

Hvaða þættir tengjast því hvort konur séu með barn sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu? Þversniðsrannsókn meðal kvenna á Íslandi

What Factors Are Associated With Exclusive Breastfeeding One Month After Giving Birth? A Cross-Sectional Study Among Women in Iceland

TENGLIDUR agustag@landspitali.is

Höfundar



Ágústa Gísladóttir, ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur, MS¹



Dr. Emma Marie Swift, ljósmóðir, PhD^{2,3}

Ágrip

Bakgrunnur

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) mælir með að börn séu eingöngu á brjósti til sex mánaða aldurs. Tíðni brjóstgjafar á fyrsta hálfu árinu hefur ekki verið vel lýst á Íslandi. Markmið okkar var að lýsa brjóstgjöf meðal kvenna á Íslandi og skoða hvaða þættir tengjast því hvort konur séu með barn sitt á brjósti mánuði eftir fæðingu eða ekki.

Aðferðir

Úrtak rannsóknarinnar var 1.272 konur sem eignuðust barn á tímabilinu 2015–2021. Gögnin voru fengin með spurningalistakönnun í þversniðsrannsókn. Útkomubreytan var brjóstgjöf mánuði eftir fæðingu og aðrar breytur voru bakgrunns- og fæðingartengdar breytur. Kí-kvaðrat og Fisher's Exact próf voru notuð til að athuga hvort marktæk tengsl væru á milli breyta.

Niðurstöður

Um 70% kvenna voru með barn sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu. Íslenskar fjölbyrjur, búsettar á höfuðborgarsvæðinu, með hærri menntunarstig og hærri meðaltekjur voru líklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti. Konur í sjálfkrafa sótt, sem fæddu um leggöng án þess að nýta mænurótardeyfingu voru einnig líklegri til að vera með barn sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu.

Ályktun

Niðurstöður okkar sýna að flestar konur eru með barn sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu. Niðurstöður okkar gefa einnig til kynna að tengsl virðast vera milli bakgrunns- og fæðingartengdra þátta kvenna og þess hvort þær séu eingöngu með barn sitt á brjósti. Rannsóknin gefur tilefni til að skoða þessa þætti betur með það að leiðarljósi að styðja betur við brjóstgjöf kvenna.

Lykilorð

brjóstgjöf eingöngu brjóstgjöf þættir sem tengjast brjóstgjöf

Inngangur

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) mælir með að öll börn fái eingöngu brjóstamjólki fyrstu sex mánuðina og áfram brjóstamjólki með næringarríki fæðu frá sex mánaða aldri til tveggja ára aldurs eða lengur (1). Þar sem ekki er raunhæft að öll börn séu eingöngu á brjósti þá hefur WHO sett fram mælanlegt markmið um að fyrir árið 2025 sé að minnsta kosti helmingur barna eingöngu á brjósti við sex mánaða aldur (2). WHO telur að ljósmæður séu einn mikilvægasti hlekkurinn í aðgerðaáætlun um að ná þessum markmiðum, enda hafa þær margvíslega snertifleti við konur á meðgöngu, í fæðingu og eftir fæðingu (3). Þetta samræmist einnig hugmyndafræði ljósmæðra um að efla heilsu móður og barns og styðja við eðlilegt barneignarferli með fræðslu og fyrirbyggjandi nálgun (4).

Brjóstgjöf hefur jákvæð áhrif á móður og barn. Ávinningur fyrir barnið eru verndandi áhrif gegn sýkingum í meltingarvegi, öndunarferasýkingum og langvinnum sjúkdómum svo sem sykursýki og offitu. Brjóstgjöfin er einnig talin hafa jákvæð áhrif á vitsmunalegan þroska hjá barninu (1, 5). Móðirin nýtur sömu-leiðis góðs af brjóstgjöfinni sem er verndandi gegn brjóst- og eggjastokkkrabbameini, sykursýki, hjarta- og æðasjúkdómum, þunglyndi eftir fæðingu, blæðingu eftir fæðingu o.fl. (6, 7). Mikilvægi brjóstgjafar einskordast þó ekki við móður og barn, en ávinningur hennar er einnig talsverður fyrir efnahag og umhverfi (8).

Fjölmargir þættir geta haft þau áhrif að konur ákveði að hafa barn sitt ekki á brjósti eða hætta brjóstgjöf fyrr en ráðleggingar segja til um. Konur sem hafa átt barn áður, búa í borgum eða nálægt heilbrigðisþjónustu, eru með hærri menntun og hærri tekjur eru líklegri til að vera með barn sitt eingöngu á brjósti (9–14). Einnig getur tilfinning móður um ónóga mjólkurframleiðslu (15, 16), aðgerðir á brjóstum (17, 18) og markaðssetning á þurrmjólk(19) haft letjandi áhrif á brjóstgjöf.

Tíðni brjóstgjafar er mjög breytileg milli landa en áætlað er að um 48% barna á aldrinum núll til fimm mánaða um heim allan nærst eingöngu á brjóstamjólki (20). Það hafa ekki verið gerðar margar rannsóknir varðandi brjóstgjöf á Íslandi en nýlega birta Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu þó skýrslu um brjóstgjöf og næringu barna á árunum 2018–2021 (21). Í skýrslunni eru upplýsingar um hlutfall þeirra barna sem voru eingöngu á brjósti frá fyrstu vitjun heilsugæslu til sex mánaða aldurs og eru niðurstöðurnar frá öllum heilsugæslum landsins. Á tímabilinu 2018–2021 voru 63–66% barna eingöngu á brjósti í fyrstu heimavitjun sem er um 7–14 dögum eftir fæðingu (21). Við sex og níu vikna aldur var hlutfallið svipað. Við sex mánaða aldur var tíðnin hins vegar komin í 16–22% (21), sem er langt undir viðmiðum WHO. Einnig hafa verið birtar tölur um brjóstgjöf meðal barna sem fæddust á Landspítala á árunum 2015–2017 (22). Brjóstgjöf var lýst mánuði eftir fæðingu og var hlutfallið þá um 74% meðal fullburða barna (fædd eftir 37 vikna meðgöngu). Rannsóknin sýndi einnig að hlutfall barna sem var eingöngu á brjósti lækkaði jafnt og þétt yfir fyrstu níu mánuði barnsins og um 20% voru eingöngu á brjósti við sex mánaða

aldur, sem er svipað og tölur Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu sýndu.

