

# Een verkennend onderzoek naar de relatie tussen borstvoedingsduur en tevredenheid



Zulima Kerkhoff

Ruschlenda Martijn

Mignon van der Horst

Cohort 2004

Begeleiders:

J.P. van Wouwe & J. Boxem

## INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING.....	3
INLEIDING.....	4
VRAAGSTELLING .....	7
METHODE.....	8
RESULTATEN .....	13
DISCUSSIE .....	19
CONCLUSIE .....	24
AANBEVELINGEN .....	26
REFERENTIES .....	28
DANKWOORD.....	29
BIJLAGE .....	30

## Samenvatting

Het geven van volledige borstvoeding bevordert de gezondheid van zowel moeder als kind. De WHO (World Health Organisation) adviseert daarom baby's tenminste de eerste twee jaar borstvoeding te geven, waarvan de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding. Om eerstelijns verloskundigen aanbevelingen te kunnen doen ten aanzien van het verbeteren van de zorgverlening rondom borstvoeding, is er in dit onderzoek gekeken naar de mate van tevredenheid over de duur van de borstvoeding.

Van de 1309 aan het Wee.nl onderzoek deelnemende vrouwen hadden 1033 (79%) zich voorgenomen borstvoeding te geven.

Uiteindelijk hadden 677 (66%) vrouwen daadwerkelijk een periode volledige borstvoeding gegeven, 190 (18%) een periode borstvoeding gecombineerd met flesvoeding. Deze discrepantie laat zich verklaren door de gekozen relatieve oververtegenwoordiging in deze studie van het aantal vrouwen dat een sectio cesarea heeft ondergaan.

De tevredenheid over de duur van de borstvoeding bleek verdeeld: 51% had langer willen geven en 49% vond dat ze lang genoeg gegeven hadden. De meest voorkomende redenen om de borstvoeding te staken waren: niet genoeg melk, niet genoeg gewichtstoename, honger, moeilijk te voeden.

Daarnaast ervaren meer dan de helft van de vrouwen (die aangaven langer borstvoeding te willen geven) een mate van teleurstelling. De meerderheid van hen bleek teleurgesteld over de duur die ze zelf gevoed hebben. Een klein deel daarentegen bleek opgelucht, slechts 1 op de 6 vrouwen was helemaal tevreden met de duur die ze zelf gevoed hebben.

Als verloskundige en andere zorgverleners dient men hier alert op zijn bij het begeleiden van de borstvoeding.

## Inleiding

Het geven van volledige borstvoeding bevordert de gezondheid van zowel moeder als kind. De samenstelling van borstvoeding is beter aangepast aan de behoeften van een kind dan die van kunstmatige voeding, in het bijzonder de samenstelling van essentiële aminozuren en de vetzuren en de immunologische eigenschappen van moedermelk, daardoor hebben borstgevoede kinderen onder andere minder vaak infecties en allergieën<sup>5</sup>. Niet alleen op kinderleeftijd, maar ook op volwassen leeftijd wordt hier van geprofiteerd. Borstvoeding heeft niet alleen een gunstige werking op de gezondheid van het kind, ook komt er bij vrouwen die langdurig borstvoeding gegeven hebben, minder borst- en ovariumkanker voor en is de incidentie van osteoporose op oudere leeftijd lager<sup>4</sup>. Ook geldt: hoe langer een vrouw haar kind gevoed heeft, des te kleiner de risico's op de bovengenoemde aandoeningen<sup>4</sup>. De WHO (World Health Organisation) adviseert daarom baby's tenminste de eerste twee jaar borstvoeding te geven, waarvan de eerste zes maanden uitsluitend borstvoeding<sup>6</sup>. In Nederland behoort het aantal vrouwen dat volledige borstvoeding geeft tot één van de lagere percentages in vergelijking met de percentages vrouwen dat volledige borstvoeding geeft elders in de wereld<sup>5</sup>.

De meerderheid van de Nederlandse moeders start met borstvoeding, maar stopt al binnen drie maanden, de grootste groep al na één maand. Gezien de toenemende gezondheidsvoordelen bij langere borstvoedingsduur, is nog veel gezondheidswinst te behalen door te bevorderen langer borstvoeding te geven naast het bevorderen van het starten<sup>9</sup>. De laatste jaren stijgt het aantal moeders dat borstvoeding geeft. In 2003 startte 75%, in 2005 startte 76% en in 2007 was dit 77% van alle moeders<sup>15</sup>. Tijdens de eerste levensmaand vindt een sterke daling plaats, aan het einde van deze maand krijgt nog maar 54% van de kinderen uitsluitend borstvoeding. Nog steeds krijgt een minderheid van de zuigelingen in Nederland uitsluitend borstvoeding bij drie en zes maanden (35% respectievelijk 25%). Wel was in 2005 een verdere stijging te zien van het percentage op de leeftijd van zes maanden ten opzichte van de jaren daarvoor. Deze percentages borstgevoede zuigelingen zijn nog altijd laag in vergelijking met die in de Scandinavische landen, Duitsland en Italië, landen waarmee ons land wat betreft gezondheidstoestand en zorg vergelijkbaar is<sup>9</sup>.

