (Pedersen, 1998:224). I alt fik vi 15 deltagere til enkeltpersoninterview og fokusgrupper. Vi havde ikke på forhånd forestillet os, at det ville være så vanskeligt at skaffe interviewpersoner, som det var tilfældet.

Samtlige mødre, vi interviewede, virkede som ressourcestærke kvinder. Dette svarede til vores forventninger, idet mødre, der har overskud til at stille op til enten interview eller fokusgruppe og fortælle deres historie, må formodes at være stærke, da det både er tidskrævende og kan være grænseoverskridende at invitere fremmede inden for i sit hjem. Alle interviewpersonerne er beskrevet i bilag 9.

### 5.3 Fokusgrupper

For yderligere at belyse anden del af problemformuleringen valgte vi at udføre fokusgruppeinterview. Fokusgrupper er en forskningsmetode, hvor der produceres data via gruppeinteraktion omkring et emne, i dette tilfælde normer og værdier omkring spædbarns ernæring. Kendetegnen for fokusgrupper er således kombinationen af gruppeinteraktion og et forskerbestemt emnefokus (Halkier, 2002). Grunden til, at vi valgte at inddrage fokusgruppeinterview som metode, er, at metoden er velegnet til at producere data om grupperes fortolkninger og normer og derved supplere enkeltpersoninterviewene, som primært belyser mødrenes livsverdener (Kvale, 1997).

Vi rekrutterede deltagerne til fokusgrupperne på samme måde som til enkeltpersoninterview, se afsnit 5.2.1. Idet emnet for fokusgrupperne er sensitivt, valgte vi at sammensætte grupper med få deltagere. Årsagen hertil var, at vi ville give deltagerne mulighed for og mod til at uddybe personlige erfaringer og synspunkter (Bojlén, 1996). En ulempe ved mindre grupper er imidlertid, at de er sårbare over for afbud eller udeblivelser, og at der kan opstå en situation, hvor der ikke produceres tilstrækkelig dynamisk interaktion mellem deltagerne (Halkier, 2002).

Intentionen var at udføre to fokusgruppeinterview, et med mødre, der gav flaske, og et med mødre, der udelukkende havde ammet. Det var dog kun fokusgruppen med flaskemødre, der blev gennemført.

Fokusgruppen blev afholdt privat for at skabe en tryk og god stemning. Desuden briefede vi deltagerne kort om formålet med fokusgruppeinterviewet samt hvilke temaer, der skulle berøres (se bilag 10).

Da vi ikke fra tidligere har erfaring med at gennemføre fokusgrupper, valgte vi, at vi begge skulle være til stede. En var moderator, og en fungerede som observatør. Moderator skulle være med til at skabe en tryk stemning og opmuntre deltagerne til at udtale sig. Observatørens opgave var primært at observere deltagerens interaktion og non-verbale signaler, samt eventuelt at stille uddybende eller opklarende spørgsmål (Halkier, 2002).

Til fokusgruppen havde fire personer tilkendegivet, at de kunne deltage den pågældende dag. Dagen før meldte én af deltagerne afbud. På selve dagen udeblev en deltager, og dermed deltog kun to mødre i fokusgruppen. Gruppen viste sig således, som beskrevet ovenfor, at være meget sårbar over for aflysninger. Tillige oplevede vi, at den tiltænkte dynamiske interaktion mellem deltagerne var minimal. Derfor kom fokusgruppen til at minde mere om et gruppeinterview, hvor vi stillede spørgsmål, og deltagerne svarede os, og stort set ikke diskuterede med hinanden (Halkier, 2002:11).

Den ene af deltagerne var tydeligvis mere dominerende og talende end den anden, men til slut gav de begge udtryk for, at det havde været hyggeligt at deltage i fokusgruppen, og at emnet havde været nemt at debattere. For yderligere præsentation af deltagerne se bilag 9.

For at sikre, at deltagerne til fokusgruppen med ammemødre huskede at møde op, sendte vi en reminder tre dage før, den skulle afholdes. Det viste sig dog, at fire ud af de fem mødre, der skulle have deltaget, meldte afbud, og vi kontaktede derfor den sidste deltager for at aflyse fokusgruppen.

Vi valgte at lade være med at arrangere en ny fokusgruppe, da det i første omgang var meget vanskeligt at finde en dato, hvor alle kunne komme, og det derfor ville være for tidskrævende en proces.

## 5.4 Narrativer

I vores forsøg på at rekruttere interviewpersoner modtog vi en del uopfordrede henvendelser fra mødre, der boede for langt væk til at kunne deltage, men som i øvrigt matchede kriterierne. Vi har valgt at bruge deres narrativer som supplement til interview og fokusgrupper i analyse- og diskussionsdelen af specialet. Vi fik syv narrativer, alle fra kvinder der havde forsøgt at amme, men for hvem det af forskellige årsager ikke var lykkedes.

Narrativet er en måde at udtrykke erfaring på, og da virkeligheden kommer til udtryk som erfaring i os, kan narrativet forstås som noget helt grundlæggende for mennesker. Personlige narrativer er kendetegnede ved deres fokus på den individuelle erfaring, som er opstået ud fra specifikke

begivenheder. Det, narrativer kan bidrage med, er derved en forståelse af den individuelle erfaring, samtidig med, at de kan give en forståelse af alment kulturelle sammenhænge (Steffen, 1996). Karakteristisk for narrativer er således, at den menneskelige erfaring påvirker narrativet, men at narrativer om livet også påvirker, hvordan vi erfarer verden. Idet narrativet og erfaring gensidigt strukturerer hinanden, giver narrativet os en mulighed for at udforske, hvordan individuel erfaring er med til at skabe og ændre den kontekst, vi lever i, hvilket ligeledes er muligt i forbindelse med interview og fokusgrupper (Mogensen, 2005).

Vi betragter mødrenes beretninger som en slags sygefortællinger, hvor den enkeltes erfaring med et problemfyldt ammeforløb videregives for at skabe meningsfuldhed for fortælleren. Vi mener derved, at narrativerne har haft til formål at hjælpe fortællerne selv, idet de føler, at de kan hjælpe andre i samme situation (Steffen, 1996).

## 5.5 Ethiske overvejelser

I forbindelse med interviewene blev tre retningslinier om informeret samtykke, fortrolighed og konsekvenser fulgt<sup>16</sup>.

Ved informeret samtykke får interviewpersonerne oplysninger om formålet med undersøgelsen, og om hvorledes interviewene vil foregå. Dette gjorde vi ved at sende et informationsbrev ud til de medvirkende, hvori rammerne for, formålet med og den efterfølgende brug af interviewet blev skitseret (se bilag 11). Desuden blev interviewpersonerne informeret om, at deltagelsen var frivillig, og at det var muligt at fortryde sin deltagelse, således at den pågældende person ikke vil blive citeret i specialet (Kvale, 1997:118).

Ved begrebet fortrolighed forstås i dette speciale, at alle de interviewede er anonyme, og at vi har tavshedspligt.

Forud for interviewene blev det overvejet, om deltagelse i specialet kunne have negative konsekvenser for de medvirkende. I forhold til de mødre, der deltog i enkeltpersoninterview, forudså vi ingen negative konsekvenser. Vi havde derimod en forestilling om, at de eventuelt kunne bruge interviewene til at få talt om de problemer, de måtte have haft med amningen. Vores personlige erfaring er, at de fleste mødre gerne vil tale om deres oplevelser, såvel positive som negative. Flere af interviewpersonerne gav således også udtryk for, at selvom emnet var meget personligt, så mente de, at det var vigtigt og relevant at få belyst, og at det var en af årsagerne til, at de valgte at deltage. På denne led har de, ved

---

<sup>16</sup> I forbindelse med narrativerne blev principperne om informeret samtykke og fortrolighed fulgt.



hjælp af at fortælle deres historie, mulighed for at hjælpe andre mødre i samme situation (Kvale, 1997:121).

Vi blev undervejs i rekrutteringen opmærksomme på, at emnet var meget følsomt for nogle mødre. Flere sagde, at de ikke magtede at tale om emnet i en fokusgruppe, men at de derimod gerne ville deltage i et enkeltpersoninterview. Det respekterede vi naturligvis.

Idet emnet bl.a. grunder i et personligt engagement, blev vi ved gennemlytning af enkeltpersoninterview og fokusgruppe opmærksomme på vores egen rolle, hvor vi til tider bragte vores egne erfaringer vel rigeligt på banen. Dette gjorde sig især gældende i forbindelse med interview af flaskemødre, og her kunne vi med fordel have været mere lyttende og knap så interagerende.

## TREDJE DEL: TEORI

### 6. Teoretisk referenceramme

Den teoretiske referenceramme i specialet er viden med relevans for problemstillingen. Dvs. at vi bruger teorien som hjælp til at åbne de empiriske data. Vi vil udelukkende beskrive de dele af de sociologiske teorier, som vil blive anvendt i analysen og diskussionen af informationsmaterialet og mødrenes erfaringer, velvidende at teorierne rummer langt flere aspekter end de nedenfor beskrevne. Dette valg er taget med henblik på at kunne fokusere diskussionen i forhold til problemstillingen. Først vil Foucaults begreb *governmentality* blive beskrevet, idet vi anser det for at være et centralt begreb for problemstillingen. I forbindelse med *governmentality* vil subjektivering, agency, politikker, magt og viden ligeledes blive beskrevet. *Governmentality* er et styringsrationale<sup>17</sup>, som vil indramme analysen, idet vi ser, at denne specifikke mentalitet kommer til udtryk i de valgte tekster og reflekteres i kvindernes udsagn, når de diskuteres i forhold til indholdet i teksterne. Dernæst vil begrebet sociale teknologier blive beskrevet, da det ligesom *governmentality* er centralt og relevant at diskutere i forhold til specialets problemstilling.

#### 6.1 Styring og *governmentality*

*Governmentality* er et begreb, som Foucault har udviklet igennem en række forelæsninger afholdt i slutningen af 1970'erne og indtil hans død i 1984 (Dean, 2006). *Governmentality* er ikke entydigt defineret noget sted i Foucaults tekster. Og grundet den noget fragmenterede arv fra Foucault er det et vanskeligt begreb at nærme sig. Vi vil dog her gøre et forsøg på at forklare begrebets betydning, idet vi især læner os op ad Mitchell Deans fortolkning i bogen 'Governmentality – Magt og styring i moderne samfund'. For at begribe *governmentality*-begrebet er det imidlertid nødvendigt at forstå, at *governmentality* er et styringsrationale, som er knyttet til en bestemt forståelse af government. Government oversættes i dette speciale til det danske ord 'styring', dvs. langt fra den konventionelle oversættelse 'regering' (Villadsen, 2006).

Foucaults måde at anskue styring på illustrerer han ved hjælp af ordspillet "*conduct of conduct*" (Foucault, 1994:341). Han benytter således at ordet 'conduct' har en dobbeltbetydning: at styre og opføre sig. Som Foucault siger "*to 'conduct' is at the same time to 'lead' others ... and a way of behaving*

---

<sup>17</sup> Betegnelserne 'styringsrationale' og 'styringsmentalitet' vil blive anvendt synonymt i specialet for begrebet *governmentality* for at kunne variere sproget.

*in a more or less open field of possibilities*" (Foucault, 1994:341). Når de to betydninger af ordet *conduct* ses i sammenhæng, betegner styring "*ethvert forsøg på – med et vist overlæg – at forme aspekter ved vores adfærd i overensstemmelse med bestemte normsæt og med bestemte mål for øje*" (Dean, 2006:43). I denne opfattelse af styring er selvstyring indlejret, og individet sætter derved spørgsmålstegn ved egen adfærd, med det formål at blive bedre til at styre sig selv. Således fremgår det, at styring er en vidtfavnende aktivitet, der benytter sig af forskellige midler, såsom styringens autoriteter, vidensformer og teknikker. Styring indbefatter hos Foucault, at den styrende part anskuer menneskelig adfærd som en størrelse, der kan reguleres og formes (Dean, 2006:44). Endelig forudsætter Foucaults styringsdefinition, at styring udøves over levende mennesker, som er i stand til at handle, og i denne betydning indebærer styring, at de styrende søger at give friheden form og således strukturerer de styredes handlefelt (Foucault, 1994:342).

I relation til de nedenfor beskrevne begreber magt og subjektivering beskriver Dean (2006:54), at det, at styring defineres som "conduct of conduct", medfører magtrelationer såvel som skabelse af individets identitet (subjektiveringsprocessen).

Efter at have forklaret begrebet styring vil vi nu beskrive, hvorledes governmentality forstås som et styringsrationale.

Det tætteste Foucault kommer på en egentlig begrebsforklaring på governmentality er i en forelæsning ved Collège de France i det akademiske år 1977-78 (Foucault, 1994). I forelæsningen forklarer han, hvad han mener med begrebet:

1. For det første betegner Foucault governmentality som et styringsrationale, der har befolkningen som mål. Dette styringsrationale benytter sig af såkaldte sikkerhedsapparater, dvs. fx institutioner<sup>18</sup>, som skal sikre befolkningens sundhed (Foucault, 1991:102; Dean, 2006:56).
2. For det andet karakteriseres governmentality som en tendens i det moderne vestlige samfund, der kendetegnes ved, at styring (government), dominerer over andre former for magt, fx suverænitet og disciplin<sup>19</sup>. Foucault pointerer, at styring ikke erstatter de øvrige magtformer, men blot er dominerende (Foucault, 1991:102-103).
3. Endelig betegner governmentality-begrebet den proces, som Foucault benævner governmentaliseringen af staten. Dvs. hvorledes staten har bevæget sig fra magtformerne

<sup>18</sup> Fx Sundhedsstyrelsen og Den Kommunale Sundhedspleje.

<sup>19</sup> Suverænitet udøves fx ved at opretholde territorier i form af landegrænser, mens disciplinær magt udøves af eksempelvis Politiets Efterretningstjeneste i forbindelse med overvågning.

suverænitet og disciplin og gradvist mod en styring, der søger at forme og stimulere subjekter til at udøve en bestemt adfærd (Foucault, 1991:103).

Desuden kan det tilføjes, at den governmentaliserede stat er en stat, hvor udøverne af magt og viden i lige så høj grad befinder sig ude i samfundet som i toppen af statsapparatet (Villadsen, 2006:14).

Ud over ovenstående forklaring på governmentality, beskriver Foucault (1988:19) governmentality som en kontakt mellem dominans- og selvteknologier. Ved dominansteknologier forstås udøvelse af magt over andre, mens selvteknologier betyder, at individer udøver handlinger på sig selv for at opnå en tilstand af noget bedre, fx bedre helbred (Foucault, 1988:18).

Relationen mellem governmentality og styring er således, at *"governmentality søger at udskille de særlige mentaliteter ... der er forbundet med styring"* (Dean, 2006:31) i det moderne vestlige samfund, mens begrebet styring, som "conduct of conduct", betegner *"enhver mere eller mindre kalkuleret styring af, hvordan vi opfører os og handler"* (Dean, 2006:31).

Governmentality-analytikken ansporer til at forstå *"hvordan vi styrer og bliver styret, og til relationen mellem vores selv-styring, vores styring af andre og styringen af staten"* (Dean, 2006:31). Der fokuseres således i denne analytik især på spørgsmål om menneskelig adfærd i samspillet mellem fx eksperter og mødre – ofte med henvisning til en specifik form for sandhed, og med henvisning til bestemte teknologier – med henblik på at opnå en adfærdsændring<sup>20</sup> (Dean, 2006). Governmentality-analytikken forsøger endvidere at vise, at de selvfølgelige måder, vi handler og reflekterer på, ikke nødvendigvis er så selvindlysende endda. Det er netop på baggrund af governmentality-analytikkens særlige bidrag, at vi har valgt denne til at undersøge normer og værdier i Sundhedsstyrelsens informationsmateriale, og hos kvinderne i forbindelse med spædbarnsernæring, for derefter at se på brudfladerne mellem disse to.

Governmentality-analytikken kan generelt kritiseres for ikke at tage højde for, at individer kan vælge at handle anderledes end de valg, der fremsættes af den politik, der analyseres. Dette er et emne, der ikke behandles i governmentality-litteraturen (Lupton, 1997:101). Idet vi dog ikke udelukkende analyserer ammepolitikken, men tillige analyserer kvindernes erfaringer med spædbarnsernæring ved hjælp af det teoretiske begreb sociale teknologier, opnår vi netop en indsigt i, hvorledes kvinderne handler, og dermed også en indsigt i, hvorledes de til tider bryder med de valg, der fremsættes som mulige af den gældende politik.

---

<sup>20</sup> Specifikke sandheder og teknologier er ofte indlejret i politikker (Shore & Wright, 1997), fx ammepolitikken.

### 6.1.1 Governmentality som analysestrategi

Signild Valgård (2003a) har i sin bog 'Folkesundhed som politik' udarbejdet en analysestrategi i forhold til governmentality-begrebet, således at ovenstående teori om governmentality kan anvendes direkte i forhold til empirisk materiale. Analysestrategien er målrettet folkesundhedspolitikker, og har derved været nærliggende at bruge i vores dokumentanalyse. I forbindelse med interview og narrativer har analysestrategien i højere grad tjent som en bagvedliggende inspirationskilde.

Nedenfor præsenteres den analysestrategi, Valgård (2003a) har udviklet på baggrund af Foucaults governmentality-begreb. Analysestrategien består af tre dele:

1. Styring kan ske ved, at der appelleres til de motiver og ønsker, som den styrende part regner med at de(n) styrede har. Det kan fx være ønsket om at opnå et godt liv eller om at være en god mor (Vallgård, 2003b:124).
2. Styring kan foregå gennem appel til de egenskaber, som de styrende forventer, at målgruppen af en given intervention har. Eksempelvis kan der appelleres til befolkningens ansvarlighed (Vallgård, 2003b:125).
3. Styring kan ske ved hjælp af formning af subjekter (subjektivering), dvs. at de styrende udøver magt ved at søge at forme individers normer og derved ændre deres adfærd. Ideen hermed er at internalisere de styrendes normer hos den enkelte (Vallgård, 2003b:126-127).

Som vi ser det, indeholder analysestrategien den dobbeltbetydning, Foucault fremfører i sin forklaring af "conduct of conduct", idet alle tre dele drejer sig om både dominans- og selvteknologier.

### 6.1.2 Magt og viden

Foucault har beskæftiget sig med magtbegrebet igennem hele sit forfatterskab. Det centrale har for ham været at beskrive magten frem for at fortolke og forstå den (Krause-Jensen, 1978:113). Hans definition af magt har ændret sig undervejs, men han har holdt fast i at se magt som produktivt og relationelt (Krause-Jensen, 1978:115). Magt er således en allestedsnærværende størrelse, netop "*fordi den produceres hvert øjeblik, på et hvert punkt, eller snarere i relation mellem ét punkt og et andet*" (Foucault i Krause-Jensen, 1978:214). Magten fremstår dog sjældent helt entydigt. Selvom den har en produktiv side, findes der stadig en negativ side af magten, som er undertrykkende og disciplinerende (Krause-Jensen, 1978:148). Både den positive og den negative side af magten tjener

*"i subtil forening... samme 'samfundsvenlige' mål: at undertrykke med henblik på at producere nyttige, gavnlige og positive eller profitable virkninger"* (Krause-Jensen, 1978:128).

Foucault udvider i 1982 sin definition af magt, idet magten i 'Overvågning og straf' flere steder fremstår som havende en absolut kapacitet til at tæmme individer. I 1982 præciserer han således, at magt kun kan udøves over frie individer, dvs. individer, som har mulighed for at handle og tænke på mangfoldige måder – sommetider endog på måder, der ikke på forhånd er erkendt af magtudøverne (Foucault, 1994:342; Dean, 2006:48). Magten udgør således et mulighedsfelt, i hvilket aktive individer er i stand til at indskrive sig selv (Foucault, 1994:341). Magt definerer han herefter som *"actions on others' actions: that is, it presupposes rather than annuls their [individernes] capacity as agents, it acts upon, and through, an open set of practical and ethical possibilities"* (Gordon, 1991:5). Så selvom magt er allestedsnærværende i alle menneskelige relationer, så ser Foucault ikke magt som en fikseret eller lukket størrelse, men snarere som et endeløst og åbent strategisk spil (Foucault, 1994). Derved er magten ikke centraliseret, den udgår ikke fra et bestemt sted i samfundet, men den udøves i decentraliserede relationer (Villadsen, 2006:11). Der findes imidlertid strukturer i samfundet (fx Sundhedsstyrelsen), der etablerer positioner, hvorfra magt kan udøves, eksempelvis via politikker.

Magt kan i Foucaults optik ikke adskilles fra sandhed og dermed viden. I sin bog 'Overvågning og straf' påviser han således, at vidensproduktion og magtudøvelse er gensidigt betingede, og at den ene størrelse derfor ikke kan eksistere uden den anden (Krause-Jensen, 1978; Villadsen, 2006:11). Derudover siger Foucault, at al sandhed og viden er politisk bestemt, og derved findes der ikke sandheder, som er uafhængige af den politiske kontekst, de er opstået i (Krause-Jensen, 1978:116-117).

Den governmentaliserede stat kendetegnes ved, at statsinstitutioner bruger ekspertviden som magtudøvelse til fx at sikre befolkningens sundhed ved hjælp af risikoprofiler. Governmentality-analyser er således en særlig type magtanalyser, der er inspireret af Foucaults udvidede magtdefinition.

### **6.1.3 Subjektivisering og agency**

Ifølge Foucault (1994:327) er det generelle tema i hans forskning subjektet, og måden hvorpå det formes, snarere end magtudøvelse i sig selv. Han ser derved på, hvilke egenskaber og selvforståelser magtudøvelse fremmer hos de styrede (Vallgård, 2003b). Som Foucault (1994) beskriver det, er det de former for magt, individet møder i hverdagslivet, der konstituerer det som subjekt, og som får individet til selv at forme sig som subjekt via selvteknologier. Magt er således en betingelse for

individets subjektivering (Allen, 2002:135). Foucault fremfører en dobbeltbetydning af ordet subjekt: *"subject to someone by control and dependence, and tied to his own identity by a conscience or selfknowledge. Both meanings suggest a form of power that subjugates and makes subject to"* (Foucault, 1994:331). Dels betones således subjektiveringen, dvs. etableringen af individets identitet, og dels den formning af individer, der fx finder sted i relation til autoriteter (Christensen, 2005). Begge ordets betydninger indebærer en form for magt (Foucault, 1994). Subjektet knyttes til sin egen identitet – en identitet, der etableres i kraft af de mulighedsbetingelser, magtudøvelsen stiller til rådighed (Christensen, 2005:15).

Hos Foucault ses ifølge Amy Allen (2002) ingen klar distinktion mellem begreberne subjektivering og agency<sup>21</sup>. Men som Allen pointerer, er subjektivering en forudsætning for agency, idet *"one cannot have the ability or capacity to act without having the ability or capacity to deliberate, that is, without being a thinking subject"* (Allen, 2002:135). Idet magt som beskrevet er en betingelse for subjektivering, følger det, at magt ligeledes er en forudsætning for agency (Allen, 2002).

Begreberne subjektivering og agency vil i analysen hjælpe os til at se, hvorledes kvindernes normer og værdier i forhold til spædbarnsernæring formes og påvirker deres adfærd.

#### **6.1.4 Politikker**

Som det fremgår af ovenstående, er intentionen om at gribe regulerende ind i samfundet indlejret i governmentality-begrebet. Denne intention bliver ifølge Shore & Wright (1997) eksplicit i en policy<sup>22</sup>, som dog ofte viser sig at hvile på implicitte antagelser, som selvsagt ikke er nedfældet. Via politikker kommer samfundets normer og værdier til udtryk, og hvis en politik har succes, kan disse normer og værdier internaliseres hos borgerne, og derved påvirke dem til at tænke, føle og handle i en bestemt retning (Shore & Wright, 1997:9). Politikker tager politiske problemer op, men gør det ofte i et videnskabeligt sprog, der ved første øjekast forekommer at være neutralt. Som Foucault pointerer, vil videnskab – og derved politikker, som baserer sig på videnskabelig viden – imidlertid aldrig være neutrale, idet de er uløseligt forbundet med magt (Shore & Wright, 1997:8). I forbindelse med politikker vil der altid være en aktør, som står for at formulere politikkerne. Denne aktør er med til at konstruere, *"hvad der er rigtig og relevant viden [og] er med til at definere de områder, magten udøves på, hvad der kan tales om og besluttes, såvel som hvordan der kan handles"* (Valgård, 2003a:12). Aktøren er i

---

<sup>21</sup> I dette speciale anvendes begrebet 'agency' som et individfokus på mødrenes kapacitet til at skabe handlerum.