Markmið okkar rannsóknar var að lýsa hugsanlegum þáttum sem gætu tengst því hvort konur séu með barn sitt eingöngu á brjósti. Við notuðum til þess gögn sem hafði verið safnað áður um upplifun kvenna af barneignarferlinu en þar var spurt hvort konur væru með barn sitt á brjósti um mánuði eftir fæðingu. Í þessum gögnum voru einnig upplýsingar um ýmsar bakgrunnsbreytur, svo sem menntun og tekjur, sem ekki hafa verið upplýsingar um í sjúkraskrá. Gögnin gera okkur því kleift að skoða fleiri bakgrunnsþætti sem gætu tengst því hvort konur séu með barn sitt á brjósti mánuði eftir fæðingu. Rannsóknarspurningar okkar voru eftirfarandi:

- 1) Hvert er hlutfall mæðra á Íslandi sem gefur barni sínu eingöngu brjóstamjólki mánuði eftir fæðingu?
- 2) Eru tengsl á milli bakgrunnsþátta móður og inngripa í fæðingu við það hvort hún sé með barnið sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu?

Efniviður og aðferðir

Unnið var með gögn úr þversniðsrannsókninni „Upplifun kvenna af barneignarþjónustu á Íslandi“. Rannsóknin var þróuð í þeim tilgangi að safna upplýsingum um upplifun kvenna á Íslandi af meðgönguvernd, fæðingarhjálp og þjónustu ljósmæðra í sængurlegu og innihélt spurningar tengdar fæðingu, brjóstgjöf og um bakgrunn þátttakenda. Gagnasöfnun fór fram með spurningalistakönnun á tímabilinu október 2020 til apríl 2021. Boðið var upp á möguleikann á því að svara spurningalistanum á íslensku, ensku eða pólsku en með þessu var reynt að ná til sem flestra sem höfðu fætt barn á síðustu fimm árum á Íslandi (23).

Notast var við blöndu af hentugleikaúrtaki og snjóbolta-söfnun og var auglýst eftir þátttakendum á samfélagsmiðlum Facebook og Instagram. Valdir voru stórir hópar á Facebook sem voru líklegir til að innihalda konur í markhópnum, en það var t.d. hópurinn „Mæðratíps“ sem innihélt um 20 þúsund konur. Einnig var valinn sambærilegur hópur á Facebook sem heitir „International parents in Iceland“ til að ná til erlendra kvenna. Að lokum var auglýst á Facebooksíðu Samtaka kvenna af erlendum uppruna (W.O.M.E.N). Á Instagram var auglýst eftir þátttakendum á reikningi Ljósmæðrafélags Íslands. Snjóbolta-söfnun var nýtt og konur beðnar um að deila upplýsingum um rannsóknina á aðrar síður. Þátttakendur í rannsókninni veittu upplýst samþykki áður en þeir svöruðu könnuninni rafrænt í gegnum forritið RedCAP.

Þátttakendur

Alls voru 2.368 konur sem tóku þátt í rannsókninni en af þeim voru 1.828 (77%) sem svöruðu á íslensku, 326 (14%) á ensku og 214 (9%) á pólsku. Til að uppfylla skilyrði fyrir þátttöku þurftu þátttakendur að vera eldri en 18 ára, hafa fætt barn á Íslandi á

árunum 2015–2021 og skilja íslensku, ensku eða pólsku. Fjöldi þátttakenda í lokaúrtaki þessarar rannsóknar voru 1.272 konur (1128 (89%) sem svöruðu á íslensku, 52 (4%) á pólsku og 92 (7%) á ensku), en útilokaðar voru konur sem ekki höfðu svarað spurningu um útkomubreytuna varðandi brjóstagjöf.

Brjóstagjöf mánuði eftir fæðingu

Útkomubreytan var brjóstagjöf mánuði eftir fæðingu sem var metin á eftirfarandi hátt: „Mánuði eftir fæðingu, hvernig nærir/ nærðir þú barnið þitt?“ Svarmöguleikar voru 1) eingöngu með brjóstagjöf, 2) eingöngu með þurrmjólk eða 3) bæði með brjósta-gjöf og þurrmjólk.

Mögulegar skýribreytur

Skoðaðar voru níu bakgrunnsbreytur sem allar voru flokka-breytur en það eru breyturnar aldur konu þegar hún fæddi barnið (≤25 ára, 26–35 ára, >35 ára), búseta (höfuðborgarsvæðið, landsbyggðin), þjóðerni (íslensk, erlend), bæri (frumbyrja, fjöl-byrja), fæðingarstaður (höfuðborgarsvæði, landsbyggð), hjú-skaparstaða á meðgöngu (einhleyp/fráskilin/ekkjja, sambúd/gift, annað), hæsta menntunarstig (engin formleg menntun, grunn-skóli, framhaldsskóli, iðnnám, háskóli), meðaltekjur á heimilinu á mánuði (<300.000, 300.000–500.000, 500.000–700.000, 700.000–900.000, >900.000), staða á vinnumarkaði fyrir með-göngu (launþegi, nemandi, heimavinnandi, sjálfstætt starfandi, öryrki, atvinnulaus, annað).

Að auki var spurt um viðhorf kvenna til þess að gefa barninu sínu brjóst með spurningunni „Þegar meðgöngunni var að ljúka, hvernig hafðir þú hugsað þér að næra barnið þitt á fyrstu mánuðum eftir fæðingu?“ Svarmöguleikar voru: eingöngu með brjóstagjöf, eingöngu með þurrmjólk, bæði með brjóstagjöf og þurrmjólk, ég var ekki búin að ákveða mig.

Spurningar sem tengdust fæðingunni og tímabilinu eftir fæðingu voru fjórar: 1) Varst þú gangsett? (já, nei), 2) fékkst þú mænurótardeyfingu? (já, nei), 3) fæddir þú með keisaraskurði? (já, nei) og 4) var barnið þitt lagt inn á Vökudeild á einhverjum tímapunkti? (já, nei, er ekki viss). Breyta um dvöl á Vökudeild var endurflokkuð í tvo flokka þar sem svarmöguleikarnir „nei“ og „er ekki viss“ voru sameinaðir í einn flokk. Leiða má líkur að því að þær sem svöruðu „er ekki viss“ hafi stoppað stutt á Vöku-deildinni með börnin sín eða þau þurft litla meðferð.

Gagnaúrvinnsla

Útkomubreytu, bakgrunnsbreytum og breytum tengdum fæðingu og tímabilinu eftir fæðingu var lýst sem fjölda (n) og hlutfalli af heild (%). Útkomubreytu var síðan lagskipt eftir mögulegum skýribreytum. Til að kanna hvort marktæk tengsl væru á milli bakgrunns- og fæðingartengdra breyta og útkomu-breytunnar voru gerð kí-kvaðrat próf eða Fischer’s Exact próf ef kröfur um kí-kvaðrat próf voru ekki uppfyllt. Marktækni miðaðist við p<0,05.