Opvallend is de grote daling van 25% in de eerste levensmaand van het kind. Juist gedurende deze periode is de eerstelijns verloskundige nog betrokken bij het gezin. Een belangrijke taak van de verloskundige is het tijdig signaleren van problemen, zowel tijdens de zwangerschap en de bevalling, als tijdens het kraambed. Verloskundigen streven ernaar dat het advies van de WHO nageleefd kan worden<sup>1</sup>. Daarom is het van belang dat inzicht verkregen wordt in verschillende aspecten rondom het stoppen met het geven van borstvoeding. We vergelijken daartoe 4 soorten studies.

1 Uit een onderzoeksrapport van TNO, verschenen in 2007, blijkt dat de voornaamste redenen voor het stoppen met volledige borstvoeding in de eerste levensmaand zijn: het hebben van te weinig melk, te pijnlijke voedingen en een slechte drinktechniek van het kind (TNO-rapport 2007, Lanting/ van Wouwe). De voornaamste reden die wordt aangedragen voor het stoppen met volledige borstvoeding na de eerste maand en vóór de vierde maand is het hebben van te weinig melk en het hervatten van de werkzaamheden. Ook <sup>9</sup> deed onderzoek naar de redenen voor het stoppen met het geven van volledige borstvoeding. Hieruit werd geconcludeerd dat moeders die waren gestart met uitsluitend borstvoeding en die kunstvoeding introduceerden vóór drie maanden, als belangrijkste motieven noemden: "de borstvoeding verminderde", "de borstvoeding was pijnlijk", "de baby huilde teveel" en "kunstvoeding is beter te combineren met werk". Niet alleen de redenen die gegeven worden voor het stoppen met het geven van borstvoeding zijn interessant voor eerstelijns verloskundigen, ook is het van groot belang wat dit stoppen doet met de gemoedstoestand van de vrouw, en wat haar gevoelens en ervaringen zijn met het geven van borstvoeding op het moment zelf en later. Verwacht wordt, dat vrouwen die eerder stoppen met het geven van borstvoeding dan zij zich voorgenomen hadden, in meer of mindere mate een gevoel van teleurstelling kunnen ervaren.

2 Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat slechte eerdere ervaringen voor bijna 20% van de vrouwen een reden is om bij een volgend kind zelfs helemaal niet aan borstvoeding te beginnen. Het lijkt dus van groot belang dat vrouwen naar tevredenheid borstvoeding geven en hier geen negatieve gevoelens aan overhouden.

3 Uit een inventarisatie naar het geven van borstvoeding, uitgevoerd in Zeeland in 2003, kwam naar voren dat een goede begeleiding, gedurende de eerste dagen door de kraamverzorgende, een van de belangrijkste succesfactoren om door te gaan met het geven van borstvoeding. Ook steun van de partner en van de omgeving en het vergroten van de eigen effectiviteit door bevestiging te zoeken en te krijgen bij onzekerheid zijn belangrijke succesfactoren voor het volhouden van het geven van borstvoeding.

4 In verschillende andere Nederlandse onderzoeken werden gedragsdeterminanten van het starten of continueren van borstvoeding bestudeerd aan de hand van theorieën rond beredeneerd gedrag. Het blijkt dat attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit de intentie tot het geven van borstvoeding bepalen, en dat deze intentie sterk voorspellend is voor het daadwerkelijk starten met borstvoeding. Het starten met borstvoeding wordt vooral beïnvloed door de attitude (ervaren voor- en nadelen van borstvoeding) en de sociale norm ten opzichte van borstvoeding, terwijl het continueren vooral samenhangt met een hoge eigen effectiviteit en lage sociale steun voor kunstvoeding <sup>9</sup>. Gezien de eigen effectiviteit bij zowel het starten als het continueren een grote rol speelt, is het van belang deze eigen effectiviteit te vergroten. Factoren als onzekerheid en teleurstelling zullen echter een negatieve invloed hebben op de eigen effectiviteit, en dienen dus voorkomen te worden.

Om eerstelijns verloskundigen aanbevelingen te kunnen doen ten aanzien van het verbeteren van de zorgverlening rondom borstvoeding, is het van belang te onderzoeken in welke mate er gevoelens van teleurstelling ontstaan wanneer vrouwen eerder stoppen met het geven van borstvoeding dan zij gehoopt hadden. Ook is het zinvol om te kijken naar een eventuele relatie tussen gevoelens van teleurstelling en de termijn waarop gestopt wordt met het geven van borstvoeding. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat na het stoppen in de eerste maand de hevigste gevoelens van teleurstelling ontstaan, ligt hier een belangrijke taak voor de verloskundige. Wellicht is de mate van teleurstelling te relateren aan de reden die gegeven wordt voor het vroegtijdig staken van de borstvoeding. Deze informatie kan verloskundigen extra alert maken, zodat problematiek tijdig herkend wordt en er adequate handelingen ondernomen kunnen worden vroegtijdig stoppen te voorkomen.