<sup>22</sup> Herefter benævnes policy med det danske ord 'politik'.

dette speciale Sundhedsstyrelsen, som har formuleret en politik om spædbarnsernæring målrettet danske kvinder.

Politikker kan fx tage form som biopolitikker, der ifølge Foucault er *"genstand [for] befolkningen som biologisk størrelse og dennes livsfunktioner"* (Villadsen, 2006:20). Dvs. at biopolitikker gennemføres for at optimere befolkningers sundhed, velfærd og liv. Biopolitik karakteriseres ifølge Dean (2006:169) endvidere ved at være en social styringsform, idet den netop beskæftiger sig med fænomener som bl.a. sundhed, hygiejne og fødselstal. Biopolitik omhandler derfor også *"de sociale, kulturelle, miljømæssige, økonomiske og geografiske forhold, under hvilke mennesker lever, forplanter sig, bliver syge, dør, opretholder sundhed eller bliver raske"* (Dean, 2006:169). Vi ser derfor Sundhedsstyrelsens politik om spædbarnsernæring som et eksempel på en biopolitik.

## 6.2 Sociale teknologier

I analysen af specialets samlede empiri tager vi, udover den allerede beskrevne teori, udgangspunkt i Jöhncke et al.s (2004) begreb sociale teknologier. Som det vil fremgå af nedenstående, er sociale teknologier inspireret af Foucault. Men for at forstå begrebet er det nødvendigt først at forklare, hvad løsningsmodeller ifølge Jöhncke et al. (2004) er.

Løsningsmodeller betegnes af Jöhncke et al., som de processer, hvor bestemte løsninger danner rammen for, *"hvordan problemer formes og opfattes"* (2004:385). I løsningsmodeller kommer samfundets rationaliteter<sup>23</sup> til udtryk, som fx hvordan man kan og bør skabe det sunde menneske. Løsningsmodeller identificerer således de mennesker, der ikke kan leve op til samfundets rationaliteter, de såkaldte problembærere. Derved problematiseres det ikke-ansvarlige og det usunde (Jöhncke et al., 2004). Problemløserne, i form af eksperter, er midlet til at kurere problembærernes problemer. Løsningsmodellens rationaliteter er ofte så fasttømrede, at visse dele af de problemer, som bærerne af dem har *"glider ud af fokus, forties eller rent ud fornægtes"* (Jöhncke et al., 2004:386). På denne vis risikerer løsningsmodeller at have uforudsigelige effekter og fx ekskludere grupper af mennesker, der ikke kan leve op til indholdet i de konkrete modeller. Det skal pointeres, at der er tale om løsningsmodeller, som de fremsættes i institutionelle sammenhænge og/eller i konkrete politikker.

---

<sup>23</sup> Ordet 'rationalitet' opfatter vi, i overensstemmelse med Jöhncke et al, som værende indbegrebet af sund fornuft, ansvarlighed og anstændig opførsel. Endvidere karakteriseres rationaliteter ved at foregive at være objektive og neutrale, selvom de ofte er både politiske og kulturspecifikke (Shore & Wright, 1997:8).



Sociale teknologier er ifølge Jöhncke et al. de processer, hvorigennem løsningsmodeller udfolder sig i praksis i institutionelle sammenhænge (2004:387). I dette speciale bliver sociale teknologier anvendt som et analytisk begreb til at *"se forbindelserne mellem teknologiens rationaler og dens praktiske konsekvenser i sociale sammenhænge"* (Jöhncke et al., 2004:388).

Viden er et vigtigt aspekt af både implementeringen og opretholdelsen af sociale teknologier. Denne viden bliver til i relationer og indlejres i og formes af dominerende forståelser af virkeligheden (Svendsen, 2004). Ekspertene har derved til opgave at informere problembærerne, idet denne gruppe ikke opfattes som tilstrækkelig oplyst. Begrebet er således relationelt og rummer en interaktion mellem eksperter og problembærere. Det er hensigten, at informationen skal muliggøre og fremme bestemte handlinger og forståelser hos problembærerne (Jöhncke et al., 2004). Herved mener vi, at sociale teknologier indeholder et Foucault inspireret magtperspektiv.

Ud over at det "sociale" i begrebet henviser til teknologier som udøves og realiseres i sociale relationer, henviser det "sociale" til hensigten om at forme "det sociale". Dvs. forme relationer mellem mennesker, forme samfundet som helhed eller forme befolkningens tilstand i samfundet. Ønsket om at forme befolkningens tilstand i samfundet genfindes i governmentality-begrebet (Jöhncke et al., 389). I forlængelse heraf anskuer vi derved sociale teknologier som normative og indeholdende en intention om at gribe regulerende ind i samfundet. Denne intention kommer typisk til udtryk i politikker, som det er forklaret i afsnit 6.1.4. Begrebet giver således associationer til biopolitik, der omhandler administrationen af livet på befolkningsniveau (Dean, 2006). Indlejret i sociale teknologier er, ligesom i politikker, en intention, der sigter mod at skabe "det gode liv og samfund", hvorved det tydeligt fremgår, at værdier og sociale normer er centrale elementer i teknologierne (Jöhncke et al., 2004:390).

Begrebet er yderligere inspireret af Foucault, idet termen 'teknologi' i hans arbejder fungerer som en generel og abstrakt betegnelse for mekanismer, hvorigennem magt udfolder sig i praksis. Teknologi kan derved ses som en videnspraksis, gennem hvilken individer formes til at forstå og handle på bestemte måder (Foucault, 1988:18). Jöhncke et al. (2004) følger således Foucaults opfattelse af magt som en allestedsnærværende størrelse. Begrebet sociale teknologier fokuserer ligesom Foucault på relationer mellem eksperter og individer. I sociale teknologier ser vi således en parallel til dominans- og selvteknologier og derfor også til governmentality.

Teorien om sociale teknologier kan rette opmærksomheden på, hvordan politikker og institutionelle praksisser skaber bestemte handlerum, samt på de sociale liv og erfaringer, sådanne praksisser giver anledning til. Teorien giver således et perspektiv på, hvordan kvindernes egne erfaringer med

spædbarnsernæring opstår og forhandles i mødet med den danske ammepolitik, hvilket ikke umiddelbart er muligt ved blot at anvende Vallgårdas analysestrategi.

### **6.3 Sammenfatning af teoriens anvendelse i analyserne**

I forbindelse med første del af problemformuleringen anvendes den beskrevne analysestrategi i forhold til governmentality til at indramme analysen. Det bliver derved muligt at analysere, hvilke virkemidler Sundhedsstyrelsen anvender i deres formidling af ammepolitikken. Derudover vil vi i denne del af analysen ved hjælp af Jöhncke et al.s teori se, hvilke(n) løsningsmodel(ler) der er dominerende indenfor spædbarnsernæring. Sidstnævnte bidrager med et analytisk blik, der gør det muligt at se, hvilke rationaliteter der udtrykkes i dokumenterne.

I analysen af anden del af specialets problemstilling anvender vi Foucaults egen begrebsforklaring til at se kontakten mellem dominans- og selvteknologier. Derudover bruger vi begreberne subjektivering og agency til at analysere, hvordan kvinderne definerer og redefinerer sig selv ud fra de(n) anviste løsningsmodel(ler). Det bliver således muligt at se, hvordan sociale teknologier er med til at forme kvindernes liv, samtidig med at teknologierne selv brydes og forhandles i processen (Svendsen, 2004).

## FJERDE DEL: ANALYSE AF NORMER OG VÆRDIER I INFORMATIONS MATERIALET

### 7. Analyse og diskussion af informationsmaterialet

Politikker kan ifølge Shore & Wright (1997:7) læses og analyseres på mange måder, og i dette speciale vil vi foretage en dokumentanalyse. Vi ser i denne forbindelse ikke blot på de retoriske midler, der tages i anvendelse omkring spædbarnsernæring, men også på det, vi ”læser mellem linjerne”.

Politikker hviler jo, som beskrevet i specialets teoretiske referenceramme, ofte på en række implicitte antagelser.

Ammepolitikken formidles i en institutionel kontekst, fx hos egen læge, på fødegangen eller ved at statens repræsentanter (sundhedsplejersker) sendes ud i mødrenes hjem.

Tekstanalysen er foretaget ved, at vi begge har læst de valgte dokumenter igennem og kodet dem i henhold til Vallgårdas (2003b) analysestrategi. Vi har derefter sammenlignet og diskuteret vores kodninger og opnået enighed om, hvilke vi fandt mest dækkende.

Vi vil først analysere, hvorledes teksten appellerer til de ønsker, mødrene har i forbindelse med spædbarnsernæring – eller med andre ord de ønsker, som Sundhedsstyrelsen må forvente, at mødrene har. De kategorier, vi har fundet i denne forbindelse er: 'Ønsket om at amme og være normal', 'Det bedste', 'Det sundeste valg', 'Amning – det naturligste' og 'Mor-barn relationen'. Dernæst ser vi på appeller til forskellige egenskaber hos mødrene, hvorved følgende kategorier er fremkommet: 'Appel til mødrene via ansvarliggørelsesteknologier', 'Det fornuftige valg', og kategorien 'Autoritetstro'. Til slut ser vi i kategorien 'Handlekompetencer', hvorledes teksterne skaber bestemte subjektpositioner. Som det vil fremgå, har det ikke været muligt fuldstændigt at adskille kategorierne, og derfor væver de i en vis grad ind i hinanden.

Analysen vil munde ud i en delkonklusion, hvor vi ser på, hvilke normer og værdier der fremsættes i materialet samt på hvilke(n) løsningsmodel(ler), der kommer til udtryk.

#### 7.1 Appel til mødrenes følelser og ønsker

##### 7.1.1 Ønsket om at amme og være normal

Det fremgår af teksterne, at det forventes, at mødrene ønsker **at amme**, idet det ofte beskrives hvorledes, der skal *”sættes ind over for amme problemer med henblik på at etablere vellykket amning”*

(Sundhedsstyrelsen, 2006b:3). Holdt sammen med at 98,5 % af nybagte mødre begynder at amme (Foverskov, 2000), mener vi, at denne forventning umiddelbart synes at være reel, men så vidt vides findes der ingen undersøgelser af, hvilken motivation kvinderne har for at amme. I det der i 'Håndbogen' gøres opmærksom på, at næsten alle danske kvinder påbegynder amning (Sundhedsstyrelsen, 2006a:17), mener vi endvidere, at der fra sundhedsmyndighedernes side appelleres til kvindernes ønske om **at være normale**. At appellere til ønsket om at leve op til normalen spiller ifølge Vallgård (2003a:14-15) en stor rolle i sundhedspolitik og således også i ammepolitikken. Da det normale defineres i teksten, fremstår det som unormalt ikke at amme sit spædbarn. Derved identificeres en gruppe af problembærere (Jöhncke et al., 2004): de kvinder, der af den ene eller anden årsag ikke er i stand til at amme. Den løsningsmodel, teksten skaber, er, at kvinder ved hjælp af ekspertviden (informationsmaterialet og sundhedspersonale) skal lære at amme. De kvinder, der derefter stadig ikke kan amme, rummes således ikke af løsningsmodellen, hvorved vi ser teksten som ekskluderende.

Teksten rummer endvidere ikke mødre, som efter at have påbegyndt amning, føler ubehag eller ulyst forbundet hermed – medmindre deres ubehag skyldes *"tidligere oplevelser, identitetsproblemer, seksuelle overgreb, vold m.m."* (Sundhedsstyrelsen, 2006b:59). Der fremsættes således ingen forståelse for eller anerkendelse af, at ellers normale mødre kan føle ulyst ved amning; et forhold som Rebecca Kukla (2005:195) ligeledes beskriver i sin bog 'Mass Hysteria'. Hun beskriver, at der i vores kultur i dag hverken er plads til eller forståelse for de mødre, der ikke kan lide at amme, hvorfor en del vælger at amme, selvom de ikke har lyst. Da normaliseringsbegrebet ifølge Mik-Meyer og Villadsen (2007:159) er umuligt at adskille fra risikobegrebet, fremsætter teksterne en "normal" identitet: den ammende mor, hvilket stadfæster, at flaskemødre ifølge teksterne er "unormale", og at de befinder sig i en risikabel livssituation. De kvinder, der i informationsmaterialet, har fået prædikatet "i risiko", fremstilles, som det ses af citatet ovenfor og ifølge Lupton (1999a:114), som sårbare, passive, magtesløse og svage, og desuden – som det vil fremgå i næste afsnit – som værende til fare for sig selv og deres børn.

### 7.1.2 Det bedste

Det, at mødre ønsker at gøre **det bedste for deres barn** og give det den bedste start i livet, fremhæves i alle teksterne. I 'Sunde børn' er overskriften til kapitlet om amning således: *"Modermælk er bedst"*, og der fortsættes med *"den bedste ernæring for et spædbarn er modermælk"* (Sundhedsstyrelsen, 2006b:25). Mødrene kan derved ikke være i tvivl om, at de ved at amme gør det bedste for barnet. I den situation, hvor en mor ikke kan leve op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om at amme, formidles det i den mødrerettede pjeces 'Kort og godt om amning', at hun, på baggrund af ovenstående, kan *"føle det*

*som en flaske*”(Sundhedsstyrelsen, 2004:18), idet hun ikke er i stand til at gøre det bedste for sit barn. I ’Kort og godt om amning’ og ’Sunde børn’ fremhæves det imidlertid i enkelte passager, at moderen har et frit valg i forhold til, hvilken ernæring hun vil tilbyde sit barn. Eksempelvis findes to linier i ’Kort og godt om amning’, der beskriver, at *”den gode mor er hende, som træffer de valg, der er rigtige for hendes familie ... stop med god samvittighed”*(Sundhedsstyrelsen, 2004:18). Det skal derved fremgå, at moderens ønske om at gøre det bedste for sit barn også kan opfyldes ved at give flaske. Det ses dog af citatet, at kvinden skal have forsøgt at amme for at være ”en god mor”. ’Sunde børn’ (Sundhedsstyrelsen, 2006b) har et lidt længere afsnit om modermælkserstatning, hvor det beskrives, hvorledes man skal give flaske, og hvordan man skal holde flaskerne rene.

Formidlingen om spædbarnsernæring er mere ensidig i ’Håndbogen’, hvor der ikke findes en eneste linje om, hvordan sundhedspersonalet skal rådgive i flaskegivning, og det forklares, at *”det er en uundgåelig følge af oplysning om amningens fordele for barnet, at mødre der må opgive at amme, kan føle sig mislykkede som mødre”*(Sundhedsstyrelsen, 2006a:78). Som Bondo (2007:65) understreger, vil en ganske enkel indvending mod dette udsagn være, at der her *”demonstreres ringe indsigt i den symbiose, der udgør forholdet mellem mor og barn, idet man fuldstændig underkender morens betydning i den entydige prioritering af modermælken og barnet”*. Lidt længere nede på samme side beskrives det dog, at viden om modermælkserstatningens gode kvalitet *”kan trøste hende [moderen]”*(Sundhedsstyrelsen, 2006a:78). Det kan imidlertid undre, at denne information kun er tilgængelig i ’Håndbogen’ og ikke i de mødrerettede bøger og pjecer. Tillige er det bemærkelsesværdigt, at der ikke i nogen af de fire udgivelser noget sted nævnes, hvilke fordele flaskegivning eventuelt kan have.

### 7.1.3 Det sundeste valg

Det at give barnet den bedste mad kædes sammen med at tage **det sundeste valg** for barnet, hvorved flaskegivning fremsættes som en risikoadfærd. Der er således hele afsnit i alle teksterne, der beskriver de sundhedsmæssige fordele ved at amme, fx beskrives det, at *”modermælk nedsætter risikoen for infektioner og komælks-allergi”*(Sundhedsstyrelsen, 2004:1), og at *”amning medfører ... mindre sygelighed hos barnet”*(Sundhedsstyrelsen, 2006b:26). I ’Håndbog i vellykket amning’ kobles amning ud over sundhed sammen med barnets overlevelse, *”den største og mest indlysende fordel ved amning er spædbarnets sundhed og overlevelse”*(Sundhedsstyrelsen, 2006a:9). Det beskrives således, at børn, der får modermælkserstatning, har en overrisiko for at dø i forhold til ammede børn. Under overskriften Sundhed og overlevelse ’påpeges det, at *”en lang række undersøgelser har påvist øget dødelighed hos spædbørn, der får modermælkserstatning sammenlignet med børn, der ammes”*

[Sundhedsstyrelsen, 2006:9]. Denne situation må være enhver forælders største mareridt, hvorfor vi mener, at teksten her, via sundhedspersonalet, styrer igennem en iboende frygt hos forældrene og sætter flaskemødre i en situation, hvor de skaber en risikabel livssituation for deres børn.

Ud over at appellere til mødrenes ønske om sundhed og overlevelse for deres barn, appelleres der tillige til mødrenes ønske om, at de selv skal forblive sunde og raske. Der gøres opmærksom på fordelene ved at amme for kvinden. Bl.a. nævnes det, at amning beskytter mod brystkræft og kræft i æggestokkene [Sundhedsstyrelsen, 2006a:13-14]. På baggrund heraf ser vi, at den dominerende forebyggelsestankegang i teksterne er, at amning er midlet til at forebygge fremtidig sygdom og død hos såvel barn som mor.

#### 7.1.4 Amning – det naturligste

I samtlige tekster appelleres til, at mødre skal vælge det, der fremstilles som **det naturlige** – amning efter behov, frem for det unaturlige – modermælkserstatning og diverse mekaniske hjælpemidler. Hermed fremstilles amning som det naturlige i en normativ forstand [jf. Kukla, 2005:154]. Ifølge Margaret Lock og Patricia Kaufert [1998:20] bliver det naturlige med andre ord en moralsk milepæl, som kvinderne måles i forhold til. I forlængelse heraf er det logisk, at kvinderne bliver nødt til at amme for at kunne leve op til det at være "en rigtig kvinde". For at understrege amningens naturlighed, beskrives modermælk bl.a., som "*en levende væske, som er biokemisk unik*" [Sundhedsstyrelsen, 2006a:8], og "*den indeholder præcist de næringsstoffer, et spædbarn har brug for*" [Sundhedsstyrelsen, 2004:1]. Amning beskrives således som noget naturgivent, idet "*man skulle tro, vi havde vidst det [at amning er bedst og sundest] altid*" [Sundhedsstyrelsen, 2006a:14]. Som det fremgår, forventes det således fra de styrendes side, at der hos mødre er et ønske om at handle så naturligt som muligt. Dette er efter vores mening i tråd med tidens trend om at købe økologisk mad, økologisk tøj, og at fødsler tillige gerne skal være naturlige, dvs. uden unødige smertestillende midler og gerne i en naturlig stilling, fx stående [Manniche, 2004:54-55], frem for liggende i en hospitalsseng.

I 'Kort og godt om amning' beskrives det således, at "*stort set alle kvinder er fra naturens hånd i stand til at amme*" [Sundhedsstyrelsen, 2004:1]. Amningens naturlighed understreges af, at modermælkserstatning ofte sættes i modsætning til modermælk, fx kaldes erstatning flere steder "*kunstig ernæring*" [fx Sundhedsstyrelsen, 2006a:11], og det beskrives, hvorledes "*komælk er tilpasset kalves behov og er meget forskellig fra kvindemælk*" [Sundhedsstyrelsen, 2006a:8]. Modermælk fremstilles således som værende i harmoni med naturen, mens erstatning forstyrrer og truer den naturlige balance [jf. Kukla, 2005]. I forlængelse heraf påpeges det gentagne gange, at "*sunde og raske børn har ikke brug for tilskud af modermælkserstatning*", [Sundhedsstyrelsen,

2005:102), og der må kun gives tilskud på barselsgangene, hvis *"der er medicinsk indikation for [det]"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:16). Der kræves altså en lægelig vurdering for at retfærdiggøre brugen af erstatning som supplement til modermælk på barselsgangen. Formuleringen lægger således umiddelbart op til en afvisning af moderens frie valg, hvilket også påpeges af Bondo (2007:48). Derudover kan det, at der kræves medicinsk indikation, opfattes som en meget alvorlig vej at begive sig ud på, hvorved erstatning kommer til at fremstå som et unaturligt alternativ, som "rigtige" mødre ikke kan ønske sig. I kapitlet 'Flaskebarn' i 'Barn i vente' lægges der endvidere ud med: *"Hvis barnet af særlige grunde ikke ammes ... gives modermælkserstatning"* (Sundhedsstyrelsen, 2005:108). Ved at starte på denne led fremstilles flaskegivning igen som det unaturlige valg, hvilket kan medføre den omtalte følelse af fiasko hos mødrene.

Der gøres tillige meget ud af at gøre mødrene opmærksomme på, at det kræver forskellige sutte teknikker at sutte på et bryst, en sutteflaske og en sut. 'Håndbog i vellykket amning' forklarer således, at *"barnet forvirres af den mekaniske forskel, der er på at sutte på brystet og på en narresut [eller flaske]"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:79). Tillige forklares det i 'Håndbogen', at *"en nyfødt med et bryst i munden ser ikke ud som et barn, der sutter på flaske, da sutteteknikken er helt anderledes"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:40). Sutteflasken kommer derved til at fremstå som den unaturlige modsætning til brystet. Det understreges således igen, at brug af sut og flaske helst skal undgås (især i starten), hvis man som mor ønsker, at amningen skal komme til at fungere. Ud over fokus på sutter og flasker som unaturlige, sættes der i materialet spørgsmålstejn ved de forskellige hjælpemidler, man som mor kan møde på sin vej i amningen. Specielt de såkaldte suttebrikker<sup>24</sup> beskrives som et unaturligt hjælpemiddel, der kan føre til, at amningen forstyrres og at mælkeproduktionen ikke kan opretholdes (Sundhedsstyrelsen, 2004:17, 2006a:101), hvilket jo strider imod ønsket om den naturlige amning. Ved at benytte denne retorik om flasker og suttebrikker, kan Sundhedsstyrelsen skabe en frygt for at benytte hjælpemidler hos mødrene, og denne frygt kan, som Kukla (2005:154) ser det, gøre det endnu sværere at få etableret en vellykket amning. De unaturlige hjælpemidler, som fx sutteflasker, kan således korrumpere billedet af "den gode mor", som ammer.

---

<sup>24</sup> En suttebrik er en lille latex dup, der sættes på brystvorten, og som oftest bruges når der er sår og revner på vorten (Sundhedsstyrelsen, 2006a:101).



### 7.1.5 Mor-barn relationen

I både 'Sunde børn' og 'Barn i vente' sættes der lighedstegn mellem amning og en **god mor-barn relation**. I 'Barn i vente' står der fx, at *"amning giver en god kontakt mellem mor og barn"* (Sundhedsstyrelsen, 2005:61). Derudover viser stort set alle de billeder, der er i informationsmaterialet, et idyllisk billede af amning af mor og barn i tæt samhørighed, som det fx ses af dette billede fra 'Kort og godt om amning' (Sundhedsstyrelsen, 2004:16).

Amning kommer på denne vis til at fremstå som noget meget emotionelt, og som den handling, der kan give en unik kontakt mellem mor og barn – og hvilken mor ønsker ikke dette? I teksterne knyttes der således an til, at amning er centralt for at opnå en god mor-barn relation (jf. Kukla, 2005). Ved at knytte amning til mor-barn relationen kædes mødres valg af ernæringsmetode altså sammen med graden af deres lyst til at hengive sig følelsesmæssigt til deres børn, hvilket Knaak (2005) også gør opmærksom på i sin undersøgelse. Teksterne rummer derved igen kun de kvinder, der ammer, og ekskluderer således kvinder, der giver flaske fra at opnå et godt forhold til deres barn.