Rannsóknin fékk leyfi Vísindasiðanefndar (VSNb2020090017/03.01).

Niðurstöður

Flestar konurnar voru á aldrinum 26–35 ára þegar þær fæddu barn sitt (63,8%) og meirihluti þeirra var búsettur á höfuð-borgarsvæðinu (75,4%), eins og sjá má í töflu 1. Íslenskar konur voru stærsti hópur þátttakenda í rannsókninni (1.128; 88,9%) samanborið við erlendar konur sem voru 141 (11,1%). Flestar þeirra sem svöruðu voru frumbyrjur (68,1%) og skráðar í sambúð (94,6%). Um átta af hverjum tíu konum fæddu barnið sitt á höfuðborgarsvæðinu. Flestar konur voru með háskólamenntun (61,3%) og var algengast að meðaltekjur væru 500.000–700.000 kr. á mánuði (27,2%). Að lokum voru konur spurðar út í stöðu á vinnumarkaði en þar voru flestar launþegar 933 (73,8%) og næst stærsti hópurinn þar á eftir voru nemendur (15,8%). Fæðing var framkölluð hjá 455 konum (36,0%) og tæplega helmingur kvenna fékk mænurótardeyfingu í fæðingunni (49,4%). Konur sem fæddu með keisaraskurði voru 14,7% (tafla 2).

Meirihluti kvenna gaf barni sínu eingöngu brjóst mánuði eftir fæðingu (69,0%), 21,9% nærðu barnið sitt bæði með brjósta-gjöf og þurrmjólk og ein af hverjum tíu konum gaf barni sínu eingöngu þurrmjólk (9,1%). Sjá töflu 3.

Meðal þeirra sem bjuggu á höfuðborgarsvæðinu voru 70,8% með barnið sitt eingöngu á brjósti samanborið við 63,3% á landsbyggðinni. Munurinn reyndist marktækur (p<0,001). Sjá töflu 3. Einnig var munur eftir þjóðerni en meðal íslenskra kvenna var hlutfall þeirra sem gáfu barninu sínu eingöngu brjóst mánuði eftir fæðingu 70,1% og 60,3% meðal erlendra kvenna (p<0,001). Mæður á aldrinum 26–35 ára voru með hæstu tíðni eingöngu brjóstagjafar mánuði eftir fæðingu (71,0%) en reyndist munur milli aldursflokka þó ekki marktækur (p=0,056).

Algengara var að fjölbyrjur væru með barnið sitt eingöngu á brjósti um mánuði eftir fæðingu en frumbyrjur og reyndist munurinn marktækur (74,1% hjá fjölbyrjum samanborið við 66,5% hjá frumbyrjum, p=0,014). Einnig var munur eftir hjú-skaparstöðu, en 69,7% þeirra sem voru giftar eða í sambúð voru með barnið sitt eingöngu á brjósti samanborið við þær sem voru það ekki (55,8%). Algengast var að háskólamenntaðar konur væru með barnið sitt á brjósti og var munurinn marktækur (73,3%; p<0,001). Konur í efstu tveimur tekjuhópunum með 700.000 eða meira í mánaðartekjur voru með hæstu tíðni ein-göngu með brjóstagjafar sem var rúmlega 70% í báðum hópum. Tekjulægsti hópurinn (<300.000 í mánaðarlaun) var jafnframt með lægstu tíðni brjóstagjafar og var hlutfallið um 63% (p=0,024).

Ef gerð voru inngrip í fæðingu voru konur ekki eins líklegar til að vera með barnið sitt á brjósti mánuði eftir fæðingu samanborið við konur sem ekki fengu inngrip í fæðingu. Konur í sjálfkrafa sótt voru líklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti (72,6%) samanborið við þær konur sem voru gang-settar (62,7%) og reyndist marktækur munur á milli hópanna (p<0,001). Konur sem fengu ekki mænurótardeyfingu í fæðing-unni voru einnig líklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti um mánuði eftir fæðingu (73,9%) samanborið við konur sem fengu deyfingu (63,9%) og reyndist munurinn marktækur (p<0,001). Svipaðar niðurstöður voru hjá þeim sem fæddu um

	n*	%
Aldur móður		
≤25 ára	323	25,4
26–35	812	63,8
>35	137	10,8

Búseta		
Höfuðborgarsvæðið	957	75,4
Landsbyggðin	313	24,6
Þjóðerni		
Íslenskar	1128	88,9
Erlendar	141	11,1
Bæri		
Frumbyrja	866	68,1
Fjölbyrja	406	31,9

Fæðingarstaður		
Höfuðborgarsvæðið	1035	81,4
Landsbyggðin	237	18,6
Hjúskaparstaða		
Einhleyp/fráskilin/ekkjja	52	4,1
Sambúd/gift	1204	94,6
Annað	16	1,3

Menntunarstig		
Engin formleg menntun	7	0,6
Grunnskóli	112	8,8
Framhaldsskóli	266	20,9
Iðnnám	106	8,4
Háskóli	779	61,3

Meðaltekjur		
<300.000	105	8,4
300.000–500.000	245	19,5
500.000–700.000	341	27,2
700.000–900.000	255	20,3
>900.000	308	24,6

Staða á vinnumarkaði		
Launþegi	933	73,8
Nemandi	200	15,8
Heimavinnandi	4	0,3
Sjálfstætt starfandi	60	4,8
Öryrki	16	1,3
Atvinnulaus	33	2,6
Annað	18	1,4

Fyrirhuguð næring		
Eingöngu brjóstagjöf	1063	83,6
Eingöngu þurrmjólk	18	1,4
Brjóstagjöf og þurrmjólk	112	8,8
Óákveðið	79	6,2

Tafla 1 **Bakgrunnur þátttakenda (N=1272).**

* Samanlagður fjöldi þátttakenda í hverri breytu náði ekki alltaf heildarfjölda úrtaks þar sem vöntun var á svörum í einhverjum tilfellum.

leggöng en tíðni eingöngu brjóstagjafar hjá þeim hópi var hærri (70,5%) en hjá þeim sem fór í keisaraskurð (60,8%) og var munurinn einnig marktækur (p=0,028). Frekari niðurstöður má finna í töflu 4.

Um eitt af hverjum átta börnum var lagt inn á Vökudeild eftir fæðingu (tafla 2). Algengara var að barn sem ekki hafði verið lagt inn á Vökudeild væri eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu (69,7%) samanborið við barn sem hafði verið lagt inn á Vökudeild (61,3%). Munurinn á milli hópanna reyndist þó ekki marktækur (p=0,095).