## Vraagstelling

### *Hoofdvragen:*

1. Verschillen de maternale kenmerken (leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, pariteit en ervaring met het geven van borstvoeding) en de kenmerken ten aanzien van de partus (type partus, plaats van de partus en plaats van het kraambed) bij vrouwen die langer borstvoeding hadden willen geven (groep 1) ten opzichte van vrouwen die lang genoeg borstvoeding hebben gegeven (groep 2)?
2. Verschilt de mate van teleurstelling van vrouwen die korter dan één maand voedden ten opzichte van vrouwen die langer dan één maand voedden?
3. Welke redenen voor het stoppen met het geven van borstvoeding, worden er gegeven door vrouwen uit groep 1, die vóór de eerste levensmaand stopten, en welke redenen geven vrouwen uit groep 1 die na de eerste levensmaand stopten met het geven van borstvoeding?

Om bovenstaande hoofdvragen te beantwoorden, zullen eerst de volgende deelvragen beantwoord worden:

### *Deelvragen:*

- Hoeveel vrouwen hadden gepland borstvoeding te gaan geven en hoeveel vrouwen hebben daadwerkelijk borstvoeding gegeven?
- Hoeveel vrouwen hadden langer borstvoeding willen geven, en hoeveel vrouwen vinden dat zij lang genoeg borstvoeding hebben gegeven?
- Hoeveel vrouwen uit groep 1 hebben korter dan één maand borstvoeding gegeven, en hoeveel vrouwen gaven langer dan een maand borstvoeding?

## **Methode**

### *Onderzoek Wee.nl*

Voor een verkennend onderzoek naar de ervaring van moeders met het geven van borstvoeding is gebruik gemaakt van gegevens van het retrospectief onderzoek naar tevredenheid/welbevinden van moeders die in 2001 bevallen zijn (Wee.nl). Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Midwifery Student Research Collaborative Amsterdam (MSRCA) van de Verloskunde Academie te Amsterdam (VAA) in samenwerking met TNO Preventie en Gezondheid. Het onderzoek Wee.nl is ontworpen op basis van een bestaande vragenlijst naar welbevinden en ervaringen gerelateerd aan de wijze van bevallen in Groot-Brittannië (Greater Expectations). Voor Wee.nl is een vragenlijst ontworpen geschikt voor het Nederlandse verloskundige systeem. Uit de antwoorden wordt de primaire onderzoeksvraag bestudeerd:

“Is er een relatie tussen de wijze van bevallen en de tevredenheid en het welbevinden onder vrouwen 3 jaar postpartum?”

De vragenlijst van Wee.nl (Bijlage 1) is opgebouwd uit twaalf secties over verschillende onderwerpen. Deze twaalf items zijn:

- A Vragen over (de verzorging van) het kind;
- B Andere zwangerschappen en kinderen;
- C De zwangerschap en bevalling van het kind geboren in 2001;
- D Keizersnede;
- E Weeën;
- F Ingrepen tijdens de bevalling;
- G Pijn tijdens de bevalling;
- H Begeleiding bevalling;
- I De kraamtijd;
- J Gezondheid van de vrouw;
- K Ervaringen met de geboorte van familie/vrienden;
- L Over de vrouw zelf.

Iedere sectie bevat een aantal vragen, open- en multiple choice vragen. Er wordt gevraagd naar de tevredenheid over de boven opgesomde 12 gebeurtenissen/interventies. Aan het einde van elke sectie is ruimte voor opmerkingen over het betreffende onderwerp, waarvan de antwoorden gecategoriseerd worden. De gegeven antwoorden worden vervolgens gescoord en verwerkt. De vragenlijst is getest door middel van een pilot onder 16 moeders en waar nodig aangepast. Omdat welbevinden en tevredenheid gemeten wordt door middel van twee gevalideerde scoringslijsten (de Rosenburgh Self Esteem Scale en de Edinburgh Postnatal Depression scale) is de validiteit van het onderzoek gewaarborgd.



### *Populatie*

De vragenlijst is verstuurd naar moeders, bevallen in 2001, indien zij op enig moment tijdens hun zwangerschap, baring of kraambed onder begeleiding van de verloskundige staan. Op deze wijze worden ook vrouwen bereikt die een (groot) deel van hun verloskundige zorg in de 2e lijn heeft gekregen. Hiermee zijn gegevens verzameld van zowel low-, middel- als highrisk zwangeren. De deelnemende verloskundigenpraktijken zijn willekeurig uit het bestand van de Koninklijke Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) geselecteerd, waarbij een verdeling gemaakt is op basis van urbanisatiegraad:

- Stedelijk => 2500 adressen/km<sup>2</sup>
- Half stedelijk = 1000-2500 adressen/ km<sup>2</sup>
- Platteland =< 500-1000 adressen/ km<sup>2</sup>