I 'Kort og godt om amning' beskrives, at *"amningen forhindrer ikke faren i at få kontakt med barnet", og at "det er en misforståelse, at faren bedre kan være med, hvis barnet får flaske"* (Sundhedsstyrelsen, 2004:6). Det kan imidlertid undre, at amning beskrives som en uundværlig del af mor-barn relationen, når det for fædrenes vedkommende ifølge teksten forholder sig helt anderledes.

## 7.2 Appel til mødrenes egenskaber

I de fire valgte tekster, finder vi, at Sundhedsstyrelsen appellerer til forskellige egenskaber hos målgruppen for at få dem til at følge anbefalingen om at amme fuldt i seks måneder.

### 7.2.1 Appel til mødrene via ansvarliggørelsesteknologier

En af de egenskaber, der appelleres til, er kvindernes **ansvarlighed**. Dette kommer bl.a. frem i 'Kort og godt om amning' (2004), hvor Sundhedsstyrelsen indledningsvist skriver, at *"det er godt for barnet, hvis det kan få sin mors mælk"*. Videre skriver de, at *"stort set alle kvinder kan amme"*, og at *"problemer*



*med amningen næsten altid skyldes mangelfuld viden ... mange problemer kan derfor løses, hvis du har den nødvendige viden*" (Sundhedsstyrelsen, 2004:1). Sundhedsstyrelsen anerkender således, at der kan være problemer i forbindelse med amningen, men de formidler, at hvis kvinden blot har *"tiltro til at kunne overvinde problemerne"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:58), så vil amningen lykkes. En succesfuld amning afhænger med andre ord af kvindernes vilje til at amme og deres evne til samtidig at tilegne sig den rigtige viden, således at de kan tage ansvar for deres barns helbred (jf. Vallgård:154). Vi ser derfor, at amning reduceres til et spørgsmål om valg og vilje. Dermed udtrykker Sundhedsstyrelsen, at det er den enkelte kvindes ansvar at få amningen til at fungere. Selv hvis kvinderne udnytter det, at de kan søge hjælp hos eksperter, vil hjælpen blive givet med det formål for øje, at kvinderne skal udøve selvteknologier, således at amningen fortsættes. Den stærke betoning af ansvar mener vi indebærer en forventning til, at den enkelte kvinde skal tage stilling til den måde, hun lever på. Således kan det fortolkes, at individet ikke kun får frihed til at vælge, men tillige er forpligtet til det (jf. Rose i Vallgård, 2003a:239). Vi ser, at teksterne søger at forme mødreneres frie valg, idet de formidler valget mellem at være en ansvarlig mor, der ammer, eller en uansvarlig mor. Vi finder således, at styringen foregår gennem frie valg. Set ud fra Svendsens (2004) optik om sociale teknologier retter den før nævnte løsningsmodel sig således ikke kun imod den enkelte, men indebærer en formning af sociale relationer, idet moderens ansvar for barnets krop og helbred inddrages som en del af løsningen, jf. kategorien 'Det sundeste valg'.

### 7.2.2 Det fornuftige valg

Tilliden til, at oplysning kan føre til ændret adfærd afspejler en tro på, at man kan styre ved at appellere til **fornuften** som en egenskab hos målgruppen (Vallgård, 2003a). I forbindelse med forurening af modermælk appelleres der i 'Kort og godt om amning' til mødrene om at bruge deres sunde fornuft: *"Diskussionen om miljøgifte i modermælk sætter spørgsmålstejn ved, om det [modermælk] nu også er det bedste. Men der er ingen grund til at blive i tvivl. Fordelene vejer langt tungere end ulemperne"* (Sundhedsstyrelsen, 2004:1). Ved opstartsvanskeligheder i forbindelse med amning er Sundhedsstyrelsens råd til mødrene: *"Du må prøve dig frem og bruge din sunde fornuft"* (Sundhedsstyrelsen, 2005:97). En fornuftig mor tror endvidere ikke på det, der i 'Sunde børn' omtales som *"gamle myter om for tynd eller for lidt mælk"* (Sundhedsstyrelsen, 2006b:27), men hun lytter derimod til de råd, der giver mening for hende. I 'Håndbogen' beskrives det endvidere, at det er *"muligt, at for lidt mælk" bruges som en acceptabel undskyldning blandt kvinder, som ikke er interesserede i eller motiverede for at amme længere*" (Sundhedsstyrelsen, 2006a:104). Mødre der angiver "for lidt mælk" som en årsag til at ophøre med amning eller til at supplere med erstatning, fremstilles derved i

teksten som ufornuftige og medvirkende til, at amningen forstyrres (jf. Kukla, 2005). Med den rette viden om de fysiologiske forhold vedrørende amning bliver kvindernes mælkeproduktion ifølge teksterne et forhold, som den enkelte mor bør og kan forme, hvis hun blot har den nødvendige viden og er i stand til samt motiveret for at handle ud fra den. Det ses heraf, at teksterne benytter sig af ekspertviden i deres styring af mødre.

### 7.2.3 Autoritetstro

En egenskab, der flittigt appelleres til fra Sundhedsstyrelsens side, er **autoritetstro**. Denne form for styringsteknik finder vi bl.a. eksempler på i de mødrerettede tekster 'Barn i vente' og 'Sunde børn'.

Under overskriften 'Tilskud kan starte en ond cirkel', fraråder Sundhedsstyrelsen (2005:102) således mødre at give flaske i håbet om at opnå den ønskede adfærd, hvorved der appelleres til mødrenes autoritetstro. Da konsekvensen af at give tilskud ifølge Sundhedsstyrelsen kan være, at *"barnet ikke dier"*, og at *"mælken forbliver i brysterne, og produktionen af mælk nedsættes"* (Sundhedsstyrelsen 2005:102), er det sandsynligvis de færreste kvinder, der umiddelbart har lyst til at trodse dette råd. *"Læg uret væk!"* (Sundhedsstyrelsen, 2005:96) hedder det et andet sted i samme udgivelse. Dette ser vi ligeledes som en appel til autoritetstro, da kvinderne i bydemåde opfordres til at udøve en bestemt adfærd, nemlig at amme efter barnets behov, eftersom det af myndighederne betragtes som det mest optimale i forhold til at opnå en vellykket amning. *"Du skal fortsætte med at amme"*, lyder Sundhedsstyrelsens (2006b:29) råd til kvinder med symptomer på brystbetændelse. Dette råd, der ligesom de foregående eksempler er skrevet i en bydende tone, giver associationer til, at kvinderne bør adlyde de autoriteter, der har skrevet det pågældende stykke tekst.

I teksterne henvises der endvidere til autoriteter, når et budskab anses for at være tilstrækkeligt vigtigt, hvilket Vallgård (2003a:232) også finder i sin undersøgelse. I 'Barn i vente' står der fx: *"Sundhedsstyrelsen anbefaler, i lighed med sundhedsmyndigheder verden over, amning som den bedste måde at ernære et nyfødt barn på"* (Sundhedsstyrelsen, 2005:61), mens det af 'Sunde børn' fremgår, at *"de fleste børn trives og vokser fint af modermælk, indtil de er omkring 6 måneder. Sundhedsstyrelsen anbefaler da også amning af alle børn i 6 måneder, hvis det er muligt"* (Sundhedsstyrelsen, 2006b:25).

## 7.3 Formning af subjekter (subjektivering)

Der er mange eksempler på, at ammepolitikken ønsker at forme mødre, og at den ønsker at forme dem således, at deres adfærd bliver i overensstemmelse med anbefalingen om at amme i seks

måneder. I afsnit 7.1 og 7.2 har vi fundet frem til de ønsker og egenskaber, som det forventes eller ønskes, at mødre har. Det er bl.a. ud fra disse ønsker og egenskaber, at Sundhedsstyrelsen søger at få mødre til at ændre eller påtage sig en bestemt adfærd: at amme.

### 7.3.1 Handlekompetencer

Da den fremherskende rationalitet i materialet er, at mødre skal amme, er formålet med ammepolitikken, at mødre skal internalisere denne og handle i overensstemmelse hermed. Måden, det skal ske på, er ved at sørge for, at mødre har handlekompetencer. Det kan ske ved at *"opmuntre", "støtte", og "styrke morens selvtillid og tro på, at det nok skal lykkes"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:3,18). Sundhedspersonalet, dvs. eksperterne, skal *"fokuser på at udvikle færdigheder hos den ammende"*, samtidig med at *"morens ammeteknik observeres"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:20,103), mens kvinderne selv opfordres til at mærke efter *"hvad der føles rigtigt"* (Sundhedsstyrelsen, 2004:6). De skal tro på sig selv og *"luk[ke] af for skepsis og mistillid, den vil bare gøre dig usikker"* (Sundhedsstyrelsen, 2005:61). Samtidig med at mødre skal stole på sig selv, er der meget udførlige vejledninger i, hvorledes de får amningen til at fungere. Et eksempel er 'Kort og godt om amning', som har flere direkte vejledninger i punktform, som mødre kan følge, bl.a. *"Barnet til brystet – skridt for skridt"* (Sundhedsstyrelsen, 2004:7). På denne vis forsøger de styrende således både at styre kvinderne ved hjælp af dominansteknologier, i form af appeller til deres ansvarlighed og autoritetstro, samt ved hjælp af selvteknologier, dvs. vejledninger i, hvorledes man ammer. Samtidig hermed opfordres kvinderne til at tro på sig selv og deres intuition. Umiddelbart kan dette virke selvmodsigende, idet mødre skal være selvstændige og autoritetstro på én gang. De opfordres til at tage stilling og vælge, samtidig med at det rigtige valg så at sige er givet på forhånd (jf. Knaak, 2005:212). I et governmentality-perspektiv er denne form for styring ikke selvmodsigende, men en illustration af, hvordan styring praktiseres som "conduct of conduct". Mødre skal derfor styre sig selv i retning af en bestemt adfærd, således at anbefalingen om seks måneders amning følges.

Ud over at forme kvinderne direkte igennem de mødrerettede pjecer, søger Sundhedsstyrelsen at forme kvinderne ved at opdrage sundhedspersonalet til at fremme en bestemt sundhedsadfærd – amning. Sundhedsstyrelsen styrer således mødre på afstand, og man kan med Vallgård sige, at sundhedsmyndighederne *"er nødt til at påvirke andre, fx læger og sygeplejersker, til at ændre adfærd over for patienter og andre borgere. Opdragerne skal opdrages"* (Vallgård, 2003a:20-21). Denne formning af sundhedspersonalet gennemsyrrer hele 'Håndbog i vellykket amning'. Som eksempel herpå kan følgende udsagn nævnes: *"Jordemødrene, barselgangens lægelige og sygeplejefaglige personale, sundhedsplejersker og alment praktiserende læger har særlige muligheder for at oplyse*

*den gravide kvinde om amning, opmuntre den nyblevne mor til at amme sit spæde barn og opfordre barnets far til at støtte hende”*(Sundhedsstyrelsen, 2006a:3). Vi ser således, at ammepolitikken indlejres i de institutionelle rammer, som skal varetage kontakten til de nybagte forældre.

## 8. Delkonklusion

Vi finder i analysen, at ammepolitikken i høj grad beskæftiger sig med danske mødres intimsfære, idet temaer som sundhed og moderskab/kvindelighed slås an. Derved ser vi ammepolitikken som en biopolitik, igennem hvilken staten forsøger at få greb om sine borgere. Ammepolitikken søger således at forme kvindernes identiteter og kroppe via en feminiseret diskurs, der er indlejret i en institutionel kontekst.

Som svar på første del af problemformuleringen ser vi af ovenstående dokumentanalyse, at normen, der formidles, er, at danske kvinder bør amme. Indlejret i materialet finder vi således en både eksplicit og implicit forventning til målgruppens adfærd. Idet modermælk fra sundhedsmyndighedernes side anses for at være den bedste, sundeste og naturligste ernæring for spædbarnet, bliver amning en værdiladet handling, der knyttes sammen med at være "en god mor" og at ville "det bedste" for sit barn. Kvinder, der ikke kan leve op til normen, begår således normbrud, hvorved det at give flaske problematiseres som et ikke-ansvarligt og usundt alternativ – og som analysen viser, er det måske endda en overdrivelse at kalde modermælkserstatning et reelt alternativ, da det på det nærmeste er usynligt i teksterne og i øvrigt frarådes i de fleste tilfælde, hvilket Knaak (2005) ligeledes finder i sin undersøgelse. Via den norm, der eksisterer i Danmark omkring spædbarnsernæring, defineres en specifik løsningsmodel og afledt heraf en gruppe af problembærere. Løsningsmodellen er, at kvinderne skal amme, og problembærerne bliver de mødre, der ikke kan få amningen til at fungere på trods af rådgivning fra eksperter. Teksterne kan derved siges at være stigmatiserende overfor den gruppe af mødre, der ikke lykkes med deres ammeforløb. Konkluderende kan det siges, at ammepolitikken forudsætter et sæt normer for danske kvinders opførsel, som deres faktiske adfærd vurderes ud fra. Der fremstilles således et ideal: at amme fuldt i seks måneder, hvilket kvinderne bør stræbe efter at leve op til.

Vi finder, at der i teksterne er tale om en dobbelt proces, der igennem konstruktionen af en "normal" identitet (som ammemor), sætter den flaskegivende mor (og især hendes barn) i en risikabel livssituation, der stadfæster, at flaskemoderen er unormal. Risikobegrebet bliver derved umuligt at adskille fra normaliseringsbegrebet, eftersom risikoidentiteter netop udvikles og stadfæstes i forhold til det normale (Mik-Meyer & Villadsen, 2007:159). I forlængelse heraf ser vi informationsmaterialet som et eksempel på kommunikation af risici. På baggrund af de fordele, der er forbundet med amning, som fremhæves i informationsmaterialet, har vi identificeret, at der fremsættes en række risici ved flaskegivning. Disse risici er bl.a.: øget sygelighed hos barnet og moren, at flaskemødre får et

dysfunktionelt forhold til deres børn og øget forekomst af børnedødelighed. Som det ses, optræder disse risikofaktorer på tværs af de fundne kategorier. Disse risici kan ifølge ammepolitikken undgås, hvis kvinden har viljen til at amme (jf. afsnit 7.2.1). Vi opfatter på denne baggrund, at teksterne kan skabe magtesløse og stigmatiserede flaskemødre, i tilfælde hvor kvinderne ikke har de nødvendige ressourcer til at amme. Desuden pointerer Lupton (1999a:113), at det at blive stemplet som værende i risiko ofte i sig selv kan forstærke følelsen af magtesløshed.

Som nævnt formidles ammepolitikken via institutionelle rammer, hvori ekspertviden fremstår centralt. Der er således eksperter, der interagerer med mødrenes privatliv, bl.a. ved at sundhedsplejersker kommer på hjemmebesøg hos kvinderne, hvorved det kan siges, at ammepolitikken griber ind i de mest intime områder af kvindernes liv. Som vi ser det, bygger ammepolitikken på en forståelse af, at mødre er refleksive, og dermed er i stand til at amme, hvis de blot tilegner sig den rette ekspertviden.

'Håndbog i vellykket amning' indtager, som tidligere nævnt, en særstilling, og derfor er det problematisk, at netop denne publikation fremsætter et unuanceret billede af spædbarnsernæring. I publikationen er det svært at finde en anerkendelse af mødrenes frie valg (Bondo, 2007), og derved fremsættes én bestemt subjektposition som den rigtige i materialet – et fund Nicole Winslow (2007) ligeledes har gjort i sin diskursanalyse. Dette indtryk består, trods det at Sundhedsstyrelsen i de mødrerettede publikationer forsøger at bløde op ved at nævne, at "den gode mor" træffer det rigtige valg for sig selv og sin familie, og at det rigtige valg i nogle tilfælde kan være at give sit barn modernælkserstatning. Men når de normer og værdier, vi ser indlejret i materialet, er, at den gode mor ammer, er selvopofrende og kæmper for at få amningen til at fungere, så fremstår modernælkserstatning som et alternativ, som kun den selviske og dovne mor vil vælge (jf. Knaak, 2005:212). I forlængelse heraf ser vi, at det moralske imperativ, der konstitueres i teksterne, synes nærmest hegemonisk, for hvordan kan en mor være imod forebyggelse og tanken om at gøre det bedste for sit barn?

Anskuet som en social teknologi bliver en bestemt rationalitet om spædbarnsernæring fremherskende i teksterne: At amning er en ansvarlig handling overfor især ens barn, men også over for én selv. Bestemte handlinger kommer derved, med Mette Nordahl Svendsens ord (2004:37), til at fremstå som rigtige (amning), mens andre fremsættes som moralsk forkastelige (flaskegivning). Vi ser derved, at den danske ammepolitik sætter en ramme for at forstå bestemte livssituationer (spædbarnsernæring) og det, der er værd at gøre og stræbe efter inden for denne. Dermed åbnes bestemte handlemuligheder for mødre, mens andre lukkes.

I amnepolitikken (og især i 'Håndbog i vellykket amning') fremsættes én sandhed om spædbarnsernæring: At amning er det bedste og sundeste. Denne sandhed bygger på en viden, der stammer fra forskellige videnskabelige undersøgelser. Som Foucault pointerer (jf. afsnit 6.1.2), er al sandhed og viden politisk bestemt, og derfor er det nærliggende at spørge, hvilket kildemateriale Sundhedsstyrelsen bygger sin formidling af amnepolitikken på. Vi har i den anledning valgt at se på et par af de undersøgelser, der ligger til grund for kapitlet *"Sundhed og overlevelse"* i 'Håndbogen'. Det beskrives at *"en lang række undersøgelser har påvist øget dødelighed hos spædbørn, der får modermælkerstatning sammenlignet med børn, der ammes"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:9). Det har vist sig, at alle disse undersøgelser på nær én er foretaget i udviklingslande, dvs. i en kontekst, der er usammenlignelig med danske forhold fx med hensyn til forsyning af rent drikkevand. Den undersøgelse, der ikke er fra et udviklingsland, kan dog heller ikke siges at være gældende for danske forhold i dag, idet den er foretaget i England i perioden 1936-42 (León-Cava et al., 2002). I samme kapitel konkluderes det endvidere, på baggrund af en meta-analyse, *"at risikoen for at dø af pludselig uventet spædbarnsdød er dobbelt så stor hos kunstigt ernærede børn, sammenlignet med ammede børn"* (Sundhedsstyrelsen, 2006a:9). Artiklens forfattere udtaler imidlertid om deres resultat: *"It thus remains unclear whether the observed frequency of SIDS [Sudden Infant Death Syndrome] in breastfed infants is primary or related to other important confounders such as socioeconomic status, exposure to cigarette smoke, and maternal education"* (McVea et al., 2000:19).

På baggrund af ovenstående kan det påpeges, at de undersøgelser, der ligger til grund for det budskab, Sundhedsstyrelsen formidler, ikke er så entydige, som de fremstilles. Med Shore og Wright (1997:8) kan det således siges, at amnepolitikken værdiorienterede budskab ikklædes en videnskabelig diskurs, således at politikken umiddelbart fremstår objektiv og neutral. Det fremgår derfor tydeligt, at teksten på én og samme tid afføder og trækker på bestemte former for magt og viden.

Sundhedsstyrelsen, og derved amnepolitikken, er således indlejret i en lokal og global konsensus om amning som den bedste form for spædbarnsernæring, hvorved magten fremstår som allestedsnærværende. Den viden, der produceres i 'Håndbogen', og kanaliseres til mødre via sundhedspersonalet, er derfor ikke blot en politik, men et udtryk for en omfattende mentalitet om amning som det moralsk rigtige valg af spædbarnsernæring.

Vi ser Sundhedsstyrelsens informationsmateriale som et eksempel på styringsrationaliteten, governmentality, da det har befolkningen (og i dette tilfælde især sundhedspersonale og mødre) som mål, hvor Sundhedsstyrelsen benyttes til at sikre målgruppens sundhed. Deres bestræbelser på styring antager, som det ses af ovenstående analyse, flere forskellige former, som alle sigter på at få

mødrene til at vælge den ønskede adfærd. Sundhedsstyrelsen ønsker altså, som det fremgår af teksten, at styre mødrene til styre sig selv, hvilket med Foucaults ord kaldes "conduct of conduct". Vi ser således ammepolitikken som indlejret i den governmentaliserede stat, hvor magtudøverne i lige så høj grad befinder sig ude i samfundet (sundhedspersonalet) som i toppen af statsapparatet. I den governmentaliserede stat kan der derved opstå magtrelationer mellem eksperter og lægfolk (mødrene).

Det, at ammepolitikken baserer sig på, at kvinderne er ansvarlige borgere, der udøver selvteknologier, sammenholdt med at materialet er et udtryk for en massestrategi, bevirker, at ammepolitikken kan ses som et eksempel på styring på afstand (jf. Lupton, 1999a:97).

Vi har endvidere identificeret en dobbelthed i de styringsteknikker, der anvendes i materialet.

Dobbeltheden består i, at Sundhedsstyrelsen appellerer til kvindernes autonomi og ansvarlighed samtidig med, at de appellerer til deres autoritetstro. Denne modsætning er dog som nævnt kun tilsyneladende, idet målet, både ved styrkelse af autoritetstro og autonomi, er at styre mødrene imod en bestemt adfærd.

Vi ser, at den adfærd, som Sundhedsstyrelsen ønsker at opnå, fremstilles som så selvfølgelig, at den end ikke er til overvejelse, og dette ser vi som en styringsmetode i sig selv. Den information, de videreformidler, er derved ikke neutral, hvilket Rose og Miller (1992:185) finder kendetegnende for politikker. Endvidere har formidling af information i styringen af det moderne samfund et helt specifikt mål (Vallgård, 2003a), i dette tilfælde at opnå målet om, at alle kvinder skal amme.

Vi har nu undersøgt, hvorledes teksterne søger at styre danske mødre i retning af en bestemt adfærd. Den anvendte analysestrategi kan kritiseres for at fokusere på den styrende part og dennes magtudøvelse, har den tendens til at sætte den styrede part i en offerrolle. For at grave et spadestik dybere i, hvordan magten i forbindelse med spædbarnsernæring udøves i relationer, er det derfor nødvendigt at undersøge mødrenes egne erfaringer med amning og deres oplevelser af de her diskuterende normer og værdier i forbindelse med spædbarnsernæring. Dette fører os videre til næste del af analysen.



## FEMTE DEL: ANALYSE AF MØDRENE ERFARINGER

### 9. Analyse og diskussion af mødrenes erfaringer

I dette afsnit vil vi analysere de kvalitative data vi har indsamlet, dvs. data fra enkeltpersoninterview, fokusgruppeinterview og narrativer. Analysen vil ske i henhold til specialets problemformulering, litteratur med relevans for specialets problemstilling samt den valgte teori.

Analysestrategien har været, at vi hver især har hørt interviewene igennem samt gennemlæst transskriptionerne og narrativerne. Endvidere har vi begge kodet teksterne for derefter at sammenligne og diskutere vores kodninger. Ud fra kodningerne fandt vi frem til syv kategorier for enkeltpersoninterview og fokusgruppen, mens vi i narrativerne genfandt fire af kategorierne fra interviewene. Ved kodningerne er der fundet en dekontekstualisering af interview og narrativer sted. Dette kan ses som en ulempe, men idet vi undervejs i analysen ligeledes har foretaget en rekontekstualisering, hvor de fundne resultater er blevet testet imod de konkrete interview og narrativer, er det undgået, at den egentlige mening i teksterne er gået tabt (Malterud, 2001).

Enkeltpersoninterview, fokusgruppen og narrativerne vil nedenfor blive analyseret samtidig. Dette sker for det første, fordi fokusgruppen fik mere karakter af at være et interview, og for det andet, for at undgå gentagelser, idet de fire kategorier fra narrativerne, som nævnt, viste sig at være indeholdt i interviewkategorierne.

I analysen har vi primært taget udgangspunkt i mødrenes egne udsagn, hvorved analysen også ligger i udvælgelsen af citater. Efter hvert citat fremgår det, ved hjælp af et bogstav i parentes, hvilken af de interviewede kvinder der har udtalt sig.