Í töflu 1 má sjá upplýsingar um hvernig þátttakendur í rannsókninni hugðust næra barnið sitt eftir fæðingu og svo töflu 3 hvernig þær gáfu barninu næringu um mánuði eftir fæðingu. Meirihluti kvenna (83,6%) hugðist næra barnið sitt eingöngu með brjóstagjöf eftir fæðingu. Af þeim konum sem höfðu ekki ákveðið á meðgöngu hvernig þær ætluðu að næra barnið sitt voru 46,8% þeirra með barnið eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu (tafla 3). Algengast var að konur sem hefðu ákveðið á meðgöngu að þær vildu vera með barnið sitt eingöngu á brjósti væru með barnið eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu (75,6%; p<0,001).

Umfjöllun

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar leiddu í ljós að um 70% mæðra nærðu börnin sín eingöngu með brjóstagjöf mánuði eftir fæðingu. Þetta hlutfall er sambærilegt öðrum rannsóknum og opinberum tölum um brjóstagjöf á Íslandi (21, 22). Úrtakið endurspeglaði þýðið nokkuð vel með tilliti til búsetu og þjóð-ernis. Flestar mæður voru í aldurshópnum 26–35 ára en meðal-aldur mæðra árin 2015–2020 var um 30 ár (24). Flestar konurnar sem tóku þátt í rannsókninni bjuggu á höfuðborgarsvæðinu (75,4%) sem svipar til hlutfalls um búsetu á höfuðborgarsvæðinu á sama tíma (63–64%) (25). Hlutfall erlendra kvenna í rann-sókninni var 11,1% sem svipar til hlutfalls erlendra ríkisborgara á Íslandi á árunum 2015–2021 (7,4%- 13,9%) (26). Þó má nefna að svarhlutfall kvenna af erlendum uppruna í rannsókninni var lægra en íslenskra kvenna.

Tíðni inngripa hjá þátttakendum endurspeglaði þýðið vel. Tíðni keisaraskurðar var 16% árið 2020 samanborið við tæp-lega 15% í rannsókninni. Um helmingur kvenna í rannsókninni fékk mænurótardeyfingu sem er aðeins hærra en hlutfallið almennt í þýðinu. Þetta skýrist líklega af því að fleiri frumbyrjur svöruðu spurningalistanum en fjölbyrjur, en þær eru einnig líklegri til að nýta sér mænurótardeyfingu í fæðingu. Frá árinu 2015 til ársins 2020 fór tíðni gangsetningar úr 25% í tæplega 30% en hjá þátttakendum var tíðnin 36% (27, 28).

Tafla 2 Spurningar varðandi fæðingu þátttakenda og tímabilið eftir fæðingu (N=1272).

	n*	%
Gangsetning		
Já	455	36,0
Nei	810	64,0
Mænurótardeyving		
Já	626	49,4
Nei	640	50,6
Keisaraskurður		
Já	186	14,7
Nei	1081	85,3
Vökudeild		
Já	163	13,7
Nei	1031	86,3

* Samanlagður fjöldi þátttakenda í hverri breytu náði ekki alltaf heildarfjölda úrtaks þar sem vöntun var á svörum í einhverjum tilfellum.

Konur á höfuðborgarsvæðinu voru líklegri til að næra börn sín eingöngu með brjóstamjólk mánuði eftir fæðingu. Rannsóknir erlendis frá hafa einnig sýnt að búseta getur skipti máli þegar kemur að brjóstagjöf og eru konur sem búa í meðalstórum borgum líklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti til lengri tíma samanborið við þær konur sem búa í dreifbýli (9). Líklegt er að þetta skýrist af takmarkaðra aðgengi að menntun og heilsugæslu og verri fjárhagsstöðu fólks sem býr í dreifbýli (9). Á Íslandi má leiða að því líkur að aðstöðumunur varðandi brjóstagjafaráðgjöf geti haft áhrif á þann mun sem sést í okkar rannsókn varðandi lægri tíðni brjóstagjafar á landsbyggðinni en fáir brjóstagjafaráðgjafar eru starfandi utan höfuðborgarsvæðisins (29). Það hefur verið vilji brjóstagjafaráðgjafa að bjóða upp á fjarheilbrigðisþjónustu fyrir konur á landsbyggðinni en samningar við Sjúkratryggingar Ísland hafa ekki náðst þar um.

Fjölbyrjur voru líklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti, sem er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna (10-12). Móðir sem hefur áður verið með barn á brjósti og hefur átt árangursríka brjóstagjöf er líklegri til að upplifa sjálfsöryggi og sjálfstraust varðandi brjóstagjöf hjá næsta barni sem hún mun koma til með að eignast. Frumbyrjur hafa aftur á móti þörf fyrir aukinn stuðning til að öðlast sjálfstraust í tengslum við brjóstagjöfina (30) en rannsóknir benda til að stuðningur frá maka sem og félagslegur stuðningur geti stuðlað að auknu sjálfs-trausti hjá móður við brjóstagjöfina (31). Hlutverk ljósmóður getur einnig spilað stóran þátt í því að efla sjálfstraust konu í tengslum við brjóstagjöf. Rannsókn frá Tyrklandi sem gerð var meðal 80 kvenna sýndi að fræðsla um brjóstagjöf á meðgöngu hafði jákvæð áhrif á sjálfstraust konunnar viku eftir fæðingu sem og á árangur brjóstagjafarinnar (32).

Íslenskar konur voru líklegri til að næra barnið sitt eingöngu með brjóstagjöf samanborið við erlendar konur. Áhersla hefur verið á rannsóknir á stöðu erlendra kvenna í barneignarþjónustu á Íslandi undanfarið og hafa rannsóknir verið samhljóma um að verulegur aðstöðumunur getur verið milli þessara tveggja hópa (23, 33). Erlendis frá má sjá sömu niðurstöður og þykir líklegt að ólík menningarbundin viðhorf, hefðir og trúarbrögð hafi áhrif á það hvernig mæður velja að næra barnið sitt eftir fæðingu (34). Þar sem stærsti innflytjendahópur á Íslandi eru pólskar konur er áhugavert að skoða hvernig brjóstagjöf er háttað meðal pólskra kvenna búsettra í heimalandi sínu. Pólsk rannsókn leiddi í ljós að um 43% ungbarna voru eingöngu á brjósti tveimur mánuðum eftir fæðingu en meirihluti þeirra kvenna sem hættu brjóstagjöf gerðu það um mánuði eftir fæðingu (35). Helsta ástæðan fyrir því að pólskar konur hættu með barnið á brjósti var tilfinning um að barnið væri ekki að drekka nægilega mikla brjóstamjólk ásamt því að halda að þær væru ekki að framleiða nóg, sem leiddi til þess að þær fóru að gefa barninu sínu þurrmjólk.