Uitgaand van een respons van 50% van de praktijken en gemiddeld 400 zorggevallen per praktijk zijn uiteindelijk 18 verloskundigen praktijken aangeschreven en vervolgens twee weken later telefonisch benaderd voor deelname. Uit het archief van de participerende praktijken zijn de cliënten opgezocht die bevallen zijn in 2001. Om inzicht te krijgen in de groep non-responders is van de verloskundige medische kaart de pariteit, de wijze van bevallen (spontaan of kunstverlossing) en de verantwoordelijke zorgverlener overgenomen (inclusie criteria). De representativiteit van de uiteindelijke steekproef is vervolgens vergeleken met gecombineerde LVR 1 en 2 gegevens. De verloskundige van de praktijk tekende een toestemmingsformulier voor gebruik van haar cliëntenbestand welke werd meegestuurd naar de aangeschreven cliënten. Uitgesloten van onderzoek zijn zwangeren met een IUVD, een perinatale sterfte of waarvan de verloskundige wist dat het kind in de afgelopen drie jaar is overleden (exclusie criteria). De cliënten kregen de vragenlijst thuis gestuurd met 2 begeleidende brieven. In de begeleidende brief werd vervolgens uitleg gegeven over het onderzoek. De cliënt kon zelf beslissen of ze al dan niet bereid was deel te nemen aan het onderzoek door de vragenlijst wel of niet in te vullen en te retourneren. De tweede brief is de brief waarin de praktijk aangaf toestemming te hebben gegeven voor medewerking aan het onderzoek. Op het moment dat de cliënt de vragenlijst terugstuurt gaf zij hiermee te kennen dat zij akkoord is gegaan met deelname aan het onderzoek. De gegevens van cliënten zijn anoniem verwerkt en niet gekoppeld aan verloskundigenpraktijken. De gegevens zijn dus niet terug te leiden naar een persoon, plaats en/of praktijk.

### *Statistische methode*

Om voldoende cases voor de primaire uitkomstmaat namelijk de wijze van bevallen (spontaan, kunstverlossing en sectio) te krijgen is getracht een vergelijkbaar aantal te verkrijgen met de uiteindelijke steekproef uit het Engelse onderzoek. Het percentage sectio's in Nederland is 13%. Voor dit verschil is later, bij de verwerking van de data, gecorrigeerd. Er zijn in dit onderzoek geen reminders verstuurd. Data-invoer werd gedaan door een daartoe gespecialiseerd data-entry bedrijf. De data zijn vervolgens ingevoerd in een SPSS bestand. De data-analyse werd vervolgens gedaan door studenten van de VAA met behulp van SPSS

onder begeleiding van Drs Yvonne Schönbeck van TNO preventie en gezondheid. Op basis van een verwachte respons van 40% na eenmalig aanschrijven van 3000 vrouwen zouden 195 cases met een sectio worden verkregen. Uitgaande van 80 % power en een significantieniveau van 0.05 %, kan dan een verschil in het percentage tevredenheid in de sectio-groep van minimaal 12,9 procent hoger of lager dan het percentage tevredenheid in de sectiogroep uit Engeland worden aangetoond met behulp van tweezijdige toetsing met de Chi kwadraat test.

### *Deelonderzoek*

#### Populatie

Om iets te kunnen zeggen over het verschil tussen de intentie en de uitvoering van de moeders die borstvoeding willen geven is het noodzakelijk eerst te kijken naar de gehele onderzochte populatie. De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit vrouwen die op voorhand de intentie hadden om hun kind borstvoeding te geven. Hiervoor werd in de totale onderzoeksgroep een eerste verdeling gemaakt, namelijk die tussen vrouwen die wel de intentie hadden borstvoeding te gaan geven en vrouwen die dit niet wilden. Vervolgens is bekeken welke voeding de vrouwen die de intentie hadden borstvoeding te geven, uiteindelijk borstvoeding gegeven hebben. Vraag A13 t/m A15 geven informatie over de planning van de borstvoeding. Vragen A 19 en A 20 gaan over uitvoering van de borstvoeding.

De selectie van de populatie is in figuur 1 weergegeven.

#### Dataverzameling

Voor dit verkennend onderzoek worden verschillende uitkomsten van Wee.nl geselecteerd en gecombineerd zodat uit reeds bestaande gegevens nieuwe conclusies kunnen worden getrokken. Het hier beschreven onderzoek beperkt zich tot de secundaire uitkomstmaten die borstvoedingsgerelateerd zijn. Hiervoor zijn de antwoorden die vrouwen gegeven hebben op vraag A 13 t/m A 20 geanalyseerd. (Zie bijlage 1 voor de vragenlijst).

#### Planning en uitvoering borstvoeding

Er is gekeken naar een mogelijke discrepantie tussen de planning en intentie van het geven van borstvoeding en de daadwerkelijke uitvoering hiervan.

#### Ervaring van de duur

Voor de ervaring van de duur is vervolgens de groep vrouwen die ook daadwerkelijk volledige borstvoeding gegeven heeft opgedeeld in twee subgroepen; vrouwen die liever langer borstvoeding hadden willen geven (groep 1) en vrouwen die vinden dat zij lang genoeg borstvoeding hebben gegeven (groep 2). De vergelijking tussen deze beide groepen zal inzicht geven in de voor dit onderzoek opgestelde vraagstelling.