Efter af have beskrevet kategorierne ved hjælp af kvindernes udsagn har vi reorganiseret dem, så de afspejler et tidsforløb, fra graviditet til efterrationaliseringer i forbindelse med overgangen til flaske. Først analyseres de normer og værdier om spædbarnsernæring som fremtræder hos mødre inden der opstår problemer med amningen. Dernæst skitseres og analyseres den situation, hvor kvinderne må tage modermælkserstatning i anvendelse, samt de overvejelser, det fører med sig. Endelig analyseres det, hvorledes mødre i denne situation forhandler med de dominerende forståelser af spædbarnsernæring.

## 9.1 Mødrenes erfaringer vedrørende normer og værdier inden der opstår problemer med amningen

### 9.1.1 Forventninger

Mødrene fortæller, at de allerede i graviditeten havde en klar forventning om, at de skulle amme deres børn. *"Da jeg var gravid havde jeg ingen anden forventning end, at jeg skulle amme"*(N), *"jeg har bare altid vidst at det skulle være sådan"*(G), *"mens jeg var gravid, der var jeg meget opsat på at skulle amme, så det har aldrig rigtigt været et spørgsmål om jeg skulle amme eller ej... jeg har egentlig aldrig tænkt så meget over det"*(S1) og *"jeg ville selvfølgelig gerne amme"*(C1) er således alle udsagn, der understreger, hvor betydningsfuldt det at amme, bliver opfattet af kvinderne. Det ses endvidere, at amning i graviditeten betragtes som liggende inden for enhver kvindes rækkevidde; med andre ord er det kvindekroppens kompetence at kunne amme, et forhold som ligeledes beskrives i flere diskursanalyser (Dahlager et al., 2004; Kirkegaard et al., 2006; Winslow, 2007; Knaak, 2005; Wall, 2001). Endelig viser disse indledende udsagn, at deltagernes forventninger er med til at forme en bestemt subjektposition hos dem, hvorved de ser sig selv som ammemødre – i hvert fald i perioden inden der opstår problemer med amningen.

Ifølge kvinderne er det imidlertid ikke kun deres egne forventninger, der bevirker, at de i graviditeten havde et tydeligt billede af sig selv som ammemødre. De forklarer således, at *"det ligger i tonen i Danmark, at man skal amme"*(S1), eller som det også udtrykkes, *"man forsøger da med amning, det ligger i luften, at det gør man da"*(M1). En anden siger herom, at *"det har ligget som en stemning, at det er godt at få gang i amningen. Det har ligget som en enighed på en usagt måde, det er en grundlæggende holdning"*(K1). Kvinderne erfarer således, at der er en implicit forventning fra deres omgivelser om, at de skal amme. Heraf ses det, at der er andre aktører end informationsmaterialet på spil i skabelsen af det helt bestemte handlerum, hvor amning tilsyneladende er den eneste mulige handling.

Ud fra ovenstående ser vi, at kvinderne udtrykker, at der eksisterer en norm i Danmark om, at kvinder bør amme deres spædbørn. Ifølge en af mødrene har denne norm ændret sig med tiden, hvilket hun udtrykker det på denne måde: *"Man prøver måske flere ting, inden man giver erstatning i dag, end man gjorde dengang [i hendes mors generation]"*(C2). Denne udvikling over tid beskriver Knaak (2005:) også. Hun viser, at for bare en generation siden var normen, at kvinder frit kunne vælge den ernæringsmetode de foretrak, mens der er i dag kun findes ét acceptabelt valg – nemlig amning.

### 9.1.2 Det bedste og sundeste

Kvinderne angiver flere grunde til deres stærke intention om at amme. Én af årsagerne er, at de opfatter amning som *"det bedste"*(K1) for deres børn. En anden bevæggrund for at amme er, at de vil give deres børn den sundest mulige start på livet, hvilket fx beskrives således: *"Jeg har høfeber og allergi, og derfor ville jeg gerne amme ham så længe som muligt"*(C1). Mødrene ser således amning som et middel til at forebygge fremtidig sygdom, hvilket er helt i overensstemmelse med den dominerende forebyggelsestankegang, som vi fandt, at de analyserede tekster repræsenterede. Sarah Earle (2003) finder ligeledes i sit kvalitative studie af britiske førstegangs fødende, at sundhedsfremmende kampagner i forbindelse med spædbarnsernæring har været meget succesfulde, idet kampagnernes budskab i høj grad afspejles i kvindernes udsagn.

### 9.1.3 Amning – det naturligste

Mødrene anser endvidere amning for at være det naturlige valg af ernæringsmetode til deres børn (jf. Kukla, 2005). Dette gælder både for de kvinder, der har ammet, og for de kvinder, der er gået over til flaske. Én beskriver i den forbindelse, at hun opfatter amning som *"lige så naturligt som det at skulle føde"*(S1). Endvidere naturligøres modermælken ved, at den kædes sammen med *"biologi"*(G), og som én siger; *"Det er vildt snedigt, at det er den rigtige temperatur, det er hverken for varmt eller koldt, man kan bare lige knappe op"*(D). Flere af kvinderne har været meget opsatte på ikke at forstyrre den naturlige amning med fx sut (jf. Kukla:154-155); et forhold der illustreres ved følgende udsagn fra interviewet med C1: *"Vi ventede med at bruge sut til ham, han er rigtig glad for sut, men vi ventede til, han var én måned med overhovedet at prøve det, fordi der var så meget skræk og advarsel om hans sutteteknik"*. Samme kvinde oplevede nogle meget *"kraftige reaktioner"* på, at hun brugte suttebrikker, *"og det gjaldt bare om at komme af med de suttebrikker så hurtigt som muligt"*, selvom hun ikke oplevede problemer med dem. De kraftige reaktioner, hun oplevede, ser vi som et udtryk for det, Kukla (2005:153) beskriver som en frygt for, at unaturlige hjælpemidler skal forstyrre den naturlige amning. Kvinderne er således meget opmærksomme på, at amningen skulle etableres og forløbe uforstyrret. Vi ser ud fra ovenstående, at kvindernes holdninger og erfaringer til sutter, suttebrikker og sutteflasker er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens budskab.

### 9.1.4 En god mor ammer

Flere af kvinderne beskriver, at deres motivation for at opnå en vellykket amning skyldes, at det at amme forbindes med at være *"en rigtig kvinde eller en rigtig mor"*(C1). Denne kobling af moderskab og

amning er velbeskrevet i litteraturen (se fx Kukla, 2005; Wall, 2001) og illustreres af følgende citat:

*"Jeg skulle bare producere mælk ... det var det der med at det var mig der havde lavet mad til mit barn ... jeg var mor 100 %"*(D).

De mødre der har oplevet et problemfrit ammeføløb knytter endvidere amning sammen med den tætte relation mellem dem og deres barn. Som en ammende mor siger, *"Det har skabt et bånd, det har været noget vi har haft sammen ... jeg synes, det er noget helt særligt"*(K1), og en anden mor fortæller om hendes forhold til det at amme sit barn: *"Oplevelsen af hvor meget det betyder i tilknytningen til hende, og der er selvfølgelig også denne her 'mor er den bedste i verden' oplevelse, forbundet med det [at amme]"*(G). Ud fra dette finder vi, at mødrenes forståelse af amningens kvaliteter stemmer overens med Sundhedsstyrelsens budskaber. De kvinder, for hvem amningen er lykkedes, erfarer således i tråd med teksternes budskab, at de opnår en unik kontakt til deres barn via amningen. Når mødre forbinder det at amme med at være "en god mor" og muligheden for at opnå en "god mor-barn relation" ser vi, at de italesætter amning som en værdiladet handling. Som Kukla (2005) ligeledes beskriver det, sættes der lighedstegn mellem amning og nærhed, og mellem nærhed og det at være en god mor. Ved at foretage disse koblinger skaber kvinderne en bestemt ramme for, hvordan amning opfattes, og derigennem også en ramme for, hvordan problemer vedrørende amning opfattes og kan handles på, hvilket vil blive diskuteret nedenfor.

Vi finder, at kvinderne udtrykker den norm som bl.a. de analyserede tekster er med til at skabe, hvilket påvirker dem til at udøve en bestemt adfærd (jf. Foucaults subjektiverings begreb). Idet mødre opfatter amning som den eneste rigtige spædbarnsernæring, ser vi endvidere, at deres erfaringer udtrykker en løsningsmodel, der ikke rummer mødre som ufrivilligt må opgive at amme (jf. Jöhncke et al., 2004). Derved kan der, for denne gruppe af mødre, opstå en konfliktfyldt situation, når amningen mislykkes, hvilket vil fremgå af det følgende afsnit.

## **9.2 Erfaringer hos mødre i situationen hvor der opstår problemer med amningen**

### **9.2.1 Mødrenes kamp for en vellykket amning**

Både interviewpersoner, for hvem amningen er endt med at lykkes, og de mødre, der af den ene eller anden grund har måttet opgive at amme, har oplevet at kæmpe i kortere eller længere tid for at få amningen til at fungere. En af mødre forklarer således at, *"det tog ham 40 minutter, hver gang han skulle have bryst ... så det var jo nærmest hele døgnet, der gik med at give ham mad ... det var da helt klart stressende ikke at kunne give ham den mælk, han havde brug for"*(H1). Som hun beskriver det,

fylder amning næsten hele døgnet i den periode, hvor hun prøver at få løst problemet med, at hun ikke har nok mælk. Vi ser, at denne kvinde gør sig en kropslig erfaring af at skulle stå til rådighed 24 timer i døgnet. En af årsagerne til, at kvinderne strækker sig til det yderste og kæmper for at få amningen til at lykkes, er, at det som nævnt betyder meget for dem at gøre det bedste og sundeste for deres barn.

Det, at mødrene har strakt sig langt i amningens navn, eksemplificeres i følgende citat fra en historie, som vi har modtaget på e-mail: *"de [personalet på barselsgangen] foreslår, at jeg skal tage et langt varmt bad tre gange om dagen, hvilket jeg gør. Da det ikke har nogen effekt, skal jeg drikke hvidtøl, hvilket jeg gør. Da det heller ikke har nogen effekt, skal jeg malke ud med maskine efter hver amning. Det gør jeg så også, og får tappet to ml. ud efter hver gang. Da det har stået på i et par dage, kommer der stadig ikke mere mælk. Og min produktion, som i forvejen er meget lille, er gået yderligere ned. Mine brystvorter hænger i laser, og jeg kan ikke længere have hende til brystet, som der er ved at gå betændelse i"*(N), men som samme kvinde siger *"så prøvede jeg at gøre det, jeg mente, var det bedste for min datter"*(N). Det, at kvinderne kæmper med at få amningen til at lykkes, ser vi som et eksempel på, hvorledes de formes som subjekter, der på én gang er underlagt selvteknologier, dvs. den styring, mødrene retter mod sig selv (i dette tilfælde at blive ved med at kæmpe) og dominansteknologier (her fra sundhedspersonalet på barselsgangen). De prøver derved at leve op til subjektpositionen som den ammende mor. Samtidig ses det, at kvinderne identificerer sig med den sociale teknologis løsningsmodel (at amme), og dominans- og selvteknologier kan i den forstand siges at være en af den sociale teknologis styringsformer, idet kvinderne selv søger rådgivning om amning hos eksperter. Efter rådgivningen forsøger de at udøve den nødvendige selvdisciplin, da de, i overensstemmelse med informationsmaterialets fremlægning, har en forestilling om at forebyggelse er nødvendig. De har også en forestilling om, at deres barns helbred er deres personlige ansvar.

Som det ses af ovenstående fortælling, er det svært som førstegangsmor alene at vurdere, hvornår man har kæmpet tilstrækkeligt for at etablere en vellykket amning. Mødrene søger derfor råd hos eksperter, fx egen læge eller sundhedsplejerske. Det at spørge professionelle til råds, er en væsentlig del af opretholdelsen af sociale teknologier, hvor problembærerne (i dette tilfælde de mødre, der har problemer med at få amningen til at lykkes) oplyses af eksperter, hvorved der opstår magtrelationer eksperter og problembærere imellem. Disse relationer *"muliggør og fremmer bestemte handlinger og forståelser, mens andre forekommer irrelevante eller på anden måde synes umulige"* (Jöhncke et al., 2004:389). Dette forhold eksemplificeres i det følgende. Én af mødrene efterspørger i åbent hus en tilkendegivelse fra sundhedsplejersken af, at det er i orden at supplere amningen med modernemælksstatning, en situation hun beskriver således: *"Så sagde jeg, kan vi ikke bare give hende en sutteflaske om natten, så hun har noget, hun kan sove lidt længere på, så jeg kan få bare lidt mere sammenhængende søvn?"*(M1). Sundhedsplejersken frarådede i denne situation kvinden at give en

flaske med begrundelsen, at der sandsynligvis var tale om et appetitspring. Men som denne mor udtrykker det, så havde hun *"retrospektivt ... enormt meget brug for, at hun havde sagt ... : jeg ved af erfaring, at du ikke kan holde til det her i længden, så du skal komme herved hver uge, eller vi kan komme til dig ... Jeg følte mig simpelthen ikke taget af, og jeg følte, at det var meget lidt omsorgsfuldt af dem ... Jeg har ikke hørt nogen direkte sige, at amning er bedre end sutteflaske, men ... jeg tror, det var det der med, at amning ligesom er det bedste, der lå til grund for det, hun sagde, siden hun ikke syntes, vi skulle introducere en sutteflaske"*(M1). Det er tydeligt, hvorledes sundhedsplejersken åbner op for én handlemulighed for kvinden, nemlig at hun skal vedblive med at amme, mens det at give flaske er en både irrelevant og umulig handling ud fra hendes råd. Den pågældende kvinde oplever med andre ord, at en normativ agenda om, at amning er bedre end flaskegivning, overskygger hendes families behov i den konkrete vejledningssituation. Derfor føler hun sig presset til at fortsætte med at amme. På trods af at kvinden oplevede vejledningen som meget normativ, fulgte hun alligevel sundhedsplejerskens råd. Årsagen anfører hun selv som, at hun og hendes mand *"var for autoritetstro ... vi har begge to nok ligget under for, at vi ville gøre, som de fortalte os"*(M1).

### 9.2.2 Behovet for ekspertstøtte

Både de interviewpersoner, der på et tidspunkt i forløbet er gået over til flaske, og dem, der har haft et vellykket ammeforløb, betoner, i tråd med ovenstående eksempel, vigtigheden af at blive støttet og bakket op i at vælge erstatning, hvis det er det, der er behov for. En flaskemor siger fx, at hun *"bare havde brug for at blive bakket lidt op ... jeg havde absolut ikke brug for, at hun [sundhedsplejersken] skulle prædike om amning for ... det [amningen] fungerede bare ikke her"*(S1). En ammemor mener, at *"på et tidspunkt er der brug for at få at vide, at det er godt nok, det man gør. Selvom man giver flaske og gerne ville have ammet, så er det fint nok, selvom man går imod den gængse opfattelse"*(G). Som vi ser det, illustrerer disse udsagn, at flere af mødrene, uanset om de ammer eller ej, kan se, at der er behov for individuel støtte fra eksperter for at turde bryde normen om at amme, som en siger: *"Babyer og småbørn er de gode viljers område. Alle vil det rigtigt godt, og alle har en mening om, hvad der er det bedste, og det er jo positivt i den forstand, at det viser et stort engagement fra ens omverdenen ... og negativt på den måde at mange mennesker blander sig i noget, der er en privat sag. Noget der kan være et sårbart emne. Det er jo det her med, om man grundlæggende er en god nok mor. Som førstegangsmor er det tit en overvejelse, det er det i hvert fald for mig ... og derfor betyder det meget, når omgivelserne har en mening, om det man gør, som er anderledes"*(G). En anden skriver i den forbindelse *"Jeg manglede, at de kiggede på MIG som mor, og satte sig ned og lyttede til mig"*(H2). Som vi ser det, søger kvinderne at legitimere deres valg om at anvende modernemælkerstatning, og den

legitimitet søger de i de institutionelle rammer, der er til deres rådighed. Når mødre oplever, at de ikke bliver støttet i deres valg, kan det udmønte sig i, at de føler sig pressede til at amme. Kvindernes erfaringer på dette område ser vi som værende i disharmoni med den måde, hvorpå personalet via 'Håndbog i vellykket amning' styres til at vejlede kvinderne. De opmuntres nemlig til at styrke moderens selvtillid og tro på, at amningen nok skal lykkes og ikke til at støtte kvinder i at gå over til flaske.

Som det fremgår af ovenstående, har vi identificeret en spænding i det analyserede materiale, idet mødre på én og samme tid er meget kritiske over for de professionelles betoning af amning som det eneste rigtige, men samtidig ikke udfordrer idealet om at amme.

### 9.2.3 Udefrakommende pres

I forlængelse af ovenstående har alle kvinderne erfaret, eller kender nogen, der har været udsat for, et udefrakommende pres om at amme. Dette pres udefra beskrives af en ammemor, som noget, der opstår, når der af sundhedspersonale bliver givet *"massiv normativ rådgivning om amning"* (G). Dvs. at ammepres ifølge samme mor ikke skal opfattes som *"en ting ude i verden ... der eksisterer ligesom amning og flaskegivning"*, men at det, der er afgørende for, hvorvidt mødre føler sig presset til at amme, er, *"hvordan den rådgivning og vejledning der bliver givet til den enkelte kvinde, bliver givet, og at dem der rådgiver er veluddannede i det. Også i at fornemme hvor den enkelte kvinde er henne"* (G). En anden mor beskriver i tråd hermed, at ammepres opstår *"når især sundhedspersonale, de mener, at det [amning] for alt i verden er det eneste rigtige"* (H1). Også medierne er ifølge samme kvinde med til at skabe et unødigt ammepres. Flere mener, at det er svært nøjagtigt at sige, hvor et såkaldt ammepres kommer fra, og en af mødre beskriver i den forbindelse ammepres som *"ekstremt subtilt"* (M1).

Ifølge mødre eksisterer den dominerende forståelse af amning, som den bedste, sundeste og naturligste form for spædbarnsernæring, således ikke uden sideeffekter. Om dette forhold siger en af interviewpersonerne, at *"det er manges holdning, at amning er det bedste for barnet"* (K1), og derfor er det *"en falliterklæring, hvis man ikke får det op at køre"* (K1). En anden mener i denne forbindelse, at *"der er et pres i den måde, man bliver forberedt som førstegangsmor ... det kan give et pres, at man [til fødselsforberedelse] får at vide, at det er så godt at amme, og at det er det bedste ... selvom det ikke er bevidst, så giver det et pres"* (C1). Under et interview henter en af mødre en pakke modernælkserstatning og læser højt fra teksten på emballagen: *"Modernælk giver spædbarnet den bedste næring, barnet bør ammes så længe som muligt"* (K2), hvortil hun kommenterer: *"Det er ikke særlig fantastisk for de folk, der giver flaske ... det synes jeg er ammepres"* (K2). Endelig skriver en

mor, for hvem amningen ikke fungerede, hvordan hun oplevede, at der hang plakater på barselsgangen, der fortalte, hvor høj en ammefrekvens det pågældende sygehus havde, og at sygehuset levede op til WHO's ammepolitik gældende for spædbarnsvenlige sygehuse. Det er ikke vanskeligt at forestille sig, at det ikke er den sjoveste læsning for en mor, der har svært ved at etablere en ønsket amning. Den pågældende deltager siger da også, at *"så vidt jeg husker, står der noget om at 98 % af mødre ammer – pres eller hvad?"*(H2).

Det er således tydeligt, at mange aktører medvirker til at skabe et amme-pres, og at det er, når kvinderne kommer i forbindelse med disse aktører, at de oplever denne følelse på deres egen krop.

#### 9.2.4 Indre pres

Ud over at der er et ydre pres, der påvirker mødre, erfarer flere af kvinderne, at der er en konflikt imellem de forventninger, de havde til deres ammeforløb i graviditeten og det faktiske forløb, efter de har født. Således erfarer de, at deres egne forventninger i høj grad er med til at skabe et pres om at amme. En af mødrene udtrykker det på denne måde: *"Jeg tror egentlig også, at kvinder selv lægger presset. Man har en forestilling om det inden, hvor man ser sig selv i den situation [hvor man ammer], og hvis man så ikke kan det, så føler man sig som en dårlig mor eller en falliterklæring ... Så jeg tror egentlig også, at det der pres kommer fra en selv. Sådan noget med at ens kvindelighed på en eller anden måde ligger i det"*(K1). Det, at kvinderne forventer at kunne amme, ser vi som et udtryk for "conduct of conduct", idet de netop styrer sig selv i den, af myndighederne, ønskede retning.

Imens mødrene oplever følelsen af at være presset, ser vi, at både det ydre og det indre pres låser dem fast, således at de kun erfarer én handlemulighed – amning.

#### 9.2.5 Konsekvenser af et mislykket ammeforløb

For flere af kvinderne har en af konsekvenserne af deres egne bristede forventninger og de udefrakommende påvirkninger været, at beslutningen om at give modermælksersstatning har været meget vanskelig. Én af mødrene beretter fx, hvordan hun ved overgangen til flaske havde *"tudet over det et par uger"*(C1), og en anden siger: *"det var så hårdt, for jeg ville så gerne amme min dejlige dreng"*(T). Derudover fortæller en af deltagerne i fokusgruppen, hvordan hun udsatte beslutningen om at give modermælksersstatning, selvom hendes sundhedsplejerske mente, at det var det bedste for barnet: *"Jeg trak det faktisk så lang tid som jeg kunne, og da han så var tre måneder gav jeg ham en flaske om aftenen, fordi han ikke havde taget nok på. Min sundhedsplejerske sagde at ... han ikke fik nok mad, og at han nok var sulten, fordi han græd om aftenen. Så tænkte jeg, at så skal han nok have noget"*



*erstatning, men jeg havde prøvet at trække det*"(C2). Vi finder, at denne mor har skabt en stærk identitet som ammemor, og derfor er det vanskeligt for hende at give en flaske, da det udfordrer hendes selvfølelse. Samme mor beretter om, hvordan andres indblanding kunne fremkalde usikkerhed hos hende. Herom siger hun: *"Vi havde lige besluttet, at nu var vi sikre på det [at de skulle supplere amningen med modernælkserstatning], og så gik der en uge, og så snakkede jeg med en veninde"* (C2) som mente, at de skulle lade være med at give barnet flaske, hvorefter hun efter eget udsagn blev *"usikker"*(C2). Her ser vi, hvordan forbindelserne til andre aktører ryster hendes forsøg på at skabe en identitet som flaskemor.

Flere af mødrene har haft nogle temmelig voldsomme ammeforløb med store smerter, skrigende børn, mangel på søvn, og de har, som tidligere nævnt, oplevet, at sundhedspersonalet ikke kom dem i møde. Dette tolker vi som kropslige oplevelser, der hos flere af kvinderne har givet psykiske mén i større eller mindre grad. Disse oplevelser har især medført, at kvinderne er blevet usikre på sig selv og sætter spørgsmålstegn ved deres evner som mor: *"Jeg var stadig meget usikker på alt, jeg gjorde med min datter. Alt, hvad der var sket på hospitalet, havde sat sine spor, og der gik nogle uger, før jeg overhovedet turde være alene med hende. Tænk hvis jeg heller ikke kunne noget af det andet godt nok"*(S2). For en af mødrenes vedkommende har oplevelserne i forbindelse med overgangen fra amning til erstatning betydet, at hun blev *"så ked af det"*(M1), at det, som hun siger, *"har været den direkte årsag til, at jeg fik en sygemelding og har gået i samtalegruppe"*(M1). Ud over at gøre mødrene kede af det, har deres mislykkede ammeforløb fremkaldt følelser som *"skam"*(M1) og *"skyld"*(D), samt følelsen af at have *"spillet fallit"*(C1), og at være *"forkert"*(C1). Fx siger én af mødrene, at *"hvis man får fortalt, at man er bygget til det [at amme], så når man hurtigt til den konklusion, at man er bygget forkert, at man er totalt forkert skruet sammen, sådan rent logisk"*(C1). En anden siger: *"Jeg gik også selv med en eller anden skam omkring, at jeg sgu nok ikke var en lige så robust mor som andre"*(M1). På dette tidspunkt i deres ammeforløb står de således tilbage med en følelse af utilstrækkelighed som mødre, og de tvivler på deres evner til at træffe de rigtige valg for dem og deres børn. *"Aldrig har jeg da følt mig dårligere til det, jeg laver, til det jeg prøvede at gøre, og til det, jeg mente, var bedst for min datter"*(N). De føler ikke, at de kan give deres børn det bedste, og denne følelse udmønter sig i, at de føler sig som dårligere mødre, fordi *"jeg ikke kan give mit barn mad som så mange andre kvinder"*(T). På denne led ser vi, at mødrene i overgangsperioden, med Kuklas (2005:191) ord, lever i skyggen af "den gode mor" – underforstået en mor, der ammer sit barn.