Menntun og meðaltekjur kvenna virðast tengjast því hvernig konur nærðu barnið sitt mánuði eftir fæðingu. Konur með litla eða enga menntun ásamt konum sem voru með tekjur undir 300.000 krónum á mánuði voru ólíklegri til að vera með barnið sitt eingöngu á brjósti. Niðurstöður okkar rannsóknar eru í samræmi við fjölmargar aðrar erlendar rannsóknir sem hafa verið gerðar um tengsl menntunar og/eða tekna við brjóstagjöf þar sem konur með meiri menntun og hærri tekjur eru líklegri til að hefja brjóstagjöf og vera með barnið sitt á brjósti til lengri tíma (9, 13, 14). Mæður sem eru tekjulágar eru almennt útsettari fyrir streituþáttum sem geta haft áhrif á lengd brjóstagjafartímabilsins ásamt því að hafa minni stuðning í kringum sig af persónulegum og félagslegum toga (36).

Það kom ekki á óvart að inngríp í fæðingu höfðu marktæk tengsl við brjóstagjöf þar sem margar erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á það sama (13, 37-39). Niðurstöður okkar gefa til kynna að konur sem hafa fengið eitt eða fleiri af þremur algengustu inngrípum í fæðingu (framköllun, mænurótardeyving, keisari) gætu þurft aukinn stuðning við brjóstagjöf eftir fæðingu. Þetta er nokkuð stór hópur en áætla má að um 40% kvenna hafi fengið að minnsta kosti eitt af þessum inngrípum í fæðingu á Íslandi (40). Nefna má að þótt flestar rannsóknir séu á sama máli um tengsl á milli inngrípa í fæðingu og erfiðleika við brjóstagjöf, þá benda sumar erlendar rannsóknir til þess gagnstæða varðandi keisaraskurð og brjóstagjöf (9) og gangsetningu og brjóstagjöf (37, 41). Til þess að skoða þetta betur hér á landi þyrfti því

Tafla 3 Næringargjöf barna mánuði eftir fæðingu, lagskipt eftir bakgrunnspáttum (N=1272).

* Samanlagður fjöldi þátttakenda í hverri breytu náði ekki alltaf heildarfjölda úrtaks þar sem vöntun var á svörum í einhverjum tilfellum.

** Kí-kvaðrat og Fisher's Exact próf voru notuð til að reikna p-gildi.

	n*	Eingöngu brjóstagjöf		Brjóstagjöf og þurrmjólk		Eingöngu þurrmjólk		p-gildi**
		n	%	n	%	n	%	
Allar	1272	877	69,0	279	21,9	116	9,1	
Aldur móður								0,056
≤25 ára	323	215	66,6	68	21,0	40	12,4	
26-35	812	576	71,0	174	21,4	62	7,6	
>35	137	86	62,8	34	27,0	14	10,2	
Búseta								<0,001
Höfuðborgarsvæðið	957	678	70,8	208	21,8	71	7,4	
Landsbyggðin	313	198	63,3	70	22,3	45	14,4	
Þjóðerni								<0,001
Íslenskar	1128	790	70,1	254	22,5	84	7,4	
Erlendar	141	85	60,3	24	17,0	32	22,7	
Bæri								0,014
Frumbyrja	866	576	66,5	209	24,1	81	9,4	
Fjölbyrja	406	301	74,1	70	17,3	35	8,6	
Fæðingarstaður								0,302
Höfuðborgarsvæðið	1035	722	69,8	224	21,6	89	8,6	
Landsbyggðin	237	155	65,4	55	23,2	27	11,4	
Hjúskaparstaða								0,041
Einhleyp/fráskilin/ekkja	52	29	55,8	13	25,0	10	19,2	
Sambúð/gift	1204	839	69,7	262	21,8	103	8,6	
Annað	16	9	56,3	4	25,0	3	18,7	
Menntunarstig								<0,001
Engin formleg menntun	7	3	42,9	3	42,9	1	14,2	
Grunnskóli	112	64	57,1	27	24,1	21	18,8	
Framhaldsskóli	266	175	65,8	68	25,6	23	8,6	
Iðnnám	106	64	60,3	20	18,9	22	20,8	
Háskóli	779	571	73,3	160	20,5	48	6,2	
Meðaltekjur								0,024
<300.000	105	67	63,8	22	21,0	16	15,2	
300.000-500.000	245	166	67,7	56	22,9	23	9,4	
500.000-700.000	341	224	65,7	85	24,9	32	9,4	
700.000-900.000	255	186	72,9	43	16,9	26	10,2	
>900.000	308	222	72,0	71	23,1	15	4,9	
Staða á vinnumarkaði								0,019
Launþegi	933	636	68,2	211	22,6	86	9,2	
Nemandi	200	151	75,5	38	19,0	11	5,5	
Heimavinnandi	4	2	50,0	2	50,0	0	0,0	
Sjálfstætt starfandi	60	41	68,3	12	20,0	7	11,7	
Öryrki	16	12	75,0	2	12,5	2	12,5	
Atvinnulaus	33	15	45,4	9	27,3	9	27,3	
Annað	18	14	77,8	3	16,7	1	5,5	
Fyrirhuguð næring								<0,001
Eingöngu brjóstagjöf	1063	804	75,6	197	18,6	62	5,8	
Eingöngu þurrmjólk	18	2	11,1	1	5,6	15	83,3	
Brjóstagjöf og þurrmjólk	112	34	30,4	52	46,4	26	23,2	
Óákveðið	79	37	46,8	29	36,7	13	16,5	

Tafla 4 Næringargjöf barna mánuði eftir fæðingu, lagskipt eftir breytum tengdum fæðingu og tímabilinu eftir fæðingu (N=1272).