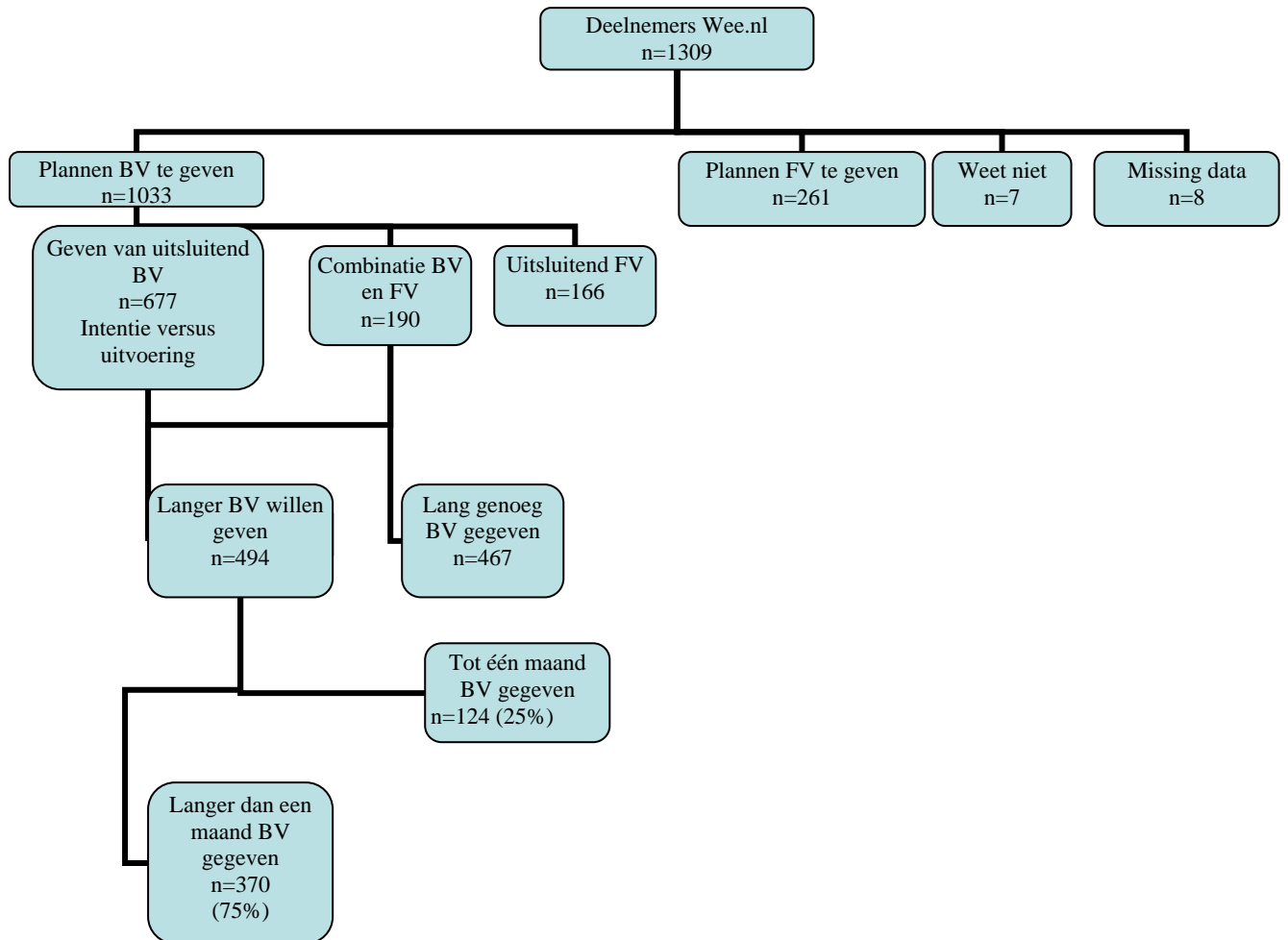
De volgende kenmerken van beide groepen worden vergeleken: kenmerken van de moeder (leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, pariteit en ervaring met het geven van borstvoeding) en kenmerken van de partus (type partus, plaats van de partus en plaats van het kraambed). Bovengenoemde kenmerken zijn door de onderzoekers van Wee.nl in categorieën geplaatst. Deze categorieën zijn voor de resultaten van tabel 6 overgenomen.

Tenslotte is er een verdeling gemaakt op basis van de termijn waarop de borstvoeding gestaakt is, te weten: korter dan een maand, en langer dan een maand, zodat hier een relatie kan worden gelegd met de mate van teleurstelling die de moeders ervaren. Hiervoor zijn de gegevens van alle vrouwen die liever langer borstvoeding hadden gegeven geanalyseerd. Wat betreft de mate van teleurstelling is gebruik gemaakt van 4 antwoordcategorieën, te weten: zeer teleurgesteld, een beetje teleurgesteld, maakt niets uit en opgelucht. Verder is gekeken op welke termijn gestopt wordt met het geven van borstvoeding, en welke redenen hiervoor worden aangedragen.