I dette afsnit er det tydeligt, at oplevelser af skyld, skam, nederlag mv. opstår og skabes i relationer til fx andre mødre og veninder og langt fra blot i relationen til eksperter.

### 9.2.6 Faktorer, der har indflydelse på beslutningen om at gå over til flaske

Hvor svær beslutningen om at gå over til modermælkserstatning opleves at være, afhænger ifølge mødrene af, hvor gammelt barnet er. Jo ældre barnet er, jo nemmere opleves overgangen til flaske tilsyneladende at være. Dette forhold eksemplificeres ved følgende bemærkning: *"Jeg var nået dertil, at han havde fået mad fra mig i så lang tid, også der hvor det var mest kritisk ... så jeg havde det egentlig fint nok [med at give flaske] ... men på det tidspunkt var han også et halvt års tid"* (D). I interviewene har det endvidere vist sig at have stor betydning for mødrenes accept af at give flaske, om modermælkserstatningen var et supplement til amningen, eller om de udelukkende gav erstatning. Nemtest var det at acceptere flasken for de mødre, der blot gik delvist over til flaske, hvilket fx ses af denne passage: *"Så længe jeg ammede samtidig, så generede det mig egentlig ikke"* (H1). Det, at mødrene i de nævnte situationer ikke finder det problematisk at vælge flasken, opfatter vi som et eksempel på, at hvis mødrene føler, at de har levet op til normen om at amme, så er sutteflasken et legitimt valg, og mødrene oplever således ikke at være i konflikt med den gældende norm.

Mødrenes egne normer og værdier, som samtidig reflekterer de normer og værdier, vi fandt i informationsmaterialet, skaber således en bestemt ramme for, hvordan problemer vedrørende amning opfattes – nemlig at kvinderne kæmper hårdt for at få amningen til at lykkes, og at de i forbindelse med overgangen til flaske opfatter sig selv som dårlige mødre, der ikke er i stand til at give deres børn den bedste ernæring (jf. Jöhncke et al., 2004). Derudover kan de ikke længere identificere sig med subjektpositionen som den ammende mor, og de oplever derfor, at de i forhold til den information, de har fået fra sundhedspersonale og skrevet materiale, ikke er normale kvinder, og de føler sig derved som fiaskoer. For at komme videre i deres liv er det derfor nødvendigt at indtage nye subjektpositioner og skabe nye handlemuligheder, hvilket vil fremgå af næste del af analysen.

## 9.3 Mødrenes forhandlinger med de dominerende samfundsmæssige forståelser af spædbarnsernæring

I dette afsnit vil vi analysere, hvorledes de dominerende normer og værdier brydes og forhandles af mødrene på baggrund af deres erfaringer med spædbarnsernæring.

### 9.3.1 Forventninger som ikke kan gå i opfyldelse

Flere af kvinderne har erfaret, at de forventninger, de havde til at amme, ikke stemmer overens med den virkelighed, de oplever, hvilket er i overensstemmelse med hvad Dorthe Taxbøl (1998) finder i sin

interviewundersøgelse. Her beskriver Taxbøl, hvilke faktorer der påvirker kvinder til at ophøre med amning tidligere, end de selv havde forventet. Undersøgelsen viser bl.a., at det for førstegangsfødende er en stressfaktor, at der er et misforhold mellem deres forventninger om at amme og det virkelige liv med et spædbarn. Én af vores interviewpersoner udtaler i forlængelse heraf, at *"alle steder står der, at barnet har en evne til at finde brystet, når du har født, og det lød sådan meget rosenrødt"*(C1), men virkeligheden opleves af samme mor på en helt anden måde: *"Det er ikke bare lige så nemt og idyllisk, at man bare lige lægger ungen på maven, og så finder han selv ud af det, og så kører det bare"*(C1). En anden af mødrene erfarede, at amningen ikke var den hyggestund, som hun havde forestillet sig: *"Jeg ved ikke, jeg havde det bare ikke rigtig godt med det"*(S1), og *"det kom lidt bag på mig, at jeg havde det sådan. Jeg havde virkelig set frem til og glædet mig til det"*(S1). Hun udfordrer derved de dominerende forståelser af spædbarnsernæring og sin egen identitet, som en selvfølgelig ammemor. S1 oplever i en internetgruppe, at det at føle ulyst ved amning ikke er en gyldig grund til at stoppe med at amme, *"når man nu godt kunne"*(S1). Dette finder Virginia Schmied og Deborah Lupton (2001) ligeledes i en interviewundersøgelse af australske mødres erfaringer med amning. De konkluderer, at kvindernes erfaringer deler sig i to meget modsætningsfyldte grupperinger. For få af kvinderne blev det at amme karakteriseret som en nydelsesfuld og intim stund. Mens den anden og største gruppe af kvinder opfattede amning som en vanskelig, ubehagelig og direkte grænseoverskridende proces. Schmied og Lupton (2001) mener på baggrund af deres fund, at amning overromantiseres, når der sættes lighedstegn mellem amning og et nært mor-barn forhold.

I forlængelse af dette fortæller én af vores interviewpersoner, der har ammet fuldt ud, at hun i starten oplevede, at det var meget mere smertefuldt at amme, end hun havde forestillet sig: *"Det var der ikke rigtig nogen, der havde fortalt mig før, så jeg blev meget overrasket over, at det gjorde så ondt"* (K1). Men efter et par uger forsvandt smerterne, og hun blev meget glad for at amme.

Som det fremgår af ovenstående, opleves amning meget forskelligt af kvinderne. Erfaringerne spænder fra, at amning opleves som problemfrit og hyggeligt, til at amningen erfares som en ubehagelig og grænseoverskridende kamp. De mødre, som ikke kan eller bryder sig om at amme, oplever i forbindelse med overgangen til flaske sig selv som unormale, hvilket de også fremstilles som i de analyserede publikationer. Det påpeges således i teksterne, at alle kvinder kan amme, og at ubehag i forbindelse med amning skyldes fx identitetsproblemer, seksuelle overgreb eller manglende viden. Interviewene viser imidlertid, at selv kvinder, der ikke har den slags dårlige erfaringer i bagagen, kan opleve ulyst ved amning (jf. Schmied & Lupton, 2001). Som det fremgår, bryder flere af mødrenes erfaringer således med den måde, hvorpå amning italesættes som idyllisk i de analyserede dokumenter, hvilket kan resultere i, at en gruppe kvinder føler sig stigmatiserede og ekskluderede fra det at være "normale mødre". S1 sætter sig dog ud over de dominerende forståelser, hvilket ses af

følgende citat, hvor hun kommenterer det, at en mor hun kender via en netgruppe, ammede på trods af, at hun ikke havde lyst: *"Det ville jeg jo ikke vælge. For jeg tænker, at hvis jeg ikke psykisk har det godt, så har han [barnet] det heller ikke godt, og hvorfor skal jeg gøre noget, jeg ikke har det godt med? Det forstår jeg ikke"*(S1). Hun forhandler derved med sin egen opfattelse af, hvad der er bedst for henholdsvis hendes barn, hende selv og hendes familie samt med de dominerende samfundsmæssige forståelser af amning. Herved ræsonnerer hun sig frem til, at så længe hun har det psykisk godt, så er hendes valg også det bedste for hendes dreng. Vi ser således, at denne kvinde skaber et legitimt handlerum for sig selv, hvorved hun når frem til en ny forståelse af, hvad hun opfatter som "den gode mor". Hun skaber viden via relationen til netgruppen, og herigennem erfarer hun, hvad der er den rette handling for hende.

### 9.3.2 Oplevelsen af at have for lidt mælk

Da normen hos både kvinderne og i informationsmaterialet er at amme, oplever flere, at det er svært at få vejledning i flaskegivning. Som én fik at vide: *"Hvis vi introducerede en sutteflaske, ville det jo ødelægge det her naturlige appetitspring"*(M1). Det viste sig dog senere, at det ikke var et appetitspring, der var skyld i at barnet ikke sov, men at barnet var sultent, fordi moderen *"ikke dannede nok mælk"*(M1). Flere af de andre mødre gør sig ligeledes den kropslige erfaring ikke at have mælk nok, og en beskriver, hvorledes hendes sundhedsplejerske reagerede på dette: *"Der var sundhedsplejersken sådan lidt inde på, at det troede hun måske ikke helt, og hvis jeg kæmpede for det, kunne jeg nok godt få det til at fungere"*(S1). En forklarer, hvorledes hun prøvede at sætte sin mælkeproduktion i vejret, *"jeg skulle nok producere mælk til mit barn"*(C2), men det lykkedes ikke, og efter en måned begyndte hun at give en flaske om aftenen. Som vi ser det, kan mødrenes oplevelser af ikke at have mælk nok, ikke rummes af den løsningsmodel, hvor både informationsmaterialet og i dette konkrete tilfælde sundhedsplejersken fremsætter amning som det naturligste.

Løsningsmodellen anerkender nemlig ikke, at mødrene kan have for lidt mælk. Derved bliver det mødrenes egen skyld, at de ikke har nok mælk, fordi det ifølge materialet, er op til dem at få udbud og efterspørgsel til at følges ad ved at hvile, spise og sove nok, hvilket Kukla (2005:165) ligeledes beskriver i sin bog.

Det, at mødrene pålægges det fulde ansvar for at producere tilstrækkeligt mælk, kan være en meget stressende oplevelse, og som en fortæller, *"blev han ammet otte gange i døgnet, men fik flaske fem gange i døgnet ... vi fandt hurtigt ud af, at det var om natten, jeg havde mælk, når jeg havde sovet ... og det, hvad skal man sige, fungerede, men det var lidt meget, synes jeg"*(H1), og da hun beslutter sig for at stoppe helt med at amme, forsvinder stressfølelsen også, og *"højest sandsynligt fordi jeg havde*

*besluttet, at det var i orden at stoppe, havde jeg mere mælk*"(H1). Hun giver således udtryk for en erfaring om, at hvis stressfaktorerne fjernes, så slapper hun af og oplever, at amningen begynder at fungere.

Vi finder altså, at det, der i teksterne fremstilles som en myte om "for lidt mælk" (jf. afsnit 7.2.2), erfares af kvinderne som en faktisk hændelse, hvorved det for dem ikke blot er en dårlig undskyldning for at holde op med at amme. Mødrenes erfaringer bryder således med de informationer, der gives i pjecerne, hvilket bevirker at kvinderne oplever, at deres erfaringer ikke tages alvorligt. Dette kan føre til, at der opstår et spændingsfelt mellem ekspertbeskrivelserne og kvindernes liv (jf. Svendsen, 2004:32), idet det ikke er muligt for kvinderne at identificere sig med at "for lidt mælk" skulle være en myte. Mødrene skaber således en ny viden, der udfordrer eksperternes holdninger.

### 9.3.3 Flaskegivning som et usynligt alternativ til amning

En del af mødrene oplever, at modermælkserstatning som et reelt alternativ til amning ikke findes, eller at de i hvert fald ikke mener at være blevet præsenteret for det. De beskriver det således: *"Der blev aldrig snakket om flaske, heller ikke til fødselsforberedelse"*(S1), og *"der var ikke noget alternativ i hendes [jordemoderens] bog"*(D). Det er ikke kun i den direkte kontakt med sundhedspersonalet, at der ifølge mødrene ikke er noget alternativ, for som én siger, så *"hælder meget af litteraturen mod amning"*(K2), og som en anden nævner, hvis der står noget om flaske, så *"står [det] gemt på den allersidste side, skrevet med endnu mindre skrift end alt det andet, fordi det er sådan lidt ... det er second best i den måde, det fremstilles på"*(D). I kvindernes livsverden er modermælkserstatning således svært at få øje på eller helt usynlig som alternativ til amning, og på denne led ser kvinderne ikke flaskegivning som en legitim handlemulighed. Flere kvinder har oplevet dette forhold meget problematisk, fx er der en af kvinderne, hvis barn kun sov 10 timer i døgnet i halvanden måned, og som hun siger: *"Det jeg havde brug for ... [var] at der simpelthen blev fremlagt et alternativ [til amning], og at der kunne være en form for respekt omkring det, at man kan vælge selv, som kvinde og som mor"* (M1). Der er således flere af kvinderne, der selv har taget beslutningen om at give flaske uden at konsultere sundhedsplejerske eller lignende, da de ikke oplevede at få alternativer til amning præsenteret. *"Efter halvanden måned så valgte vi bare at gøre det, at bytte amningen ud med sutteflaske, selvom vi ikke havde fået lov, i gåseøjne"*(M1). Dette udsagn er et eksempel på, at der skabes et handlerum, i hvilket andre logikker end de dominerende og andre aktører end eksperterne bliver centrale og former, hvad der kan gøres og tænkes. M1 skaber således forbindelse mellem sin oplevelse af et skrigende barn, sig selv og sin mand, og hun udtrykker sin agency ved at give flaske. Samtidig mangler mødrene en *"blåstempling for, at det er i orden, at de stopper"*(G). Dette udtrykker,

at mødrene oplever det som unormalt og forkert, når det offentlige sundhedsvæsen ikke deltager i beslutninger, der vedrører spædbarnsernæring. Det, at erstatningen ikke beskrives som en mulighed, indvirker således på kvindernes kamp for amningen. Det betyder også, at de kvinder, som ikke har en sundhedsplejerske, der støtter dem og bakker dem op, føler sig ladet alene tilbage. Én fortæller i den forbindelse om en veninde, *"som lod være med at tage et alternativ i brug, til trods for at hun ikke hang sammen af manglende søvn"*(H1). Kvinderne er alle enige om, at modermælkserstatning skal gøres mere synlig, og at den derved skal fremstilles som et reelt alternativ til amning, hvis man som mor af den ene eller anden grund ikke kan/har lyst til at amme. Desuden mener mødrene, at der skal gives bedre *"information om hvordan modermælkserstatning er. Den er jo en million gange bedre, end den var for bare ti år siden. Det er måske en idé at gøre folk opmærksomme på det. Det er altså ikke det rene skidt, der bliver hældt i dem"*(H1).

Derudover erfarer kvinderne, at det praktiske omkring flaskegivning *"overhovedet ikke har været besværligt"*(D) i forhold til det indtryk, de havde, før de selv havde prøvet det. Én citerer med en vis ironi i stemmen, hvad hun husker at have læst: *"Så skal man varme det og hælde vand i, og så skal man have afmålt det rigtigt, og temperatur, og kogt vand, og koldt vand, og blande det sammen"*(D), hvorfor hun tænkte: *"årh, hold kæft skal jeg så have en trolleyvogn med?"*(D). En anden siger herom, at *"det var meget mere besværligt, før man begyndte på det, og når man så kom i gang, jamen, så var det fint nok"*(C2). Hvordan man griber flaskegivning an, er noget kvinderne ikke har kunnet læse sig til. Det er således en viden, de har opnået ved at spørge i deres netværk: *"Hvordan man skal gøre med flaske, det har jeg snakket med mine veninder om. Jeg tror også, jeg spurgte dem på nettet [en internetgruppe], hvor mange flasker bruger I og sådan nogle ting?"*(C1). I forbindelse med de praktiske forhold omkring flaskegivning, bryder mødrenes erfaringer således med den information, de har fået fra sundhedsmyndighederne. Udsagnet peger også på, at kvinderne gør brug af andre aktører end sundhedspersonale til at skabe viden om flaskegivning.

#### 9.3.4 Erfarede fordele ved flaskegivning

Mødrene kender og nævner en lang række fordele ved amning, som afspejler informationsmaterialet. De mødre, der har ammet fuldt, nævner ingen specifikke fordele ved flaskegivning, mens de, der har givet flaske, erfarer, at der er flere fordele forbundet hermed. En af fordelene er, *"at jeg kan blive aflastet lidt, især om natten [griner]"*(S1), og som en anden udtrykker det: *"Det er perfekt, at man begge to kan tage del i at give sit barn mad"*(M1). Kvinderne erfarer, at deres mænd er mere med, og at begge parter nyder at kunne deles om det at give barnet mad, derved *"får manden en stor rolle fra begyndelsen, som kan være rigtig svær at få, hvis han ikke er med til måltiderne"*(H1). Samtidig med

at *"man kan dele nattetjanserne"*(H1), opleves det også som en fordel for nogle af mødrene, at de kan få passet barnet, *"så man kan få lov til at få lidt tid sammen"*(H1). Ved at blive aflastet oplever kvinderne, at de kan tage et *"glas rødvin med god samvittighed"*(M1), og at de derved *"får frihed over egen krop"*(M1) – et forhold som Schmied og Lupton (2001) ligeledes beskriver. Én af de kvinder, der ammer, ser netop det, at man *"skal være så opmærksom på, hvad man indtager"*(K1) som en af ulemperne ved at amme. Hun udtrykker det således: *"Når man ammer, så er det, åh, må man drikke kaffe, og må man nu tage et glas rødvin? Alle de her ting, synes jeg, har været hårde nogen gange"* (K1). Et par af mødrene oplever, at deres børn, efter at de er gået over til flaske, sover meget bedre og længere om natten, hvilket de kan mærke *"fysisk"*(M1) på deres krop, idet de får mere overskud i hverdagen. I forlængelse heraf kan det siges, at kvinderne oplever at få og bebo et nyt handlerum, hvor den tidligere beskrevne gensidige kropslige afhængighed afløses af en situation, hvor kvindekroppen indimellem får fri, og far kan tage over.

### 9.3.5 Flaskegivning og mor-barn relationen

Flere af kvinderne har beskrevet, hvorledes frygten for ikke at få et godt forhold til deres barn kan medvirke til at gøre overgangen til flaske svær. En af interviewpersonerne beskriver det på denne vis: *"Det var nok noget af det, jeg var ked af at droppe, fordi da det kørte, synes jeg det var super hyggeligt ... det var nok det, jeg var ked af at skulle give afkald på"*(C1). Det viser sig dog, at nærheden ikke går tabt ved at give en flaske for langt de fleste af kvinderne. C1 var som før nævnt ked af at give afkald på nærheden, men da hun begynder at give flaske, ændrer hendes opfattelse sig: *"Jeg synes, kontakten mellem mig og mit barn er den samme. Altså, jeg sidder jo med ham, og jeg kan holde ham ind til mig, så nærheden, synes jeg ikke, går tabt ved det [at give flaske]"*(C1). Til gengæld kan netop det at have problemer med amningen føre til, at *"det går ud over relationen til dit barn"*(M1), idet amningen slet ikke forbindes med den *"hygge"*(M1), som mødrene forventer. En mor, der har haft det rigtig dårlig med at amme, fortæller: *"Jeg havde det bare ikke ret godt med det. Og det har han [sønnen] jo kunnet mærke, at jeg blev meget frustreret som mor, og han begyndte at blive meget hysterisk når han blev lagt til, og hev sig af og på, af og på. Og så fik jeg det endnu dårligere med det"*(S1). Så begyndte hun at give flaske: *"Jeg nød virkelig at give flaske, det kunne jeg virkelig godt lide i forhold til at amme"*(S1). Mødrene forhandler og reviderer derfor deres opfattelse af, at amning er vigtigt for at opnå en god relation til deres børn, idet de erfarer, at de ved flaskegivning kan opnå en ligeså god – og til tider endog bedre kontakt til deres barn. Og de føler stadig, at måltidet er *"hyggeligt"*(C2) og erfarer, at *"det var lige meget, om det var flaske eller babs, han fik"*(D). Ud over at kvinderne erfarer, at de sagtens kan have et nært forhold til deres barn gennem flaskegivning, nævner flere, at faderen også får et andet

forhold til barnet. *"Min mand har været utrolig glad for at give flaske, fordi han kunne være med, og han har fået et utrolig nært forhold til ham [sønnen]"*(H1), og en anden fortæller: *"Han synes da efterfølgende, at det er rart, at han også kan være med til at give mad"*(S1). Fædrene deltager altså mere aktivt i barnets liv. Vi ser derved en diskrepans imellem mødrenes erfaringer og tekstens udlægning, idet kvinderne erfarer, at valget af ernæring ikke er en grundlæggende præmis for at opnå et godt mor-barn forhold. Kvindernes erfaringer udtrykker således andre forståelser af "det naturlige" og "det mulige" end de dominerende forståelser. Samtidig bliver andre familierelationer fremtrædende end blot relationen mellem mor og barn. Mødrene indskrives sig dog i opfattelsen af, at nærhed er vigtigt, idet de genskaber nærheden ved flaskegivning.

### 9.3.6 Amning er ikke altid det bedste

En anden viden, mødrene har fået, er, at amning ikke altid er den bedste løsning. Dette forhold illustreres ved følgende citat: *"Hellere have et glad barn og en glad mor, end et sultent barn og en utilfreds mor. Jeg synes helt klart, at det var bedst for os alle sammen, at han fik flaske"*(S1), og som hun siger: *"Hvis jeg ikke fungerer, hvordan skal jeg så få ham [barnet] til at fungere, min mand til at fungere og min hverdag til at fungere?"*(S1). De erkender, at for dem var løsningen med at give flaske den bedste og den eneste løsning på de problemer, de oplevede undervejs i amningen. Denne viden er i høj grad med til at konsolidere deres nye identitet som flaskemødre. Flere nævner, at *"med det samme har jeg overskud til min dejlige datter"*(M2), da problemerne med at få amningen til at fungere har overskygget den glæde, det er at have fået et barn. Desuden erfarer kvinderne, at det bedste for dem og deres familier ikke altid er i overensstemmelse med det budskab, som sundhedsmyndighederne formidler. Som én udtrykker det: *"Der er nogle ting, der er for høj en pris at betale ikke? Jeg vil helt klart ikke være villig til at sætte mig selv så meget på standby, som jeg gjorde, det var sindssygt ubehageligt"*(M1). Hun hentyder her til, at hun en anden gang *"gerne vil starte med at amme igen"* (M1), men at hun ikke vil gå så langt for at få amningen til at fungere, da det til slut gik ud over både barn og mand. Vi ser i forlængelse heraf, at identiteten som flaskemor ikke er så fasttømret, at den ikke er til forhandling en anden gang.

### 9.3.7 Sunde flaskebørn

I modsætning til hvad de forventede, har kvinderne tillige erhvervet en viden om, at deres børn er vokset normalt, selvom de blev opfostret på modermælkserstatning, hvilket en af mødrene beskriver således: *"Jeg kan jo se at han vokser og bliver stor og stærk, så jeg går ud fra, at han er sund og rask"*



[S1], mens en anden udtaler: *"Nu ved jeg, at jeg har et dejligt barn, som har det godt, er sund og rask, og som klarer sig godt på flaske"* (M2). Det ses således tydeligt, at mødrene udfordrer den risikovidenskab, som de har tilegnet sig via bl.a. eksperter, hvor flaskegivning kædes sammen med sygelighed og død, hvilket også er en pointe, Lupton (1999a) fremdrager. Ved at udfordre deres egen viden om sundhed i forbindelse med spædbarnsernæring, skaber kvinderne et legitimt handlerum, som de kan agere indenfor med deres nye identitet som flaskemødre.