	Allar*		Eingöngu brjóstgjöf		Brjóstgjöf og þurrmjólk		Eingöngu þurrmjólk		p-gildi**
	n		n	%	n	%	n	%	
Gangsetning									<0,001
Já	455		285	62,7	133	29,2	37	8,1	
Nei	810		588	72,6	144	17,8	78	9,6	
Mænurótardeyfing									<0,001
Já	626		400	63,9	164	26,2	62	9,9	
Nei	640		473	73,9	115	18,0	52	8,1	
Keisaraskurður									0,028
Já	186		113	60,8	51	27,4	22	11,8	
Nei	1081		762	70,5	228	21,1	91	8,4	
Vökudeild									0,095
Já	163		100	61,3	43	26,4	20	12,3	
Nei	1031		718	69,7	222	21,5	91	8,8	
* Samanlagður fjöldi þátttakenda í hverri breytu náði ekki alltaf heildarfjölda úrtaks þar sem vöntun var á svörum í einhverjum tilfellum.					** Kí-kvaðrat og Fisher's Exact próf voru notuð til að reikna p-gildi.				

Lýðgrundaða rannsókn sem myndi einnig leiðrétta eftir bakgrunns- og menningartengdum breytum.

Að síðustu gefa niðurstöður okkar til kynna að viðhorf til brjóstgjafar tengdist því hvort konur voru með barnið sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu. Þetta er í samræmi við rannsóknir erlendis frá (42). Það er því til mikils að vinna að konur fái góða og ýtarlega fræðslu um mikilvægi brjóstgjafar á meðgöngu. Þessar niðurstöður ættu að hvetja til þess að lögð sé áhersla á umræðu um brjóstgjöf í mæðraverndinni.

Hvernig geta ljósmæður nýtt sér þessar niðurstöður?

Niðurstöður okkar gefa til kynna að ljósmæður og annað heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir konum í barneignarferlinu geti haft fjölmarga þætti í huga þegar kemur að auknum stuðningi við brjóstgjöf. Þörf er á stuðningi á öllum stigum barneignarferlisins, á meðgöngu, í fæðingu, stuttu eftir fæðingu en einnig áfram fyrstu sex mánuðina eftir að barnið kemur í heiminn. Við höfum tekið saman nokkrar hugmyndir um hvað megi hafa í huga til að styðja við brjóstgjöf á Íslandi.

Stuðningur og fræðsla í meðgönguvernd

Niðurstöður okkar gefa til kynna að konur sem voru ákveðnar á meðgöngu í að gefa barni sínu eingöngu brjóst voru líklegastar til að gera það mánuði eftir fæðingu. Viðhorf og fræðsla á meðgöngu gæti því verið lykilþáttur í að auka sjálfsöryggi varðandi brjóstgjöf og þannig tíðni brjóstgjafar (30, 32, 43). Ljósmæður sem sinna meðgönguvernd gegna því lykilhlutverki í að byggja góðan grunn fyrir brjóstgjöf. Með góðri fræðslu og stuðningi geta þær haft jákvæð áhrif á viðhorf kvenna til brjóstgjafar og auknið skilning þeirra á kostum og styrkjandi þáttum. Ljósmæður geta einnig haft sérstaklega í huga þá hópa sem virðast þurfa aukinn stuðning, sem eru erlendar konur, konur á landsbyggðinni, og konur með minni menntun og lægri tekjur.

Upphaf brjóstgjafar

Upphaf brjóstgjafar og fyrsti klukkutíminn eftir fæðingu hefur mikið forspárgildi varðandi áframhaldandi brjóstgjöf. Húð við húð meðferð strax eftir fæðingu ásamt því að fyrsta brjóstgjöfin eigi sér stað á fyrsta klukkutímanum eftir fæðingu ýtir undir árangursríka brjóstgjöf (2, 44–46). Að auki benda niðurstöður okkar til þess að þegar gripið hefur verið inn í fæðingu þurfi konur hugsanlega aukinn stuðning við brjóstgjöf og því sérstaklega mikilvægt að leggja áherslu á húð við húð meðferð og fyrstu brjóstgjöf hjá þessum hópi kvenna. Rannsóknir erlendis frá hafa einnig bent á mikilvægi þess að bíða með öll óþarfa inn grip sem krefjast aðskilnaðar móður og barns eftir fæðingu svo auka megi líkurnar á góðu upphafi brjóstgjafar (46, 47).

Heimþjónusta og ungbarnavernd

Niðurstöður okkar benda til að mjög hátt hlutfall kvenna vildi næra barnið sitt eingöngu með brjóstgjöf þegar þær áttu von á barni en mánuði eftir fæðingu hafði tíðnin lækkað verulega. Hér þarf að skoða hvað veldur því að svo margar konur sem hyggjast gefa barni sínu brjóst gera það svo ekki. Niðurstöður erlendra rannsókna hafa sýnt að ein algengasta ástæða fyrir því að konur hætta brjóstgjöf fyrir en ráðleggingar segja til um er vegna tilfinningar um ónóga mjólkurframleiðslu (9, 15, 16) og mætti velta fyrir sér hvort það sama gildi hér á landi. Ljósmæður, brjóstgjafaráðgjafar og hjúkrunarfræðingar í ungbarna-vernd gegna lykilstöðu varðandi stuðning við nýjar mæður og er mikilvægt að þau fái viðeigandi fræðslu og þjálfun til þess að þeirra stuðningur sé byggður á gagnreyndri þekkingu hverju sinni. Sérhæfður stuðningur brjóstgjafaráðgjafa hefur verið aukinn frá því að okkar rannsókn var gerð, en ennþá er þó aðstöðumunur vegna búsetu bæði vegna þess að fáir brjóstgjafaráðgjafar starfa á landsbyggðinni og að fjarþjónusta er ekki niðurgreidd af Sjúkratryggingum Íslands.

Styrkleikar og veikleikar

Góð þátttaka var í rannsókninni sem má telja styrkleika fyrir rannsóknina. Gögnum var safnað á íslensku, ensku og pólsku sem styrkir niðurstöður þar sem fleiri gátu tekið þátt í rannsókninni þrátt fyrir að tala ekki og/eða skilja ekki íslensku. Enska og pólska urðu fyrir valinu þar sem stærsti hluti innflytjenda á Íslandi talar annað hvort af þessum tungumálum. Þó má telja það til veikleika að hlutfallslega færri konur svöruðu spurningu um brjóstgjöf í spurningalista á ensku og pólsku, samanborið við þann íslenska. Ákveðið var að nota hentugleikaúrtak en þegar bakgrunnsbreytur og fæðingartengdar breytur voru skoðaðar kom í ljós að úrtakið virtist endurspeglar þýðið ágætlega. Tólkun niðurstaðna þarf að taka mið af því að ekki voru gögn um þekktu áhrifaþætti eins og blæðingu í fæðingu, hríðarörvandi lyf, fyrirburafæðingar, fjölbura, áhættuþætti á meðgöngu eða í fæðingu. Þessar breytur vantaði í rannsóknina aðallega þar sem meginmarkmið spurningalistans var ekki að safna upplýsingum um brjóstgjöf heldur almennt upplýsingum um