#### Toetsing

Om de significantie van de verkregen resultaten te toetsen is er gebruik gemaakt van de chi-kwadraat toets. Met deze toets kan onderzocht worden of de gevonden verschillen in de resultaten op toeval berusten. De chi-kwadraat test is toegepast op de gemoedstoestand van vrouwen die langer hadden willen voeden, bij het stoppen van de borstvoeding binnen één en na de eerste levensmaand van het kind. Om de toetsing mogelijk te maken zijn de resultaten voor deze variabele gedichotomiseerd. Dit houdt in dat de 4 categorieën geoperationaliseerd zijn tot 2 categorieën. De categorieën zeer teleurgesteld en een beetje teleurgesteld zijn samen genomen tot één categorie, en maakt niets uit en opgelucht zijn ook samen genomen tot één categorie.

De variabele "gemiddelde leeftijd" is met een onafhankelijke t-test getoetst. Voor de overige maternale kenmerken is gebruik gemaakt van "binaire univariate logistische regressie analyse" om significantie aan te tonen.



Figuur 1.  
Selectie van populatie voor het verkennend onderzoek.

## Resultaten

Van de 1309 aan het Wee.nl onderzoek deelnemende vrouwen hadden 1033 vrouwen (79%) zich voorgenomen borstvoeding te gaan geven, 261 vrouwen (20%) hadden zich voorgenomen flesvoeding te gaan geven, zeven vrouwen (1%) wisten nog niet welke soort voeding ze wilden gaan geven en acht vrouwen hebben de bijbehorende vraag niet ingevuld (*Tabel 1*).

Van de 1033 vrouwen die op voorhand gepland hadden borstvoeding te gaan geven hebben uiteindelijk 677 vrouwen (66%) dit daadwerkelijk gedaan, 190 vrouwen (18%) hebben een combinatie van borstvoeding en flesvoeding gegeven en 166 vrouwen (16%) hebben uitsluitend flesvoeding gegeven (*Tabel 3*).

Uiteindelijk startten van alle 1309 deelnemende vrouwen 683 vrouwen direct post partum (53%) met borstvoeding, 424 vrouwen (32%) startten met flesvoeding en 192 vrouwen (15%) gaven een combinatie van borst- en flesvoeding. Van 10 vrouwen zijn deze gegevens niet compleet (*Tabel 2*).

*Tabel 1: Geplande voeding*

Planning	Aantal	%
Borstvoeding	1033	79
Flesvoeding	261	20
Weet niet	7	1
Missing	8	
Totaal	1309	100

*Tabel 2: Voeding direct post partum*

Uitvoering	Aantal	%
Borstvoeding	683	53
Flesvoeding	424	32
Combinatie	192	15
Missing	10	
Totaal	1309	100

Tabel 3: Daadwerkelijk gegeven voeding indien borstvoeding gepland

BV gepland n=1033	Aantal	%
Borstvoeding	677	66
Flesvoeding	166	16
Combinatie	190	18
Totaal	1033	100

Alle vrouwen die borstvoeding hebben gegeven is gevraagd of zij langer borstvoeding hadden willen geven dan zij gedaan hebben of dat zij naar eigen zeggen lang genoeg borstvoeding gegeven hebben (Tabel 4).

Tabel 4: Tevredenheid over de duur van de borstvoeding

Tevredenheid over de duur	Aantal	%	
Langer BV willen geven	494	51	Groep 1
Lang genoeg BV gegeven	467	49	Groep 2
Totaal	961	100	

Tabel 5: Duur van de borstvoeding bij vrouwen uit groep 1

Duur van de borstvoeding	Aantal	%
Korter dan een maand	124	25
Langer dan een maand	370	75
Totaal	494	100

Van de vrouwen die borstvoeding hebben gegeven waren 467 vrouwen (49%) tevreden over de duur van de borstvoeding (groep 2) en hadden 494 vrouwen (51%) langer borstvoeding willen geven (groep 1). Van de vrouwen uit groep 1 had 25% minder dan één maand borstvoeding gegeven en 75% langer dan één maand borstvoeding gegeven.

Hoogopgeleide vrouwen hebben een 2,82 maal zo grote kans op lang genoeg borstvoeding te hebben gegeven ten opzichte van laagopgeleide vrouwen (95% CI 1,93- 4,11). Voor vrouwen die in de middensector zijn opgeleid was de OR 1,43 (95% CI 0,98- 2,09), net niet significant. Het aantal primiparae in groep 1 betrof 203 vrouwen (47%), tegenover 275 vrouwen (59%) in groep 2. In groep 1 bevielen minder vrouwen thuis dan in groep 2, respectievelijk 162 vrouwen (33%) en 190 vrouwen (41%). Er is significant 30

% meer kans op lang genoeg borstvoeding te hebben gegeven indien er sprake was van een thuispartus, vergeleken met een bevalling in het ziekenhuis. De andere kenmerken van de vrouwen uit groep 1 en 2 zijn te vinden in *Tabel 6*.