### 9.3.8 Flaskemødrenes redefinering af sig selv

På baggrund af ovenstående forhandler disse kvinder sig frem til en ny løsningsmodel, hvori løsningen er at give flaske, hvilket fungerer i netop deres livssituation. Her bryder mødrenes erfaringer således med normen om, at man altid bør amme og med værdien om, at amning er "det bedste", og at en god mor ammer. Vi finder, at der dermed ikke er sammenhæng mellem den sociale teknologiske rationale om amning som det bedste udgangspunkt for ansvarlig sundhedsadfærd, og mødrenes forståelser af, at amning ikke altid er et ubetinget gode (jf. Svendsen, 2004). Det er således tydeligt, at flaskemødrene erfarer, at den gængse løsningsmodel ikke passer ind i deres livsverden, men at problemer og løsninger brydes, og at de italesætter amning som et problem, der kan løses ved at give modermælkeserstatning. Deres løsningsmodel står derved i skarp kontrast til den løsningsmodel, vi fandt at informationsmaterialet fremsatte. Dette fund understøttes af Sarah Earles (2003:141) kvalitative undersøgelse af førstegangsfødende britiske kvinders oplevelse af amning, moderskab og identitet. Hun konkluderer, at de mødre, som oplever problemer med amningen, erfarer, at amning ikke altid er det bedste, men at flaskegivning kan være løsningen på deres problemer.

Vi finder, at kvinderne udfordrer den sociale teknologiske rationale og løsningsmodel, da deres erfaringer ikke kan rummes af den. Kvindernes erfaringer kan derved ses som et eksempel på, at den sociale teknologiske rationale rekontekstualiseres i konkrete livssammenhænge (jf. Svendsen, 2004:42). På baggrund af mødrenes erfarede viden kan de indtage en ny subjektposition, nemlig en position som en succesfuld flaskemor, der har et sundt og rask barn.

## 10. Delkonklusion

Vi har nu analyseret kvindernes erfaringer med spædbarnsernæring, og det har vist sig, at temaerne om sundhed og moderskab/kvindelighed også manifesterer sig hos mødrene.

Som svar på anden del af problemformuleringen finder vi ud fra analysen, at de mødre, der oplever en situation, hvor de ikke kan eller magter at amme, bryder og forhandler med de eksisterende normer og værdier. Der sker således et skred i forhold til værdien om, at amning altid er "det bedste", og i forbindelse med værdien om, at amning er en præmis for at være "en god mor". Vi har i analysen fået indblik i, at ammepolitikken i høj grad griber ind i kvindernes livsverden og er med til at forme deres opfattelse af dem selv som mødre. Det skal dog pointeres, at det ikke er ammepolitikken alene, der påvirker kvinderne. Analysen har således vist, hvorledes normer og værdier forhandles i en social kontekst bestående af fx veninder, internetfora, mødrenes samlevende og medier. Vi har med andre ord set, at mødrenes normer og værdier ikke blot udspilles i relationen til eksperter.

Det fremgår af analysen, at kvinderne til at begynde med oplever det som naturligt og rigtigt at handle i overensstemmelse med den risikokommunikation, de får præsenteret af eksperter i deres hverdag (jf. Lupton, 1999a:107). Fra et governmentality-perspektiv kan mødrenes erfaringer forstås som indlejrede i en foucauldiansk tilgang til risici, hvor risici opfattes som en kalkulerbar størrelse, der kan tages højde for ved at udøve selvteknologier for at få amningen til at fungere. Ved hjælp af ekspertviden sættes kvinderne i stand til at udøve disse selvteknologier, således at de kan leve op til normen om at amme.

Vi har identificeret et spændingsfelt i analysen af mødrenes erfaringer, hvor mødrene på den ene side er kritiske over for de sundhedsprofessionelles vejledning, og på den anden side er fuldstændig omsluttet af den værdisætning af amning, der finder sted. Når mødrene ikke kan eller magter at amme udelukkes de fra den løsningsmodel, som vi finder, at sundhedsvæsenet fremsætter, hvor amning italesættes som den eneste rigtige ernæring til spædbørn. Derfor oplever mødrene overgangen til flaske som en konfliktfyldt situation, hvor de på en og samme tid søger alternativer til amning og kæmper for at leve op til de eksisterende normer og værdier. Således udøver kvinderne selvteknologier for at kunne indtage en subjektposition som en "rigtig ammemor". De mødre, for hvem amningen ikke lykkes, oplever, at deres forventninger brister, og at den amme-idyl, som fremstilles i teksterne ikke har rod i den virkelighed, de lever i. Når kvinderne oplever ikke at kunne leve op til deres egne forventninger, føler de sig magtesløse og stempler sig selv som "dårlige mødre". De erfarer således, at

de selv er med til at skabe et pres om at amme. Ud over dette indre pres erfarer kvinderne, at ammepres ligeledes kan skabes af udefrakommende påvirkninger, hvorved de også føler sig stemplet af omverdenen. Fælles for kvinderne er, at de først oplever et negativt indre og/eller ydre pres i den situation, hvor de ikke længere kan eller magter at amme. Hvorvidt kvinderne erfarer et negativt pres afhænger i høj grad af, om de får den støtte og opbakning fra eksperter, fx sundhedsplejersken eller egen læge, som de har brug for i situationen, hvor de bryder normen om at amme. Vi har således fundet, at kvinderne efterlyser en blåstempling fra de institutioner, der udstikker anbefalingerne omkring spædbarnsernæring. Desuden mener vi, at det forhold at kvinderne er førstegangsmødre, forstærker deres negative oplevelse af overgangen til flaske, idet de er mere sårbare end flergangsmødre (Hauck & Irurita, 2003).

Vi finder, at selvom kvinderne inkorporerer den sociale teknologiske løsningsmodel i deres liv, er denne løsningsmodel langt fra det eneste perspektiv, de tænker deres børns fremtid med, i den situation hvor de bliver nødt til at give deres børn modernælkserstatning. Vi ser således, at mødre i mellemrummet mellem den sociale teknologi og deres livssammenhænge udfører handlinger (giver flaske), der kan synes langt fra den normativitet, som den sociale teknologi rummer. Viden om spædbarnsernæring indeholder derfor ikke kun én betydning i de berørte kvinders liv. Snarere har det vist sig at være i det sociale livs praktiske sammenhænge – i dette tilfælde i relationer til venner og familie – at viden om spædbarnsernæring skabt af sundhedssystemet kobles med erfaringsbaseret viden, som således fortolkes og får betydning i den enkelte kvindes liv (jf. Svendsen, 2004:43). Det bliver derved muligt for flaskemødrene at skabe nye handlerum, hvor modernælkserstatning er en legitim form for spædbarnsernæring. Kvinderne handler således aktivt og benytter de mulighedsfelter, der opstår, hvorved vi ser, at magten udøves i relationer mellem kvinderne og sundhedssystemet, men også imellem kvinderne og dem, de omgås (jf. Foucaults magtbegreb).

Vi finder, at normen om, at kvinder bør amme, ikke har ændret sig hos flaskemødrene, idet de fleste giver udtryk for at ville amme barn nummer to. De er dog ikke indstillede på at skulle tilsidesætte sig selv i samme grad, som de har gjort med det første barn. De opfatter imidlertid stadig modernælk som den sundeste form for spædbarnsernæring, hvorved vi ser magten som skabende (produktiv), idet flaskemødrene medvirker til at reproducere de normer og de fleste af de værdier, der har skabt deres afvigeridentitet. Vi har således fundet, at magten virker skabende *”ved at gøre individer til – og få individer til selv at gøre sig til – bestemte subjekter”* (Mik-Meyer & Villadsen, 2007:17).

De mødre, der har været nødt til at give erstatning, har imidlertid erfaret, at valget af ernæring ikke er en grundlæggende præmis for at være ”en god mor”, og de har skabt en ny viden om, at det vigtigste i den henseende er, at glade mødre giver glade børn. Derved erfarer de, at moderskabet

hverken sidder i brysterne eller i flasken. Via ændringen af deres værdier udtrykker flaskemødrene deres kapacitet til at handle ved at redefinere sig selv fra at føle sig som en fiasko til at indtage en identitet som en succesfuld mor. Vi finder med andre ord, at den givne løsningsmodel ikke bare automatisk overtages af mødrene, men at den omformes og udfordres, idet *"de anviste løsninger ikke kan rumme deres liv på nogen fuldkommen eller passende måde"* [Mødrenes] *liv er altid mere omfattende og sammensatte, end problemet og løsningen giver mulighed for at få øje på"* (Jöhncke et al., 2004:386). Vi ser således, at kvinderne skaber deres egen erfaringsbaserede ekspertviden, som kan virke irrationel i forhold til de analyserede dokumenters budskab, men som i høj grad giver mening for dem.

Uddybende kan den proces, flaskemødrene gennemgår, forstås som en proces, hvor magten efter at være indlejret i kvindernes kroppe udsættes for et modangreb i de selvsamme individers kroppe (jf. Lupton, 1997:108). Dvs. efter at have inkorporeret de gældende normer og værdier udfordres disse af kvinderne, hvorved de opnår en for dem ny og bedre tilstand. Mødrene har vist sig at være i stand til at handle imod de gængse normer og værdier og skabe deres egne rum for handling. Det skal imidlertid pointeres, at selvom kvinderne til slut opnår en følelse af at være "en god mor", så har processen ikke været uden omkostninger.

I løbet af analysen har vi fundet de ovenfor beskrevne mønstre på tværs af kvindernes fortællinger. Vi har imidlertid også identificeret en vis diversitet i datamaterialet, bl.a. i kvindernes måde at være selvforvaltende på. Vi har således set, at én af flaskemødrene ikke har redefineret sig selv på samme måde som de øvrige. Dette ser vi ved, at hun til stadighed arbejder med sig selv for at nå en indre accept af, at hendes barn ikke har fået den ernæring, hun mener, der er bedst. En anden af flaskemødrene skiller sig ud, idet hun erfarer, at hun trods forventninger om at skulle amme, ikke kan udholde det mentalt. Hun kommer imidlertid igennem en redefineringsproces, hvor hun til slut er glad for sin beslutning om at gå over til modermælkserstatning.

## SJETTE DEL: KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

### 11. Diskuterende konklusion

Når de to dele af specialets problemformulering ses i relation til hinanden, identificerer vi et spændingsfelt mellem ammepolitikken på den ene side og mødrenes erfaringer med spædbarnsernæring på den anden.

Den norm, der formidles i Sundhedsstyrelsens informationsmateriale er, at mødre bør amme deres børn fuldt i seks måneder. Normen om at amme knyttes i teksterne sammen med værdierne om amning som den bedste, sundeste og naturligste form for spædbarnsernæring. Herved kommer amning til at fremstå som et moralsk anliggende og en handling, der er nødvendig for at leve op til idealet om at være "en god mor".

Disse normer og værdier afspejles umiddelbart hos de kvinder, der indgår i nærværende undersøgelse. Vi har imidlertid fundet, at kvinderne udtrykker deres agency, og derved bryder og forhandler med normerne og værdierne i det øjeblik, hvor der opstår problemer med amningen. Vi finder således, at kvinderne skaber erfaringer om spædbarnsernæring i relationer med andre aktører end informationsmaterialet, fx internettet, mødregrupper, deres samlever og sundhedsplejersken. Igennem deres erfaringer producerer de en ny form for viden om "den gode mor" og redefinerer sig selv. Fra at føle sig som uduelige ammemødre bliver de til succesfulde flaskemødre. Et relevant spørgsmål at stille er, om alle kvinder uanset socioøkonomisk baggrund vil være i stand til at redefinere sig selv i forhold til Sundhedsstyrelsens noget rigide fremstilling af normer og værdier omkring spædbarnsernæring? For som Lupton (1999a) påpeger, findes der undersøgelser, som viser, at der er grænser<sup>25</sup> for, hvor reflektivt fx enlige mødre kan agere.

Vores undersøgelse er et eksempel på, hvordan magten udspiller sig i relationer mellem politikker og lægfolk. Med andre ord kan specialet ses som et case, der kan generaliseres til lignende kontekster, hvor biopolitikker griber ind i borgernes liv. Eksempelvis har mange kommuner i Danmark udarbejdet en sundhedsprofil, og på baggrund af denne monitoreres borgernes sundhedsadfærd. Kommunen kan således styre borgerne på afstand. Et andet eksempel på hvordan magten kommer til udtryk som en relationel størrelse er, når kontanthjælpsmodtagere skal bevise overfor kommunen, at de er aktivt jobsøgende for at være berettigede til deres ydelse.

---

<sup>25</sup> Disse grænser vil imidlertid være flydende og individafhængige.

I forbindelse med formidlingen af ammepolitikken er vi opmærksomme på, at Sundhedsstyrelsen står i et dilemma, idet det er vanskeligt at kommunikere et enkelt og klart budskab uden at "tabe nogen på gulvet". Samtidig anerkender vi, at der i det mødrerettede informationsmateriale gøres et forsøg på at tage hensyn til de mødre, der ikke kan efterleve de officielle ammeanbefalinger. Alligevel finder vi i vores undersøgelse, at flaskemødrene, inden de redefinerer sig selv, har følelsen af, at flaskegivning er et andenrangsvalg, der stempler de kvinder, der ikke har mulighed for at leve op til budskabet om at amme som "dårlige mødre". Dette fund understøttes af flere andre kvalitative undersøgelser (se fx Knaak, 2005; Kukla, 2005), hvilket styrker validiteten i specialet.

Diskursanalyser af ammepolitikken har fundet, at kvinder i Danmark udsættes for et pres fra sundhedsmyndighederne (Dahlager et al., 2004; Kierkegaard et al., 2006; Winslow, 2007). Det finder vi også, men det nye i dette speciale er, at presset om at amme tillige stammer fra kvinderne selv. Diskursanalyserne kan kritiseres for at sætte kvinderne i en offerrolle, idet magten fremstår repressiv og disciplinerende. Vi ser imidlertid, at kvinderne ved hjælp af modmagt, redefinerer sig selv, hvorved magten fremstår relationel og produktiv. Det betyder, at kvinderne ikke sættes/sætter sig selv i en offerrolle, idet de benytter sig af deres kapacitet til at handle anderledes, end de handlemuligheder, ammepolitikken og samfundet som helhed fremstiller. Det er dog vigtigt at understrege, at magtens produktive karakter ikke er uden omkostninger, idet redefineringsprocessen i høj grad kræver kvindernes blod, sved og tårer. Vi ser således, at vores undersøgelse udfordrer Sundhedsstyrelsens normative position, og den moralske orden, der eksisterer om spædbarnsernæring i Danmark, idet det har vist sig, at mødrene forhandler og bryder med de normer og værdier, som Sundhedsstyrelsen signalerer (efter at have redefineret sig selv ser mødrene ikke amning som "det bedste" i enhver situation) – en pointe som Lock og Kaufert (1998:6) ligeledes fremsætter.

Som vi har set i specialets analyser, griber ammepolitikken – og dermed staten – i høj grad ind i mødrenes intimsfære. Staten forsøger således at forme kvinderne ved bl.a. at sende repræsentanter, i form af sundhedsplejersker, ud i mødrenes hjem. Derved sker der en udviskning af skellet mellem den offentlige og den private sfære. Vi har fundet, at mødrene ønsker en alliance med og en tilstedeværelse af det offentlige sundhedsvæsen i forbindelse med beslutninger om spædbarnsernæring. Mødrene tildeler således personalet på barselsgangen og især deres sundhedsplejerske en central rolle, og ved at lukke disse eksperter ind i deres privatsfære udviser kvinderne en stor tillid til ekspertviden. Dette forhold illustrerer en lang skandinavisk tradition for statens involvering i reproduktiv sundhed, hvor fx gravide kvinder frivilligt lader deres kroppe monitorere.

Ved at vi i et governmentality-perspektiv har set på, hvordan Sundhedsstyrelsens ammepolitik og mødrenes erfaringer griber ind i hinanden, er det blevet muligt at forstå, på hvilken måde magt og styring udspiller sig i denne relation. Ved at benytte denne form for analyse har vi set, hvordan Sundhedsstyrelsen fungerer som et sikkerhedsapparat, der styrer befolkningens sundhed på afstand ved hjælp af styring som "conduct of conduct". Det betyder, at ammepolitikken søger at lede mødre mod bestemte måder at tænke sig selv på, lede sig selv på og regulere relationen til andre på. Analysen har endvidere muliggjort en forståelse af, hvordan denne styring skaber bestemte magtrelationer, hvori der opstår bestemte mulighedsfelter, som målgruppen kan agere inden for. Således har analysen vist, at styring som "conduct of conduct" på samme tid åbner for nogle handlemuligheder, mens andre lukkes. Foucault er ofte blevet kritiseret for, at governmentality-perspektivet ikke giver plads til, at individer kan handle anderledes, end de handlemuligheder den styrende part fremsætter. For at undersøge, om individernes handlemuligheder låses, har vi brugt teori om sociale teknologier og subjektivering/agency i analysen. Analysen har vist, at den fremherskende rationalitet om spædbarnsernæring i både ammepolitikken og hos kvinderne er, at amning er bedst. Men når sociale teknologier indgår i konkrete livssammenhænge, rekontekstualiseres de. Dette har vi set ved, at kvinderne på trods af den fremsatte rationalitet "vælger" at give deres børn flaske, og endvidere efter en smertefuld proces redefinerer sig selv som succesfulde flaskemødre.

Vi finder, at ammepolitikken indskrives sig i en neoliberal tankegang, idet Sundhedsstyrelsen er en instans, der ved hjælp af central lovgivning styrer borgerne på afstand. I den neoliberale tankegang er det ønskværdigt at formindske statens styring for at give plads til den autonome borger, der regulerer sin egen adfærd. Samtidig hermed udøver den neoliberale stat en stadig stigende "detailstyring", dvs. at der udstikkes lovgivning fra centralt hold, som skal efterleves af decentrale enheder. Derved kan et såkaldt "styringsparadoks" identificeres (Mik-Meyer & Villadsen, 2007:10). Frem for at anskue denne styringsform som et paradoks, kan den imidlertid betragtes som styring ved hjælp af "conduct of conduct".

Andre karakteristiske neoliberale træk ved den danske ammepolitik er, at den bygger på, at kvinderne ved at handle viljestærkt og kontrolleret kan få amningen til at lykkes. Her ser vi et eksempel på, at der gøres brug af ansvarliggørelsesteknologier. I den neoliberale ammepolitik forventes det således, at individet selv erkender at "*spille hovedrollen i løsningen af sine problemer*" (Mik-Meyer & Villadsen, 2007:10). Den tager dermed udgangspunkt i forestillingen om, at individet er autonomt og har et frit valg. Vi har imidlertid fundet, at tekstens fremstilling af valg med hensyn til spædbarnsernæring ikke forekommer at være så frit endda, idet teksten søger at forme mødre til at vælge én bestemt form for spædbarnsernæring. Derudover oplever kvinderne, at der ikke er et reelt

valg, idet modernælkserstatning ikke er tilstrækkeligt synligt, samtidig med at det fremstilles som et markant dårligere alternativ end modernælk.

I en foucauldiansk tilgang til risici, skal risici ifølge Deborah Lupton (1999a:84-85) ikke forstås som noget der eksisterer i sig selv, men derimod som et fænomen der konstrueres ved hjælp af de diskurser, strategier, praksisser og institutioner der omgiver fænomenet. Denne tilgang til risici adskiller sig fra Becks (1997) syn på risikosamfundet, hvor ikke-kalkulérbare risici bl.a. opstår som følge af øget globalisering<sup>26</sup>. Risiko skal i en foucauldiansk optik forstås som en kalkulérbar størrelse, der kan tages højde for på forskellige måder. Desuden er denne tilgang baseret på en idé om, hvorledes individer positionerer sig selv i forhold til staten ved hjælp af selvteknologier, og hvordan individer af egen fri vilje inkorporerer statens anvendte styringsstrategier (Lupton, 1999a:104). Foucault vægter ekspertviden som central i forhold til individets subjektiveringsproces. Foucault ser endvidere eksperter som fundamentale for governmentality, hvor eksperter, som er tilknyttet institutioner, tilbyder retningslinier og rådgivning, hvorigennem befolkningen sættes i stand til at leve op til de givne normer. Ved hjælp af ekspertviden skal befolkningen således normaliseres, hvorved individerne dannes i et netværk af magtteknologier (Lupton, 1999a:87). I dette perspektiv kan risiko, ifølge Lupton (1999a) forstås som en styringsstrategi, igennem hvilken populationen og individerne monitoreres og ledes i retning af neoliberalistiske værdier om personlig ret og frihed.

Vi ser således, at de neoliberale strømninger fremstiller risiko på en særlig måde, og derved fremsætter nogle bestemte vilkår for mødet mellem stat og borger (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Vi finder således, at kvinderne gøres til genstand for en epidemiologisk risikorationalitet, der er funderet på bestemte faglogikker<sup>27</sup>. Sundhedsstyrelsen anvender således epidemiologisk viden som grundlag for deres vejledninger og anbefalinger, hvorved vi ser, at den institutionelle magtudøvelse er uadskillelig fra denne vidensform. Epidemiologisk risiko kalkuleres på befolkningsniveau, for at finde frem til risikofaktorer og -grupper. Epidemiologisk risiko har således en normaliserende effekt på målgruppen, idet der via risikokalkulation på befolkningsniveau etableres en norm, som det enkelte individ sammenlignes med (Lupton, 1999b). I denne risikorationalitet vægtes individets valg med hensyn til livsstil, dvs. hvorledes livsstilen påvirker deres sundhedsstatus, og således anvendes epidemiologisk risiko til at fremme bestemte selvteknologier hos individet (Lupton, 1999a:97).

---

<sup>26</sup> Risikosamfundet er ifølge Beck (1997) tillige kendetegnet ved, at der skal træffes beslutninger under betingelser præget af usikker viden. Beck beskriver endvidere, at der er sket en *"individualisering af de samfundsmæssige risici"* (1997:159), hvilket medfører, at det at vælge sundhed i stigende grad bliver den enkeltes ansvar. Hvis individet ikke kan leve op til dette ansvar, er der en risiko for, at der opstår en følelse af *"personlig utilstrækkelighed, skyldfølelse og angst"* (Beck, 1997:159).

<sup>27</sup> Epidemiologisk risikorationalitet vedrører befolkningens dødelighed og sundhed, hvorved det er befolkningens sundhedsniveau, der gøres til genstand for risikokalkulation (Dean, 2006:296-298).



Sarah Nettleton (1998) har i sit bidrag til bogen 'Foucault, Health and Medicine' beskrevet, hvorledes individer i dag forventes at tage ansvar for og kontrol over deres eget helbred. Der installeres således et personligt ansvar for helbred hos den enkelte, hvilket er i tråd med governmentality-tankegangen. Da helbred ifølge Nettleton (1998) kan opfattes som inden for det enkelte individs rækkevidde, mener hun, at alle borgere har ret og pligt til at bidrage til at optimere deres egen og befolkningens sundhedstilstand gennem selvforvaltning<sup>28</sup>. Denne selvforvaltning af helbred beskriver Nettleton (1998) som et fortløbende projekt, der er med til at konstituere individet. Ofte igangsættes og bistås disse selvteknologier af forskellige eksperter – i vores undersøgelse især sundhedsplejersker og praktiserende læger – og således er kvinderne afhængige af ekspertviden. I redefineringsprocessen skaber kvinderne dog deres egen ekspertviden, som udfordrer den eksisterende viden på området. Uddybende kan det siges, at lægfolks erfaringer af risici ifølge Lupton (1999a:109) bygger på et mere kontekstuel, lokalt og individuelt grundlag, end ekspertviden. Derfor er diversiteten i lægfolks risikovidende ofte større end den viden, eksperterne har, som tenderer til at blive universel. Denne diversitet er kommet til udtryk hos flaskemødrene, idet de identificerer en række risikofaktorer ved amning, som informationsmaterialet ikke fremsætter. De erfarer således, at der er risiko for fx en sur og træt mor, et sultent barn og deraf en forringet livskvalitet, hvis de vedbliver med at amme. Derved finder vi, at der konstant finder en subjektivering sted, idet kvinderne hele tiden er i færd med at forme sig selv i kraft af såvel dominans- som selvteknologier. Det er netop denne kobling af magtteknologier, der kendetegner governmentality.

---

<sup>28</sup> Begrebet selvforvaltning svarer til Foucaults begreb selvteknologier.

## 12. Perspektivering

Perspektiveringen af specialet består dels af en række anbefalinger, og dels af de undersøgelser vi finder relevante at foretage fremover for at få ny viden om specialets emne.