upplifun af barneignarferlinu. Þær niðurstöður sem þó fengust með þessum spurningalista eru mikilvægar og gefa tilefni til frekari rannsókna á málefnum. Rannsóknin okkar var einnig að mestu leyti lýsandi en næstu skref væru að skoða sambandið á milli brjóstgjafar og bakgrunns/fæðingartengdra breyta betur, með því að nota aðhvarfsgreiningu og leiðrétta sambandið með þáttum sem gætu haft áhrif á sambandið. Gagnasöfnun fór fram á tímum COVID sem hugsanlega getur hafa haft áhrif á brjóstgjöf eða upplifun af brjóstgjöf. Þó benda erlendar rannsóknir á að COVID tímabilið hafi haft bæði hvetjandi og letjandi áhrif á brjóstgjöf og því erfitt að segja til um hvernig túlka eigi niðurstöður í því tilliti (48). Að síðustu má nefna að rannsóknin er aftursýn og gæti því verið að minni kvenna hafi haft einhver áhrif á svör þeirra. Þó má telja það til styrkleika rannsóknar að hún var nafnlaus og konur því ólíklegar til að hagræða sannleikanum.

Ályktun

Meirihluti kvenna er með barn sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu. Fjölmargir þættir virðast tengjast því hversu líklegt það er að konur séu með barnið sitt eingöngu á brjósti mánuði eftir fæðingu. Konur sem voru íslenskar, fjölbyrjur, búsettar á höfuðborgarsvæðinu, með hærra menntunarstig og hærri meðaltekjur voru líklegri til að næra barnið sitt eingöngu með brjóstgjöf um mánuði eftir fæðingu. Það sama gildir um konur sem fóru sjálfkrafa af stað í fæðingu, fæddu um leggöng og án deyfingar. Konur sem höfðu ákveðið á meðgöngu að hafa barnið sitt eingöngu á brjósti voru einnig líklegastar til þess að gera það.

Þakkar

Við viljum þakka Hallfríði Jónsdóttur, ljósmóður og brjóstgjafaráðgjafa sérstaklega fyrir yfirlestur og góð ráð við umfjöllun um niðurstöður. Einnig viljum við þakka öllum þeim konum sem gáfu sér tíma til að svara spurningalistanum og lögðu þannig sitt af mörkum til að auka þekkingu um brjóstgjöf á Íslandi.

Heimildir

- WHO. Infant and young child feeding 2021 [Available from: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding].
- WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services 2017 [Available from: who.int/publications/i/item/9789241550086].
- World Health Organization. The role of midwives and nurses in protecting, promoting and supporting breastfeeding: advocacy brief. 2021.
- ICM ICoM. Philosophy and Model of Midwifery Care. 2014.
- Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients*. 2020;12(4):1039.
- Chojenta CL, Lucke JC, Forder PM, Loxton DJ. Maternal health factors as risks for postnatal depression: a prospective longitudinal study. *PLoS one*. 2016;11(1):e0147246.
- UNICEF. Breastfeeding. A mothers gift for every child 2018 [Available from: unicef.org/media/48046/file/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf].
- Rollins NC, Bhandari N, Hajebbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The lancet*. 2016;387(10017):491-504.
- Tracz J, Gajewska D. Factors influencing the duration of breastfeeding among polish women. *Journal of Mother and Child*. 2020;24(1):39.
- Gubler T, Krähenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Köblle N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *Journal of perinatal medicine*. 2013;41(3):331-9.
- Inano H, Kameya M, Sasano K, Matsumura K, Tsuchida A, Hamazaki K, et al. Factors influencing exclusive breastfeeding rates until 6 months postpartum: the Japan Environment and Children's Study. *Scientific Reports*. 2021;11(1):6841.
- Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Preventive medicine reports*. 2016;3:121-6.
- Arora A, Manohar N, Hayen A, Bhole S, Eastwood J, Levy S, et al. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Sydney, Australia: findings from a birth cohort study. *International breastfeeding journal*. 2017;12:1-10.
- Ricci C, Otterman V, Bennett T-L, Metcalfe S, Darling E, Semenic S, et al. Rates of and factors associated with exclusive and any breastfeeding at six months in Canada: an analysis of population-based cross-sectional data. *BMC pregnancy and childbirth*. 2023;23(1):56.
- Karall D, Ndayisaba J-P, Heichlinger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Stojakovic S, Leitner H, et al. Breast-feeding duration: early weaning—Do we sufficiently consider the risk factors? *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2015;61(5):577-82.
- Segura-Pérez S, Richter L, Rhodes EC, Hromi-Fiedler A, Vilar-Compte M, Adnew M, et al. Risk factors for self-reported insufficient milk during the first 6 months of life: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*. 2022;18:e13353.
- Schiff M, Algert CS, Ampt A, Sywak MS, Roberts CL. The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International breastfeeding journal*. 2014;9(1):1-8.
- Ram S, Ram HS, Rosenthal YS, Attali E, Warshaviak M, Gamzu R, et al. The impact of breast augmentation on breast feeding in primigravida women—A cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2022;268:116-20.
- Rollins N, Piwoz E, Baker P, Kingston G, Mabaso KM, McCoy D, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *The Lancet*. 2023;401(10375):486-502.
- UNICEF. Breastfeeding 2022 [Available from: data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/].
- Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH). Brjóstgjöf og næring barna á Íslandi 2018-2021. 2022.
- Jonsdóttir RB, Jonsdóttir H, Orlygsdóttir B, Flacking R. A shorter breastfeeding duration in late preterm infants than term infants during the first year. *Acta Paediatrica*. 2021;110(4):1209-17.
- Mangindin EL, Stoll K, Cadée F, Gottfredsdóttir H, Swift EM. Respectful maternity care and women's autonomy in decision making in Iceland: Application of scale instruments in a cross-sectional survey. *Midwifery*. 2023;103687.
- Hagstofa Íslands. Meðal- mið og tíðasti aldur mæðra og fedra 1961-2020 2023 [Available from: px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Sogulegar/Sogulegar__sogul_faeddirogdanir/SOG10102b.px].
- Hagstofa Íslands. Mannfjöldi í einstökum byggðarkjörnum og strjálbýli 1880-2020. Árslokatalur. 2023 [Available from: px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Sogulegar/Sogulegar__sogul_mannfoldi/SOG0101010.px/?rxid=ab66f4d2-0ac6-47e4-96b1-5dd898e818a6].
- Hagstofa Íslands. Erlendir ríkisborgarar 1950-2021 2023 [Available from: px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Sogulegar/Sogulegar__sogul_mannfoldi/SOG01026.px/?rxid=%20ab66f4d2-0ac6-47e4-96b1-5dd898e818a6].
- Smarason AK, Jonasdóttir E, Gunnarsdóttir J, Eiríksdóttir V. Report from the Icelandic Medical Birth Register for 2019. 2021.
- Landspítali, Embætti landlæknis. Skýrsla fæðingaskráningar árið 2020. 2022.
- Mangindin EL. Munnleg heimild um brjóstáráðgjafa á Íslandi. 2023.
- Hakala M, Kaakinen P, Käriäinen M, Bloigu R, Hannula L, Elo S. Maternity ward staff perceptions of exclusive breastfeeding in Finnish maternity hospitals: A cross-sectional study. *European Journal of Midwifery*. 2021;5.
- Uludağ E, Öztürk S. The effect of partner support on self-efficiency in breastfeeding in the early postpartum period. *The American Journal of Family Therapy*. 2020;48(2):211-9.
- Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N. Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a quasi-experimental study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56:e20210428.
- Guðmundsdóttir EY, Gottfredsdóttir H, Hálfðánsdóttir B, Nieuwenhuijze M, Gissler M, Einarsdóttir K. Challenges in migrant women's maternity care in a high-income country: A population-based cohort study of maternal and perinatal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021.
- Cook EJ, Powell F, Ali N, Penn-Jones C, Ochieng B, Randhawa G. Improving support for breastfeeding mothers: a qualitative study on the experiences of breastfeeding among mothers who reside in a deprived and culturally diverse community. *International Journal for Equity in Health*. 2021;20:1-14.
- Krolak-Olejnik B, Błasiak I, Szczygiel A. Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation. *Journal of International Medical Research*. 2017;45(6):1976-84.
- Jefferson UT, Reed AE, Rabitte M. African American mothers' decision to discontinue breastfeeding and switch to formula. *Western journal of nursing research*. 2022;44(1):15-22.
- Heesen P, Halpern SH, Beilin Y, Mauri PA, Eidelman LA, Heesen M, et al. Labor neuraxial analgesia and breastfeeding: an updated systematic review. *Journal of clinical anesthesia*. 2021;68:110105.
- Andrew MS, Selvaratnam RJ, Davies-Tuck M, Howland K, Davey M-A. The association between intrapartum interventions and immediate and ongoing breastfeeding outcomes: an Australian retrospective population-based cohort study. *International Breastfeeding Journal*. 2022;17(1):1-10.
- Cato K, Sylven SM, Lindbäck J, Skalkidou A, Rubertsson C. Risk factors for exclusive breastfeeding lasting less than two months—identifying women in need of targeted breastfeeding support. *PLoS one*. 2017;12(6):e0179402.
- Holgersdóttir H, Hálfðánsdóttir B, Swift EM. Eftirmálalausar fæðingar: Heildræn sýn á heilsu mæðra og nýbura. 2022.
- Fernandez-Canadas Morillo A, Marin Gabriel MA, Olza Fernandez I, Martinez Rodriguez B, Duran Duque M, Malalana Martinez AM, et al. The relationship of the administration of intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding initiation and duration rates. *Breastfeeding Medicine*. 2017;12(2):98-102.
- Kang NM, Choi YJ, Hyun T, Lee JE. Associations of breastfeeding knowledge, attitude and interest with breastfeeding duration: a cross-sectional web-based study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015;45(3):449-58.
- Theodorah DZ, Mc'Deline RN. "The kind of support that matters to exclusive breastfeeding" a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):1-8.
- Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and birth*. 2014;27(1):37-40.
- Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*. 2019;108(7):1192-204.
- Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*. 2023.
- Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2020;21(1):46.
- Adesanya AM, Barrett S, Moffat M, Aquino MRJ, Nicholson W, Turner G, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on expectant and new parents' experience of pregnancy, childbirth, breast feeding, parental responsiveness and sensitivity, and bonding and attunement in high-income countries: a systematic review of the evidence. *BMJ open*. 2022;12(12):e066963.