Tabel 6: Kenmerken van vrouwen uit groep 1 (langer BV willen geven) en groep 2 (lang genoeg BV gegeven)

	Groep 1		Groep 2		Unadjusted OR	95% CI
	n = 494	%	n = 467	%		
<b>Leeftijd moeder</b>	Mediaan 30,52 Range 17,47-45,52					
	Gem. 34.4		Gem. 35.6			
<b>Etniciteit</b>						
Nederlandse	464	94	436	94	*	
overige	29	6	28	6	1.01	0.59-1.74
Missing	1		3			
<b>Opleidingsniveau</b>						
Laag	101	20	54	12	*	
Midden	222	45	165	35	1.43	0.98-2.09
Hoog	171	35	244	53	2.82	1.94-4.11
<b>Pariteit</b>						
Primi's	230	47	275	59	*	
Multi's	264	53	191	41	1.15	0.89-1.47
<b>Ervaring met BV</b>						
Eerste kind dat BV krijgt	257	52	249	53	*	
Eerder ervaring met geven van BV	237	48	218	47	1.12	0.87-1.44
<b>Type partus</b>						
Vaginaal	427	86	421	90	1.39	0.93-2.09
Keizersnede	67	14	46	10	*	
<b>Plaats partus</b>						
Thuis	162	33	190	41	1.30	1.00-1.70
Ziekenhuis	332	67	277	59	*	
<b>Plaats kraambed</b>						
Thuis	256	53	274	59	*	
Ziekenhuis	26	5	17	4	0.66	0.35-1.27
Beiden	203	42	173	37	0.88	0.68-1.15
Missing	9		3			

\*= referentie groep



Van de vrouwen uit groep 1 die korter dan een maand borstvoeding gegeven hebben, is 59% een beetje of zeer teleurgesteld na het stoppen met het geven van borstvoeding. Slechts 14% maakte het niet uit en een 27% van deze vrouwen gaf aan opgelucht te zijn. Van de vrouwen uit groep 1 die langer dan een maand borstvoeding gegeven hebben, ervoer 70% teleurstelling in meer of mindere mate na het stoppen met het geven van borstvoeding, 15% van deze vrouwen maakte het niets uit en eveneens 15% was opgelucht. Wanneer deze uitkomsten worden gedichotomiseerd zal blijken dat 59% van de vrouwen uit groep 1, die binnen één maand stopten met het geven van borstvoeding, een gevoel van teleurstelling ervaart na het stoppen en dat 41% van deze vrouwen hierna niet teleurgesteld is. Van de vrouwen die langer dan één maand borstvoeding gegeven hebben is 70% teleurgesteld is na het stoppen met het geven van borstvoeding en 30% ervaart hierna geen gevoel van teleurstelling. De vrouwen uit groep 1 die langer dan een maand borstvoeding gegeven hebben, bleken significant vaker in meer of mindere mate teleurgesteld na het stoppen met het geven van borstvoeding dan vrouwen die korter dan een maand hebben gevoed. (Tabel 7).

*Tabel 7: Gemoedstoestand van vrouwen uit groep 1, bij het stoppen van de borstvoeding binnen één en na de eerste levensmaand.*

	Korter dan één maand BV gegeven		Langer dan één maand BV gegeven		p-waarde
	n	%	n	%	
<b>Zeer teleurgesteld &amp; beetje teleurgesteld</b>	73	59	260	70	0.03
<b>Maakt niets uit &amp; opgelucht</b>	51	41	110	30	

Vrouwen die borstvoeding hebben gegeven werd gevraagd naar de redenen van het stoppen met het geven van borstvoeding. Het was mogelijk per persoon meerdere redenen in te vullen. De antwoorden van de vrouwen uit groep 1 zijn in *tabel 8* gecategoriseerd weergegeven.

Voor zowel de vrouwen die korter dan één maand borstvoeding gegeven hebben, als voor de vrouwen die langer dan één maand borstvoeding gegeven hebben, zijn de aspecten uit categorie 1 de meest gegeven redenen om te stoppen met het geven van borstvoeding. In de groep vrouwen die korter dan een maand borstvoeding gegeven heeft staat categorie 2 met 18% op de tweede plaats. Het ziek zijn van moeder en/of kind, categorie 4, staat met 16% op de derde plaats. Bij de groep vrouwen die langer dan een maand borstvoeding gegeven hebben staat categorie 5 met 22% op de tweede plaats en categorie 4 met 19% op de derde plaats (*Tabel 8*).

Tabel 8: Redenen groep 1 voor het stoppen van de borstvoeding binnen en na één maand na de bevalling

	Korter dan 1 maand n=167		Langer dan een maand n=430	
Categorieën	Absolute aantallen	Procentueel	Absolute aantallen	Procentueel
1. Niet genoeg melk, niet genoeg gewichtstoename, honger, moeilijk te voeden	97	58	175	41
2. Te pijnlijk, genoot er niet van	30	18	25	6
3. Lang genoeg, goed voor mij, vrijheid, lijf in conditie	2	1	17	4
4. Ziek zijn van moeder en / of kind	27	16	81	19
5. Weer aan het werk, te weinig tijd, zodat andere kunnen voeden	6	4	94	22
6. Kind stopte van nature, hilde veel, kreeg tanden	0	0	20	5
7. Psychisch, emotioneel zwaar, stress onzekerheid	5	3	11	3
8. Advies van derden, slechte begeleiding	0	0	7	2
Totaal	167	100	430	100

## Discussie

Het onderzoek Wee.nl, waarbinnen deze verkennende studie is uitgevoerd, beoogt inzicht te verkrijgen in de manier waarop vrouwen zwangerschap, bevalling en kraamperiode beleven. Ook de beleving van de borstvoedingsperiode is bevraagd, hiertoe beperkt dit onderzoek zich.