### 12.1 Anbefalinger

Vi startede ud med intentionen om at nuancere debatten vedrørende spædbarnsernæring, og igennem analyserne har vi fundet, at fokus set ud fra en folkesundhedsvidenskabelig vinkel ikke bør være på, om spædbarnet får modermælk eller modermælkserstatning, men i stedet på "det gode måltid" for den pågældende familie. Analyserne har derfor inspireret os til at udvikle en række anbefalinger, som vil blive fremsat nedenfor.

Anbefalingerne er ment som et konstruktivt indspark til Sundhedsstyrelsen, som står bag de analyserede dokumenter, og til det sundhedspersonale, der vejleder nybagte mødre i amning. Anbefalingerne er fremsat i håbet om at skabe en mere nuanceret og reflekteret information og praksis omkring spædbarnsernæring. Desuden er de fremsat for at give flaskegivning en mere synlig plads som alternativ til amning. Dette betyder imidlertid ikke, at amningens fordele skal underkendes. Anbefalingerne er funderet på specialets to analysedele. Vi har fundet det vigtigt, på baggrund af Mette Bech Risørs (2002:265-267) undersøgelse<sup>29</sup>, at vægte kvindernes egne efterlysninger i forbindelse med en forbedret spædbarnsernæringspraksis for at respektere dem, som de eksperter, de er på deres liv. Denne betragtning findes ligeledes hos Lupton (1999a:109), som mener, at lægfolks erfaringer er lige så vigtige at lytte til som ekspertudsagn i forbindelse med udviklingen af sundhedsinterventioner. Velvidende at Sundhedsstyrelsen ikke har uanede økonomiske ressourcer til rådighed, er det tænkt ind i anbefalingerne, at de skal kunne gennemføres nemt og med relativt få økonomiske midler.

Vi anbefaler på baggrund af analyserne:

1. At forfatterne af informationsmaterialet generelt bør være mere inkluderende i deres ordvalg, når flaskegivning omtales. Dette med henblik på at modvirke den stigmatisering,

---

<sup>29</sup> Mette Bech Risør (2002) har undersøgt gravide kvinders praktiske ræsonnement i relation til rygevaner, hvorfra der kan drages paralleller til nærværende undersøgelse, idet en af hendes konklusioner er, at mange gravide kvinder ikke føler, at de bliver respekteret som eksperter på deres eget liv. Dette gør kvinderne skeptiske over for sundhedsinformation, og derfor skal der informeres på en helt ny måde med udgangspunkt i kvindernes egne erfaringer. Vi vil pointere, at modermælkserstatning hverken skal sidestilles eller sammenlignes med rygningens sundhedsskadelige effekter.

som vi har fundet, at mødre udsættes for i situationer, hvor de ikke længere kan eller magter at amme.

2. Generelt bør mere information om flaskegivning og kvaliteten af modermælkserstatning fremgå af de mødrerettede pjecer samt i vejledningen til sundhedspersonale.  
Flaskegivning bør således fremstilles som et langt mere synligt og reelt alternativ til amning, således at mødrene kan vælge, hvilken ernæringsmetode de vil tage i anvendelse på en mere informeret baggrund.
3. Der bør udarbejdes en pjece eller lignende om, hvordan flaskegivning rent praktisk gribes an, dvs. hvor mange flasker, det er nødvendigt at anskaffe sig, hvordan flasker rengøres, hvordan man tager på tur med et flaskebarn mv.
4. Det bør fremgå af informationsmateriale til forældre, hvorledes de skal holde deres barn tæt ind til sig, mens de giver sutteflaske for at opnå en tæt kontakt. På denne måde kan det undgås, at nogle forældre fejlagtigt tror, at man eksempelvis kan lægge barnet ved siden af sig, mens man ser fjernsyn. I materialet berøres overgangen til flaske kun sporadisk. Derfor mener vi, at det i materialet bør betones, at det i nogle situationer kan være bedre for mor-barn relationen at give flaske (Schmied & Lupton, 2001). Der kunne også gøres mere ud af, at det er muligt at holde øjenkontakt med barnet, når der gives flaske, hvilket kan give en stærk følelse af samhørighed hos mor og barn eller far og barn (Backmann et al., 2007).
5. Det bør tilføjes teksterne, at der er mange andre aspekter i det at have et tæt forhold til sit barn, end selve madsituationen fordrer – fx at være indlevende samt at give barnet trøst og fysisk omsorg (Svend Aage Madsens indlæg på [www.flaskebarn.dk](http://www.flaskebarn.dk)).  
Sundhedspersonalet bør således vejledes i altid at tage udgangspunkt i den enkelte families behov, og udvise en reflekteret praksis, der ikke fokuserer på ernæringsmetoden.
6. Sundhedsstyrelsen bør i deres informationsmateriale anerkende ”for lidt mælk”, som en legal årsag til at give flaske. På denne måde vil man kunne afhjælpe stress hos mødrene, idet ”for lidt mælk” er en reelt erfaret årsag og ikke blot, som det fremgår på nuværende tidspunkt, en dårlig undskyldning for at holde op med at amme.
7. Der bør sættes fokus på, at mødre har brug for støtte til at bryde normen om at amme, og i den forbindelse vil det være hensigtsmæssigt, at mødrene får at vide, at de langt fra er alene om at give flaske, og at der er mange foruden dem selv, der har de samme tanker og problemer ved overgangen til flaske. Sundhedspersonalet skal således opfordres til at give flaskemødre selvværd. Denne information kan både gives i forbindelse med

fødselsforberedelse, men også når mødrene er i overgangsperioden og giver udtryk for, at de ønsker at give deres barn sutteflaske.

8. Vi har fundet, at materialet på nuværende tidspunkt er med til at skabe nogle falske forventninger hos mødrene ved at overromantisere amning, både ved den retorik, der anvendes, og de billeder, der akkompagnerer teksten, hvilket Kukla (2005) samt Schmied og Lupton (2001) ligeledes har fundet i deres undersøgelser. Informationen omkring opstart af amning bør derfor gøres mere realistisk, således at der informeres om, at det er normalt at have smerter og føle ubehag ved amning i begyndelsen.
9. Det, at sundhedsmyndighederne støtter Videncenter for Amning med økonomiske midler (Sundhedsstyrelsen, 2006a:17), bestyrker vores fortolkning af, at amning i Sundhedsstyrelsens optik er den eneste rigtige måde at give sit barn mad på. Vi mener derfor, at det vil være hensigtsmæssigt at etablere en mere neutral instans, som samler viden om både modermælk og erstatning, fx kaldet Videnscenter for Spædbarnsernæring. Her skal fokus være på spædbarnets ”gode måltid” frem for amning som ”det bedste”. Dette vil tillige medvirke til at skabe en mere nuanceret og fordomsfri debat om emnet, hvor mælketyper – og dermed mødre, ikke ranglistes, men hvor der i stedet lægges vægt på en anerkendelse af, at ”det gode måltid” for spædbørn indeholder mange flere kvaliteter og værdier end kun madens (jf. Backmann et al. 2007).
10. Det Spædbarnsvenlige Initiativ bør om/gentænkes og nuanceres, således at det tilpasses danske forhold, hvor flaskegivning ikke på samme måde er en risikofaktor for sygdom og død som i udviklingslande.

## 12.2 Fremtidige undersøgelser med relation til specialets emne

Efter at have gennemført vores undersøgelse, har vi fundet, at det kunne være interessant at undersøge sundhedspersonalets praksisser omkring spædbarnsernæring. Derved ville det være muligt at undersøge, hvorledes personalet tolker og formidler den danske amnepolitik i relationer med mødre. Metoden kunne være at udføre deltagerobservationer og interview hos fx jordemødre, på et eller flere barselsafsnit, i sundhedsplejen og hos praktiserende læger. Det kunne være relevant at supplere med en vinkel, hvor en gruppe kvinder følges fra graviditet, til barnet er et år.

Joan B. Wolf (2007) diskuterer den amerikanske ammekampagne i sin artikel 'Is Breast Really Best? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign'. Hun finder, at kampagnen bygger på undersøgelser med manglende evidens, idet mange af de undersøgelser, der

finder sammenhænge mellem amning og positive sundhedseffekter, ikke tager højde for confoundere som fx forældrenes adfærd. Derudover finder hun, at kampagnen bygger på en normativ forestilling om, at amning per definition er den bedste ernæring for spædbørn. Desuden kædes overlevelse og amning sammen i kampagnebudskabet, hvilket Wolf mener ikke er gældende i vestlige lande, men er et resultat af undersøgelser udført i udviklingslande, hvor adgang til rent vand er begrænset. Dette foranlediger hende til at konkludere, at det i fremtidige kampagner er nødvendigt, at sundhedsmyndighederne i højere grad tager højde for, hvorledes risiko kommunikeres. Hun finder ligeledes, at det er nødvendigt at gøre det klart, at spædbarnsernæring er et normativt felt, og at det til tider virker som om, at sundhedsmyndigheder og store dele af den akademiske verden per definition er enige om, at amning er den foretrukne måde at ernære et spædbarn på, hvilket hun mener der skal sættes spørgsmålstejn ved.

På baggrund af Wolfs (2007) artikel og den danske debat om evidensen bag ammeanbefalingerne<sup>30</sup>, finder vi det relevant at undersøge ammepolitikens videnskabelige dokumentation. En sådan undersøgelse kunne foretages ved hjælp af en metaanalyse af det materiale, der anvendes i 'Håndbog i vellykket amning'.

Derudover er vi i løbet af specialeprocessen stødt på en række undersøgelser, der sætter spørgsmålstejn ved hvor store positive effekter, der egentlig er ved amning, hvilket det også kunne være relevant at sætte fokus på. Det kunne således være interessant at udføre en metaanalyse, hvor fordele og ulemper ved henholdsvis amning og flaskegivning klarlægges i en vestlig kontekst.

---

<sup>30</sup> Hvor Sundhedsstyrelsen kritiseres for at håndplukke videnskabelige data med det formål at promovere amningens fordele (Bondo, 2007).

---

## 13. Referencer

- Allen A. Power, Subjectivity, and Agency: Between Arendt and Foucault. *International Journal of Philosophical Studies*. Vol. 10(2):131-149, 2002.
- Ammekomiteen. Nationale kriterier for Spædbarnsvenlige Sygehuse. Ti skridt til kvalitetsudvikling på danske fødesteder, 1996. Fundet på [www.videncenterforamning.dk/htm/2initiativ/init\\_main.html](http://www.videncenterforamning.dk/htm/2initiativ/init_main.html), den 26.09.07.
- Backmann B et al. Amning eller ej – vi ønsker først og fremmest familierne en vellykket start. Synergi, Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev, 2007. Årgang 3(11). Fundet på [www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=605](http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=605), den 22.10.07.
- Bentzen J. Når gode intentioner fører til vildledning. *Tidsskrift for Jordemødre*. Årgang 116(7):6-7, 2006.
- Bojlén S. Det fokuserede gruppeinterview. Kap. 10 i: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Red. Lunde IM, Ramhøj P. København: Akademisk Forlag, 1996.
- Bondo K. Om amning og anerkendelse – et brobygningsprojekt. Roskilde Universitetscenter: Institut for Samfund og Globalisering, 2007.
- Brot C, Michaelsen KF. Det har aldrig været vores intention. *Tidsskrift for Jordemødre*. Årgang 116(7):8, 2006.
- Christensen G. Individualiseringens pædagogik. *Nordiske Udkast. Tidsskrift for kritisk samfundsforskning*. Årgang 33(1):3-18, 2005.
- Dahlager L. et al. Sidder moderskabet i brysterne? – en kritik af ammeregimet. *Kronik i Politiken* den 24.11.04.
- Dahler-Larsen P, Larsen F. Anvendelse af evaluering. Kap. 13 i: *Dahler-Larsen P, Krogstrup HK. Tendenser i evaluering*. Gylling: Syddansk Universitetsforlag, 2001.
- Dean M. Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund. Indledning samt kap. 1 og 5. Gylling: Forlaget Sociologi, 2006.
- Dyhr L, Schmidt L. Interviewet som forskningsmetode. Kap. 9 i: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Red. Lunde IM, Ramhøj P. København: Akademisk Forlag, 1996.
- Earle S. Is Breast Best? Breastfeeding, Motherhood and Identity. Kap. 8 i: *Gender, Identity & Reproduction – Social Perspectives*. Red. Earle S, Letherby G. New York: Palgrave MacMillan, 2003.
- Eriksen TH. Små steder – store spørgsmål. *Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
- Europa Kommissionen. Beskyttelse, fremme og støtte af amning i Europa: En handleplan. Luxembourg, 2004 [kan downloades på [www.videncenterforamning.dk](http://www.videncenterforamning.dk)].

---

Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl. Ammeundersøgelsen 2000. Vejle: Fagligt Forum for Amtssundhedsplejersker m.fl., 2001.

Folketinget. Svar på § 20-spørgsmål: Om formynderi og amning, 2006. Fundet på [www.ft.dk/samling/20061/spoergsmaal/S311/svar/endeligt/20061025/index.htm](http://www.ft.dk/samling/20061/spoergsmaal/S311/svar/endeligt/20061025/index.htm), den 16.08.07.

Foverskov, HK. Er amning for alle? Udgivelse nr. 31, Aarhus Universitet, 2000.

Foucault M. Governmentality. Kap. 4 i: The Foucault Effect. Studies in Governmentality. With two lectures by and an interview with Michel Foucault. Red.: Burchell G et al. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

Foucault M. The Subject and Power. Kap. i: Power – Essential works of Foucault 1954-1984, Volume three. Red. Faubion JD. Bath: Allen Lane, The Penguin Press, 1994.

Foucault M. Technologies of the Self. Kap 2 i: Technologies of the Self – A Seminar with Michel Foucault. Red. Martin et al. Amherst: The University of Massachusetts Press, 1988.

Fredslund H. Metodiske principper og anvisninger for filosofisk-hermeneutisk fortolkning. Kap. 3 i: Når ”vilde” problemer tæmmes – En filosofisk-hermeneutisk fortolkning af implementering af en forebyggelsessamtale på Bispebjerg Hospital. Københavns Universitet: Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2001.

Gordon C. Governmental Rationality: An Introduction. Kap. 1 i: The Foucault Effect. Studies in Governmentality. With two lectures by and an interview with Michel Foucault. Red.: Burchell G et al. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

Grønvold M. Kompendium til kursus i Spørgeskemakonstruktion. Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, 7. semester, 2005.

Halkier B. Fokusgrupper. Gylding: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, 2002.

Hauck YL, Irurita VF. Incompatible Expectations: The Dilemma of Breastfeeding Mothers. Health Care for Women International. Vol. 24{1}:62-78, 2003.

Holstein BE. Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument. Kap. 19 i: Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab. Red. Lunde IM, Ramhøj P. København: Akademisk Forlag, 1996.

Jerris T. Ammekomiteen 1996-2005, 2005. Fundet på [www.videncenterforamning/word/status\\_05.doc](http://www.videncenterforamning/word/status_05.doc), den. 19.09.07.

Jerris T. Flaskemødre. Helse nr. 11, 2000.

Jöhncke S et al. Løsningsmodeller – Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. Kap. 19 i: Viden om verden – En grundbog i antropologisk analyse. Red. Hastrup K. Gylding: Hans Reitzels Forlag, 2004.

Kirkegaard SH et al. Ammediskursen i det danske sundhedssystem – en undersøgelse om ammepres. Roskilde Universitetscenter, Den Samfundsvidenskabelige Basisuddannelse, 3. Semester, efterår 2006. Fundet på <http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/2100/3/rap2.pdf>, den 15.10.07.

- 
- Knaak S. Breast-feeding, Bottle-feeding and Dr. Spock: The Shifting Context of Choice. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*. Vol. 42(2):197-216, 2005.
- Knizek BL. Erfaring som en kropslig dannelsesproces – Præsentation og diskussion af en teoretisk model. Kap. i: *Erfaringer – et humanistisk og sundhedsvidenskabeligt perspektiv*. Red. Eriksen TR et al. Viborg: Munksgaard, 1996.
- Koch L. Tekstanalyse. Kap. 3 i: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Red. Koch L, Vallgård S. Viborg: Munksgaard Danmark, 2004.
- Krause-Jensen E. Viden og magt – Studier i Michel Foucaults institutionskritik. Kap. 6 og 9. København: Rhodos, 1978.
- Kukla R. *Mass Hysteria. Medicine, Culture, and Mothers' Bodies*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2005.
- Kvale S. *Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag, 1997.
- León-Cava N et al. *Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence*. Washington: Linkages Project, 2002.
- Lock M, Kaufert PA. Introduction. Kap. 1 i: *Pragmatic women and body politics*. Red. Lock M, Kaufert PA. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. Kap. 5 i: *Foucault, Health and Medicine*. Red. Petersen A, Bunton R. Surrey: Routledge, 1997.
- Lupton D. *Risk*. Kap. 5 og 6. London: Routledge, 1999a.
- Lupton D. Risk and the ontology of pregnant embodiment. Kap. 3 i: *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Red: Lupton D. Cambridge: Cambridge University Press, 1999b.
- Løkke A. *Døden i barndommen. Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920*. København: Gyldendal, Nordisk Forlag, 1998.
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. Vol. 358(9280):483-88, 2001.
- Manniche V. *Bogen om barnet*. København: Politikens Forlag A/S, 2004.
- Maunsbach M, Lunde IM. Udvælgelse i kvalitativ forskning. Kap. 8 i: *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Red. Lunde IM, Ramhøj P. København: Akademisk Forlag, 1996.
- McVea KL et al. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *Journal of Human Lactation*. Vol. 16(1):13-20, 2000.
- Michaelsen KF et al. Ammeperiodens længde – hvilke faktorer har betydning. *Ugeskrift for Læger*. Årgang 157(16):2311-2315, 1995.



---

Mik-Meyer N, Villadsen K. Magtens former – Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. Kap. 1, 2, 7 og 8. København: Hans Reitzels Forlag, 2007.

Mogensen HO. Det narrative omdrejningspunkt. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. Narrativer. Nr. 2:5-11, 2005.

Mygind J. Det perfekte menneske. Hvad er en god mor? Det er en som ammer i mindst seks måneder, for kvinden er et pattedyr. Weekendavisen, 1. sektion, side 5, 19. maj 2006.

Mæland JG. Forebyggende helsearbejd – i teori og praksis. Universitetsforlaget, 2002.

Nettleton S. Governing the risky self – How to become healthy, wealthy and wise. Kap. 11 i: Foucault, Health and Medicine. Red. Petersen A, Bunton R. Surrey: Routledge, 1997.

Nexø SA, Koch L. Diskursanalyse – et særligt blik på verden. Kap. 4 i: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Red. Koch L, Vallgård S. Viborg: Munksgaard Danmark, 2004.

Nielsen HB. Koks i kommunikationen. Tidsskrift for Jordemødre. Årgang 116(6):14-16, 2006.

Pedersen AR. En præsentation af sneboldsmetoden. Kap i: Samfundsforskning bottom-up. Teori og metode. Red. Bogason P, Sørensen E. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, 1998.

Risør MB. Den gyldne middelvej. Sundhedsfremme i hverdagen – en antropologisk analyse af gravide kvinders praktiske ræsonnement i relation til rygning. Ph.d.-afhandling, xx.

Roldgaard S, Tatarczuk C. Alt om amning. København: Forlaget Iris I/S, 2007  
Rose N. The Politics of Life Itself. The Culture & Society. Vol. 18(6):1-30, 2001.

Rosenbeck B. Kvindekøn – Den moderne kvindeligheds historie 1880-1980. S. 181-187. Viborg: Gyldendal, 1990.

SCA Hygiene Products A/S. Graviditet, fødsel, den nye familie. SCA Hygiene Products A/S, 2004.

Schmidt L, Dyhr L. Det kvalitative forskningsinterview. Kap. 2 i: Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Red. Koch L, Vallgård S. Viborg: Munksgaard Danmark, 2004.

Schmied V, Lupton D. Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity. Sociology of Health & Illness. Vol. 23(2):234-250, 2001.

Shore C, Wright S. Policy – A new field of anthropology. Kap. 1 i: Anthropology of Policy – Critical perspectives on governance and power. Red.; Shore C, Wright S. London: Routledge, 1997.

Socialstyrelsen. Statistik hälsa och sjukdomar 2002:7. Amning av barn födda 2000. Socialstyrelsen Epidemiologiskt Centrum, 2002.

Steffen V. Narrativer mellem selvbiografi og myte. Kap. i: Erfaringer – et humanistisk og sundhedsvidenskabeligt perspektiv. Red. Eriksen TR et al. Viborg: Munksgaard, 1996.

Sundhedsstyrelsen. Barn i vente. Graviditet, fødsel, barselstid – vejledning til gravide. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

- 
- Sundhedsstyrelsen. Håndbog I vellykket amning – anbefalinger til sundhedspersonale. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2006a.
- Sundhedsstyrelsen. Kort og godt om amning. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Sunde børn. Til forældre med børn i alderen 0-3 år. København: Sundhedsstyrelsen, 2006b.
- Svensden MN. Sociale teknologier og livssammenhænge. Grus. Nr. 73:30-45, 2004.
- Taxbøl D. Dråben, der får bægeret til at flyde over – en kvalitativ interviewundersøgelse af, hvorfor danske kvinder holder op med at amme tidligt. Københavns Universitet: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Masterafhandling, 1998.
- Theisen C. Du er en lige så god mor når du giver flaske. Vores børn, april 2007.
- Vallgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Gylling: Aarhus Universitetsforlag, 2003a.
- Vallgård S. Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. Vol. 3:15-31, 2005.
- Vallgård S. Studier af magtudøvelse. Bidrag til operationalisering af Michel Foucaults begreb *governmentality*. Kap. i: På sporet af magten. Red. Christiansen PM., Togeby L. Gylling: Aarhus Universitetsforlag, 2003b.
- Villadsen K. Forord til den danske udgave. Forord i: *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*, af Dean M. Gylling: Forlaget Sociologi, 2006.
- Wall G. Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society*. Vol. 15: 592-610, 2001.
- Wenneberg SB. Den traditionelle erkendelsesteori. Kap. 2 i: *Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver*. Gylling: Samfundslitteratur, 2002.
- WHO. Evidence for the ten steps for successful breastfeeding. Geneva: WHO, 1998.
- WHO. Global Strategi for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO, 2003.
- Winslow NT. Om ammepolitikken som styringsform i det 21. århundrede – en kritisk sociologisk diskussion af den officielle ammepolitikens forestillinger. Københavns Universitet: Sociologisk Institut, speciale, 2007.
- Wolf JB. Is Breast Really Best? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *Journal of Health Politics. Policy and Law*. Vol. 32(4):594-636, 2007.
- [www.flaskebarn.dk](http://www.flaskebarn.dk), den 15.08.07 og den 01.02.08.
- [www.si-folkesundhed.dk/Statistik/Noegletal%20boern/Andre%20indikatorer/Amning.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Statistik/Noegletal%20boern/Andre%20indikatorer/Amning.aspx), den 27.09.07.

---

[www.ssi.dk/sw3820.asp](http://www.ssi.dk/sw3820.asp), den 19.11.07.

[www.videncenterforamning.dk](http://www.videncenterforamning.dk), den 06.02.08.

**Spørgsmål:**

Fra: majken nielsen [mailto:mulle\_msn@hotmail.com]

Sendt: 6. september 2007 10:04

Til: videntcenter@mning.dk

Emne: Tal for ammepres?

Kære Tine Jerris

Vi er to studerende, der er i gang med at skrive speciale, og vi har brug for det eksakte tal for, hvor mange kvinder, der i Jeres 2002 undersøgelse, følte sig presset til at amme. Vi kan ikke aflæse tallet ud fra grafen i "et øjebliksbillede". Desuden har vi forsøgt at finde tallet i statusrapporten fra 2005, ligeledes uden held, kan I hjælpe os?

Mange hilsner

Trine Hansen og Majken S. Nielsen, specialestuderende ved  
Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

**Svar:**

SV: Tal for ammepres?