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins óskar ljósmæðrum gleðilegra jóla og farsæls komandi árs með þökkum fyrir ómetanlegt framlag á liðnu ári.



HEILSUGÆSLA
HÖFUÐBORGARSVÆÐISINS

ENGLISH SUMMARY

What Factors Are Associated With Exclusive Breastfeeding One Month After Giving Birth? A Cross-Sectional Study Among Women in Iceland

CONTACT agustag@landspitali.is

Authors



Ágústa Gísladóttir, RN,
RM, MS¹



Dr. Emma Marie Swift,
RM, PhD^{2,3}

Abstract

Background

The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for the first six months of a child's life. Breastfeeding rates in Iceland have not been well described. The aim of our study was to describe breastfeeding rates among women in Iceland and explore factors associated with exclusive breastfeeding at one month of age.

Method

In this cross-sectional study, questionnaire data from 1,272 women who gave birth between 2015 and 2021 was analyzed. The primary outcome variable was breastfeeding at one month postpartum and other variables were sociodemographic and birth-related variables. Descriptive statistics were employed for data analysis as well as using Chi-square and Fisher's Exact to test for significant differences between the outcome variable and other variables.

Results

Of all participants, about 70% exclusively breastfed their newborns at one month postpartum. Women who were Icelandic, multipara, resided in the Capital region, had higher education, and earned above-average wages were more likely to exclusively breastfeed their newborns at one month postpartum. Similarly, women who had spontaneous onset of labor, gave birth vaginally and without an epidural were more likely to breastfeed their newborns.

Conclusions

Our results suggest that most women exclusively breastfed their babies at one month of age. Our results also suggest that there may be an association between various sociodemographic- and birth-related factors and exclusive breastfeeding at one month postpartum. Our study therefore indicates a need for further exploration of these factors with the overall aim to support breastfeeding among women in Iceland.

Key words

breastfeeding
exclusive breastfeeding
factors associated with
breastfeeding

- 1 Prenatal and Postpartum Ward 22A, National University Hospital of Iceland, Reykjavík.
- 2 Faculty of Nursing and Midwifery, University of Iceland, Reykjavík.
- 3 Reykjavík Birth Centre.

Fyrir móður & barn



Lansinoh HPA Lanólín er 100% hreint, ofnæmisprófað lanólín. Eina lanólín varan í heiminum sem hefur fengið vottun Bresku ofnæmissamtakana.

Engin þörf á að fjarlægja fyrir brjóstagiöf. Öruggt fyrir barnið, léttir fyrir móður.