Fra: Videntcenter for Amning (videntcenter@mning.dk)

Sendt: 7. september 2007 09:59:58

Til: 'majken nielsen' (mulle\_msn@hotmail.com)

Kære Trine og Majken

Der var i det samlede materiale 3,5 % af kvinderne, som havde følt sig presset. 1,9 % på de sygehuse, som er godkendt som spædbarnsvenlige - og 4,0 % på dem, som ikke har denne status.

Hvis det kan lade sig gøre, vil vi meget gerne se jeres speciale, når I er færdige.

Med venlig hilsen

Tine Jerris

Koordinator

Videntcenter for Amning

## TI SKRIDT MOD VELLYKKET AMNING

1. Sygehuset har en ammepolitik, som er i overensstemmelse med den nyeste viden
2. Personalet er i stand til at omsætte sygehusets ammepolitik i praksis.
3. Kommende forældre får viden om, hvad der skal til for, at amningen lykkes.
4. Mødre har mulighed for at begynde amningen, når mor og barn er klar til det
5. Mødre bliver vejledt i:
  - hvordan barnet lægges til brystet, og
  - hvordan mælkeproduktionen kan opretholdes, hvis mor og barn skulle blive midlertidigt adskilt
6. Nyfødte får udelukkende deres mors mælk, medmindre der er medicinsk indikation for andet.
7. Mødre har mulighed for at være sammen med deres børn 24 timer i døgnet.
8. Mødre bliver støttet i at amme, så ofte og så længe barnet har behov for det.
9. Børn, som bliver ammet, får først tilbudt narresut og sutteflaske, når amningen er etableret
10. Mødre informeres om forskellige muligheder for støtte, når de kommer hjem fra sygehuset.

Kilde: [www.videncenterforamning.dk](http://www.videncenterforamning.dk)

# Spørgeskema om amning

Vi er to studerende fra Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet, som er ved at skrive speciale om amning, flaskegivning og evt. ammepres. Som led i specialet har vi udarbejdet dette spørgeskema.

Spørgeskemaet tager ca. to minutter at besvare. Det er vigtigt, at du læser spørgsmål, svarkategorier og hjælpetekst igennem, inden du besvarer de enkelte spørgsmål. Når du er færdig med din besvarelse, bedes du aflevere spørgeskemaet til os eller lægge det i kassen. Din besvarelse er anonym og vil blive behandlet fortroligt.

**OBS: Du skal kun udfylde dette spørgeskema, hvis du er førstegangsmor.**

**På forhånd tak for hjælpen.**

1. Din alder: \_\_\_\_ år

2. Dit barns alder: \_\_\_\_ måneder

---

3. Ammer du?

Ja, fuldt

Ja, delvist

Nej

Begrund her hvorfor du ammer fuldt, delvist eller ikke ammer:

.....  
.....  
.....

*Hvis du har svaret ja, fuldt bedes du gå til s. 3 og svare på spørgsmål 4-5*

*Hvis du har svaret ja, delvist bedes du gå til s. 4 og svare på spørgsmål 7-8*

*Hvis du har svaret nej, bedes du gå til s. 4 og svare på spørgsmål 6-8*

4. Hvor længe har du ammet? \_\_\_\_ måneder

---

5. Har du på noget tidspunkt følt dig presset til at amme?

Ja

Nej

*Hvis du har svaret ja, bedes du gå til s. 4 og svare på spørgsmål 8.*

*Hvis du har svaret nej, er du nu færdig med at besvare spørgeskemaet, og vi takker for din hjælp.*



6. Har du tidligere ammet?

Ja

Nej

*Hvis du har svaret nej, er du nu færdig med at besvare spørgeskemaet, og vi takker for din hjælp.*

---

7. Har du på noget tidspunkt i dit ammeforløb følt dig presset til at amme?

Ja

Nej

*Hvis du har svaret nej, er du nu færdig med at besvare spørgeskemaet, og vi takker for din hjælp.*

---

8. Hvem eller hvad har du følt dig presset af? (sæt gerne flere krydser)

Skriftligt materiale om amning

Sundhedspersonale (fx jordemoder eller sundhedsplejerske), hvem? \_\_\_\_\_

Andre ammende (fx mødregruppe eller jordemodergruppe)

Familie

Venner og bekendte

Dine egne forventninger

Andre/andet? \_\_\_\_\_

**Hvis du har lyst til at uddybe, hvordan du har følt dig presset til at amme, er du velkommen til at skrive det her eller på bagsiden af spørgeskemaet:**

.....  
.....

**Du er nu færdig med at udfylde spørgeskemaet, og vi takker for din hjælp. Har du nogen kommentarer, er du velkommen til at skrive dem på bagsiden.**

## **Spørgsmål:**

Fra: majken nielsen [mailto:mulle\_msn@hotmail.com]

Sendt: 12. december 2007 12:58

Til: Sundhedsstyrelsen Institutionspostkasse

Emne: dette års oplagstal for udgivelserne: Sunde børn ; Håndbog i vellykket amning;Kort og godt om amning

Til rette vedkommende.

Vi er to specialestuderende ved Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, der skriver om amning. I den forbindelse bruger vi udgivelserne Sunde børn, Barn i vente, Kort og godt om amning og Håndbog i vellykket amning. Vi vil i den forbindelse høre om vi kan få dette eller sidste års oplagstal for udgivelserne.

Med venlig hilsen

Trine Hansen og Majken S. Nielsen

Studerende ved Folkesundhedsvidenskab, KU.

## **Svar:**

Fra: Birgitte Dansgaard (bd@sundkom.dk)

Sendt: 14. december 2007 10:47:15

Til: mulle\_msn@hotmail.com

Emne: dette års oplagstal for udgivelserne: Sunde børn ; Håndbog i vellykket amning;Kort og godt om amning

Kære Trine Hansen og Majken S. Nielsen

Jeg har kun mulighed for at oplyse om oplagstallene på nogle af de publikationer, I nævner. Det drejer sig om:

Sunde børn, som har oplagstal på 30.000 og

Vellykket amning, der har oplagstal på 1.600

Barn i vente er udgået, men havde langt mindre oplagstal end Sunde børn.

Mange hilsner

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

## Interviewguide til enkeltpersonsinterview, amme

- **Præsentation**

Vi hedder Majken og Trine, og vi læser Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet. Vi er i gang med at skrive speciale, som omhandler, hvordan kvinder oplever amning, flaskegivning og evt. ammepres. Vi fik inspiration til emnet, mens vi selv var på barsel. Majken har en dreng, der hedder Villads på 8 måneder, og jeg har en dreng, der hedder Marius-Emil, der bliver et år lige om lidt.

For god ordens skyld vil vi lige nævne, at interviewet vil blive båndet, og at vi, når vi bruger citater i vores speciale, vil sørge for, at du er anonym. Vi regner med, at interviewet tager max en time.

- **Hvor gammel er du, hvor gammelt er dit barn, hvad er din uddannelse, hvad er dit job, når du ikke er på barsel, har du en samlever, er du gift eller ugift, hvor bor du. hvor har du født?**

- **Fortæl om dit ammeforløb**

- Hvor længe har du ammet, og hvor længe har du tænkt dig at forsætte?
- Har du oplevet problemer undervejs?
- Hvordan påvirkede de problemer dig?
- Hvad betyder det for dig at amme?
- Hvad mener du er bedst for dit barn?

- **Ammepres**

- Hvad er ammepres?
- Synes du, at der findes et ammepres i dagens Danmark?
- Hvad er din holdning til, at medierne taler om, at der findes et ammepres i Danmark?
- Hvordan mener du, at der opstår et ammepres?
- Har du selv oplevet det? Hvordan var det?
  - Fra hvem eller hvad følte du dig presset til at amme?
  - Har du talt med andre om ammepres?
- Hvordan synes du, at omverdenen ser på henholdsvis amning og flaskegivning?
- Har du oplevet, at nogen har luftet negative holdninger om flaskegivning?

- Kender du nogen, der har følt sig presset til at amme, fortæl?

### 1. scenarium

Der er en fra din mødregruppe, der oplever store problemer med amningen. Hendes barn sover rigtig dårligt om natten, og har ikke taget ordentligt på den sidste måned. Hun er ved at være helt udkørt og fortæller dig, at det hele er rigtig hårdt lige nu. Hvad vil du sige til hende, og hvad vil du råde hende til at gøre?

- **Fordele og ulemper ved at give flaske/amme**

- Hvilke fordele ser du ved at amme (altid madpakken med, sundest for barnet)? Hvilke fordele ser du ved at give flaske (følelsen af at være en familie, tid til sig selv)?
- Havde du hørt om fordelene ved at amme, inden du begyndte at amme?
- Havde du hørt om fordelene ved at give flaske, inden du begyndte at give flaske?
- Hvilke ulemper ser du ved at amme (kun kvinden der kan)?
- Hvilke ulemper ser du ved at give flaske (mere upraktisk)?
- Havde du hørt om ulemperne ved at amme?
- Havde du hørt om ulemperne ved at give flaske?
- Hvor havde du hørt om fordele/ulemper?

### 2. scenarium

Du møder en mor, der bevidst har fravalgt amning fra starten. Hun har gjort det på grund af, at hun følte, at det var vigtigt for hende at få noget tid til sig selv, og at hun mente, at hun ville blive en gladere mor, hvis hun ikke ammede. Hvad er din holdning til denne historie?

- **Afrunding**

- Har du nogen ideer til, hvad der kan gøres for at minimere ammepres og give bedre støtte til de mødre, for hvem amningen ikke lykkes?
- Er der noget, du vil spørge om, eller tilføje til de emner, vi har talt om?
- Hvordan har det været at deltage i et interview, hvor du har talt om et så personligt emne som amning?
- Vil du gerne have, at vi sender specialet til dig når det er færdigt?

## Interviewguide til enkeltpersonsinterview, flaske

- **Præsentation**

Vi hedder Majken og Trine, og vi læser Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet. Vi er i gang med at skrive speciale, som omhandler, hvordan kvinder oplever amning, flaskegivning og evt. ammepres. Vi fik inspiration til emnet, mens vi selv var på barsel. Majken har en dreng, der hedder Villads på 8 måneder, og jeg har en dreng, der hedder Marius-Emil, der bliver et år lige om lidt.

For god ordens skyld vil vi lige nævne, at interviewet vil blive båndet, og at vi, når vi bruger citater i vores speciale, vil sørge for, at du er anonym. Vi regner med, at interviewet tager max en time.

- **Hvor gammel er du, hvad er din uddannelse, hvad er dit job, når du ikke er på barsel, hvor gammelt er dit barn, har du en samlever, er du gift eller ugift, hvor bor du, hvor har du født?**

- **Ammeforløb**

- Hvor længe ammede du?
- Hvilke ammeproblemer har du oplevet?
- Hvordan reagerede du på problemerne?
- Hvor længe prøvede du at få amning til at fungere?
- Hvornår gik du over til flaske?
- Hvorfor valgte du at gå over til flaske?
- Hvad betyder det for dig ikke, at kunne amme?
- Hvad mener du er bedst for dit barn?

- **Ammepres**

- Hvorfor blev du ved med at forsøge at amme, hvis der var store problemer?
- Hvordan har omgivelsernes reaktion været på, at du begyndte at give flaske (fx familie, venner, mødregruppe)?
- Hvordan har overgangen til flaske påvirket dig som mor og kvinde?
- Hvilke følelser har det fremkaldt hos dig (skyld, mindreværd, stempling)?

- Hvad er ammepres?
- Synes du, at der findes et ammepres i dagens Danmark?
- Har du selv oplevet det? Hvordan var det?
- Fra hvem eller hvad følte du dig presset til at amme (familie, venner, mødregruppe, sundhedssystemet)?
- Hvordan mener du, at der opstår et ammepres?
- Har du talt med andre om det at føle sig presset til at amme (familie, venner, mødregruppe, sundhedssystemet)?
- Hvordan synes du, at omverdenen ser på henholdsvis amning og flaskegivning?
- Har du oplevet, at nogen har luftet negative holdninger om flaskegivning?

### 1. scenarium

Der er en fra din mødregruppe, der oplever store problemer med amningen. Hendes barn sover rigtig dårligt om natten, og har ikke taget ordentligt på den sidste måned. Hun er ved at være helt udkørt og fortæller dig, at det hele er rigtig hårdt lige nu. Hvad vil du sige til hende, og hvad vil du råde hende til at gøre?

- **Fordele og ulemper ved at give flaske/amme**
  - Hvilke fordele ser du ved at give flaske (følelsen af at være en familie, tid til sig selv)?
  - Hvilke fordele ser du ved at amme (altid madpakken med, sundest for barnet)?
  - Havde du hørt om fordelene ved at give flaske, inden du begyndte at give flaske?
  - Havde du hørt om fordelene ved at amme, inden du begyndte at amme?
  - Hvilke ulemper ser du ved at give flaske (mere upraktisk)?
  - Hvilke ulemper ser du ved at amme (kun kvinden der kan)?
  - Havde du hørt om ulemperne ved at give flaske?
  - Havde du hørt om ulemperne ved at amme?
  - Hvor havde du hørt om fordele/ulemper?

### 2. scenarium

Du møder en mor, der bevidst har fravalgt amning fra starten. Hun har gjort det på grund af, at hun følte, at det var vigtigt for hende at få noget tid til sig selv, og at hun mente, at hun ville blive en gladere mor, hvis hun ikke ammede. Hvad er din holdning til denne historie?

- **Afrunding**

- Har du nogen ideer til, hvad der kan gøres for at minimere ammepres og give bedre støtte til de mødre, for hvem amningen ikke lykkes?
- Er der noget, du vil spørge om, eller tilføje til de emner, vi har talt om?
- Hvordan har det været at deltage i et interview, hvor du har talt om et så personligt emne som amning?
- Vil du gerne have, at vi sender specialet til dig, når det er færdigt?

## Kære sundhedsplejerske

Vi er to studerende fra Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, der er ved at skrive speciale. Specialet omhandler, hvordan kvinder oplever situationen, hvor de må gå over til flaskegivning, fordi der er opstået problemer med amningen.

Specialet er overvejende et kvalitativt studie, hvor vi skal interviewe en række kvinder. Interviewene vil bestå af to fokusgrupper af otte personer samt ca. fem enkeltpersoninterview. Den ene af fokusgrupperne skal bestå udelukkende af kvinder, der er gået over til flaske, mens den anden af grupperne skal bestå dels af kvinder, der er gået over til flaske, og dels af kvinder der har oplevet et problemfrit ammeforløb. Enkeltpersoninterviewene skal være dels med kvinder, der giver flaske, og dels med kvinder der udelukkende ammer.

Udover ovenstående skal kvinderne opfylde følgende kriterier:

- De skal være etnisk danske førstegangsmødre
- De må ikke være teenagemødre
- De skal have børn, der (helst) er fyldt fire måneder på interviewtidspunktet
- De problemer kvinderne måtte have haft med amning, skal være opstået inden for de første seks måneder af barnets liv.
- De skal have forsøgt at amme

Til at finde disse kvinder har vi brug for hjælp. Med hensyn til hvordan vi rekrutterer kvinderne, vil vi meget gerne tale med dig om, hvilke muligheder der findes. Men vi forestiller os, at det enten kan være nogle mødre, du møder i åbent hus, eller ved dine hjemmebesøg. Hvis du indsamler deres kontaktoplysninger (e-mail, telefonnummer og postadresse), så kontakter vi dem. Vi regner selvfølgelig ikke med, at du kan finde alle de kvinder, vi har brug for, men vi vil være taknemmelige for al den hjælp, du kan give os.

Udover interviewene har vi planer om at uddele et kort spørgeskema om ammepres. Vi vil derfor høre, om det er muligt, at vi, i forbindelse med åbent hus i dit distrikt, kan uddele og indsamle disse spørgeskemaer.

Vi håber på at høre fra dig snarest enten pr. telefon eller mail. Har du spørgsmål til ovenstående, er du også meget velkommen til at kontakte os.

Med venlig hilsen

Majken S. Nielsen og Trine Hansen



## Hej

Vi er to studerende ved Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, der er ved at skrive speciale om amning, flaskegivning og ammepres.

Vi søger derfor førstegangsmødre, der ammer eller giver flaske, som har lyst til at deltage i et enkeltpersoninterview eller en diskussionsgruppe, hvor emner som ammepres, ammeforløb samt fordele og ulemper ved henholdsvis amning og flaskegivning vil blive diskuteret.

Dit barn skal helst være fyldt 4 måneder og ikke være over ca. 10 måneder.

Enkeltpersoninterview kan foregå hjemme hos dig, hvis du ønsker det. Du skal blot bo inden for en times køreafstand til København. Hvis du vil deltage i diskussionsgruppen, skal du have mulighed for at komme til København.

Vi håber meget, at der er nogen, der har lyst til at hjælpe os.

Mange hilsner

Trine og Majken

## Undersøgelsens deltagere (socioøkonomiske data)

Mors navn (forbogsstav)	Mor/barns alder	Uddannelse	Beskæftigelse	Civilstatus	Bopæl	Fødested
H	30 år/8 mdr.	Folkeskolelærer	Folkeskolelærer	Gift	Lejlighed på Vesterbro	Hvidovre Hospital
K1	32 år/8 mdr.	Kandidat i Filosofi	Underviser på designskole	Gift	Lejlighed på Frederiksberg	Frederiksberg Hospital
S	23 år/8½ mdr.	10. klasse og PGU-merit	Pædagogmedhjælper	Gift	Lejlighed i Allerød	Hillerød Sygehus
K2	34 år/5 mdr.	Kandidat i Sociologi og Master i Afrika Studier	It-supporter	Bor alene	Lejlighed i Valby	Hvidovre Hospital
G	30 år/8½ mdr.	Bachelor i Psykologi	Studerende	Gift	Lejlighed på Nørrebro	?
C1	32 år/7 mdr.	Kandidat i Internationale Udviklingsstudier	?	?	Lejlighed på Amager	Rigshospitalet
M1	32 år/11 mdr.	Kandidat i Retorik	Journalist	Gift	Lejlighed på Nørrebro	Hvidovre Hospital
C2	?/7½ mdr.	Kandidat i Fransk og Religion	?	Gift	Lejlighed på Vesterbro	Hvidovre Hospital
D	29 år/11 mdr.	Konditor	Konditor	Gift	Hus i Stenlille	Holbæk Sygehus
N	22 år/7 mdr.	9. klasse	Studerende	Gift	Hus i Thise	?
A	?/6 mdr.	?	?	?	?	?
T	27 år/7 mdr.	?	?	?	Ishøj	Hvidovre Hospital
L	25 år/8 mdr.	Pædagog	Skolepædagog	Gift	Hus i Skjold	?
S	24 år/5 mdr.	Elektrikerlærling	I lære	Samboende	?	?
M2	?/5 mdr.	?	?	?	?	?
H	29 år/7 mdr.	Social- og sundhedsassistent	Social- og sundhedsassistent	Gift	Hus i Struer	Holstebro Sygehus

## Interviewguide til fokusgruppe med flaskemødre

- **Præsentation af os selv og dagens program**

Vi hedder Majken og Trine, og vi læser Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet. Vi er i gang med at skrive speciale, som omhandler kvinders oplevelser af amning, flaskegivning og evt. ammepres. Vi fik inspiration til emnet, mens vi selv var på barsel. Majken har en dreng, der hedder Villads på 8 måneder, og jeg har en dreng, der hedder Marius-Emil, der bliver et år lige om lidt.

Vi regner med, at denne her diskussionsgruppe kommer til at tage mellem en halv time og halvanden, alt efter hvor diskussionslystne I er. (Det er selvfølgelig tilladt at give flaske undervejs, da vi ikke er så fornemme som visse caféer på Østerbro). Vi har delt diskussionen op i tre temaer, som er: ammeforløb, ammepres og fordele og ulemper ved henholdsvis amning og flaskegivning.

For god ordens skyld vil vi lige nævne, at diskussionen vil blive båndet, og at vi, når vi bruger citater i vores speciale, vil sørge for, at I er anonyme. Da vi optager diskussionen, er det vigtigt at I taler en ad gangen og lader hinanden tale færdigt.

- **Præsentationsrunde hvor kvinderne skal fortælle hvem de er, hvor gamle de er, deres uddannelse, hvad de laver, når de ikke er på barsel, hvor gammelt deres barn er, om de har en samlever, er gift eller ugift, hvor de bor og hvor de har født.**
- **Fortæl om jeres ammeforløb**
  - Hvor længe ammede I?
  - Hvilke ammeproblemer har I oplevet?
  - Hvordan reagerede I på problemerne?
  - Hvor længe prøvede I at få amning til at fungere?
  - Hvorfor valgte I at gå over til flaske?
  - Hvad betyder det for jer ikke, at kunne amme?
  - Hvad mener I er bedst for jeres børn?

## 1. scenarium

Der er en fra din mødregruppe, der oplever store problemer med amningen. Hendes barn sover rigtig dårligt om natten, og har ikke taget ordentligt på den sidste måned. Hun er ved at være helt udkørt og fortæller dig, at det hele er rigtig hårdt lige nu. Hvad vil I sige til hende, og hvad vil I råde hende til at gøre?

- **Ammepres**

- Hvorfor blev I ved med at forsøge at amme, hvis der var store problemer?
- Hvordan har omgivelsernes reaktion været på, at I begyndte at give flaske (fx familie, venner, mødregruppe)?
- Hvordan har overgangen til flaske påvirket dig som mor og kvinde?
- Hvilke følelser har det fremkaldt hos dig (skyld, mindreværd, stempling)?
- Hvad er amme-pres?
- Synes I, at der findes et amme-pres i dagens Danmark?
- Har I selv oplevet det? Hvordan var det?
- Fra hvem eller hvad følte I jer presset til at amme (familie, venner, mødregruppe, sundhedssystemet)?
- Hvordan mener I, at der opstår et amme-pres?
- Har I talt med andre om det at føle sig presset til at amme?
- Hvordan synes I, at omverdenen ser på henholdsvis amning og flaskegivning?
- Har I oplevet, at nogen har luftet negative holdninger om flaskegivning?

## 2. scenarium

Du møder en mor, der bevidst har fravalgt amning fra starten. Hun har gjort det på grund af, at hun følte, at det var vigtigt for hende at få noget tid til sig selv, og at hun mente, at hun ville blive en gladere mor, hvis hun ikke ammede. Hvad er jeres holdning til denne historie?

- **Fordele og ulemper ved at give flaske**

- Hvilke fordele ser I ved at give flaske (følelsen af at være en familie, tid til sig selv)?
- Hvilke fordele ser I ved at amme (altid madpakken med, sundest for barnet)?
- Havde I hørt om fordelene ved at give flaske, inden I begyndte at give flaske?
- Havde I hørt om fordelene ved at amme, inden I begyndte at amme?
- Hvilke ulemper ser I ved at give flaske (mere upraktisk)?

- Hvilke ulemper ser I ved at amme (kun kvinden der kan)?
- Havde I hørt om ulemperne ved at give flaske?
- Havde I hørt om ulemperne ved at amme?
- Hvor havde I hørt om fordele/ulemper?

- **Afrunding**

- Har I nogen ideer til, hvad der kan gøres for at minimere ammepres og give bedre støtte til de mødre, for hvem amningen ikke lykkes?
- Hvordan har det været at deltage i en fokusgruppe, hvor I har talt om et så personligt emne som amning?
- Er der noget, I vil spørge om, eller tilføje til de emner, vi har talt om?
- Vil I gerne have, at vi sender specialet til jer, når det er færdigt?

## Informationsbrev vedrørende interview.

Kære \_\_\_\_\_

Tak fordi du vil deltage. Hermed fremsendes som aftalt et informationsbrev vedrørende interview.

Formålet med interviewet er at belyse kvinders oplevelse af amning, flaskegivning og ammepres.

Interviewet vil blive optaget og analyseret til brug i vores speciale. Optagelserne vil blive opbevaret forsvarligt, således at det kun er os, der har adgang til dem. Interviewet vil blive anonymiseret og vi har tavshedspligt. Under interviewet vil vi begge være til stede. Hvis du ønsker det, vil du få et eksemplar af den færdige opgave. Vi regner med, at interviewet tager omkring en time.

Vi glæder os til at se dig.

Med venlig hilsen

Trine og Majken (Studerende ved Folkesundhedsvidenskab, KU)