Vrouwen hebben een positieve instelling ten aanzien van borstvoeding. Meer vrouwen plannen borstvoeding te gaan geven dan de praktijk laat zien en bovendien blijkt de helft van de vrouwen langer borstvoeding te willen geven. Meer vrouwen hadden zich voorgenomen borstvoeding te geven dan in werkelijkheid gebeurd is. De intentie blijkt groter dan de daadwerkelijke uitvoering (Tabel 1-3).

De discrepantie tussen het aantal vrouwen dat zich voorgenomen had borstvoeding te geven en het aantal dat er daadwerkelijk mee gestart is, zou zich kunnen laten verklaren door de relatieve oververtegenwoordiging van het aantal vrouwen dat een sectio cesarea heeft ondergaan. Dit is echter in deze onderzoekspopulatie niet significant gebleken.

Het onderzoek Wee.nl probeert inzicht te bieden in verschillende soorten partus. Om hier voldoende power bij te verkrijgen heeft men een groter aantal sectio's geïnccludeerd. Bij het interpreteren van de cijfers moet daarom rekening worden gehouden met de oververtegenwoordiging van het aantal sectio cesarea. Dit verklaart mogelijk waarom zoveel vrouwen de intentie om borstvoeding te geven, niet werkelijk hebben kunnen uitvoeren. Uit literatuur is immers bekend dat vrouwen een langere herstelfase hebben na een sectio en dat dit een negatieve invloed heeft op het geven van borstvoeding<sup>11</sup>. Bij een sectio zijn moeder en kind direct postpartum gescheiden en is er niet altijd de mogelijkheid om binnen het eerste uur na de geboorte het kind aan te leggen<sup>13</sup>. Veel ziekenhuizen kennen dit probleem en proberen verbeteringen door te voeren<sup>13</sup>. Ook kan een lactatiekundige een belangrijke rol vervullen in dergelijke situaties<sup>13</sup>. Het relatief hoge percentage sectio cesarea in de groep die de intentie had borstvoeding te geven is een gedeeltelijke verklaring voor het voor het niet starten van de borstvoeding. Mogelijke andere verklaringen zijn een moeizame baring, kunstverlossing, onvoorziene overdracht tijdens de baring en een fluxus postpartum. Omdat er voor dit verkennend onderzoek gewerkt is binnen het onderzoek van Wee.nl, zijn cijfers met betrekking tot bovengenoemde variabelen niet beschikbaar. Dit is een beperking van het onderzoek wat tot vertekening van de resultaten kan hebben geleid. Niet alleen uit dit onderzoek, maar ook uit andere onderzoeken blijkt dat onzekerheid over de hoeveelheid melk en over de groei van het kind de meest voorkomende reden is om te stoppen met het geven van borstvoeding<sup>1,2,4</sup>. Pathologische onderproductie komt echter maar zelden voor. Blijkbaar is de ervaring anders dan de realiteit en ligt hier mogelijk een kennishiaat aan ten grondslag.

De duur van de borstvoeding gemeten in deze studie komt grofweg overeen met resultaten uit vergelijkbaar onderzoek<sup>1</sup>. Helaas waren deze resultaten niet in weken te specificeren. Uit onderzoek is gebleken dat de gemiddelde borstvoedingsduur in Nederland bij zes weken ligt en dat men vervolgens overstapt op

flesvoeding<sup>1-3</sup>. De voornaamste redenen die worden beschreven zijn; het niet hebben van (genoeg) melk en te weinig gewichtstoename van het kind (Tabel 8).

Van de vrouwen die binnen een maand stopten met het geven van borstvoeding gaf ruim 27% aan opgelucht te zijn over de duur van de borstvoeding. Deze opgeluchte vrouwen hebben naar waarschijnlijkheid geen plezier beleefd aan het geven van borstvoeding. Dit zou een mogelijke reden kunnen zijn om bij een volgend kind geen borstvoeding meer te willen starten<sup>1-3</sup>. Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de intentie van vrouwen om borstvoeding te gaan geven groot is, maar dat men lang niet altijd tevreden is over de duur van de borstvoeding.

### *Vragenlijst*

Het onderzoek kent enkele zwakke punten met betrekking tot de vragenlijst. Voor deze studie naar het welbevinden van vrouwen die langer borstvoeding hadden willen geven, is gebruik gemaakt van gegevens die werden verkregen door middel van de oorspronkelijke vragenlijst van Wee.nl. De vragenlijst is dus niet specifiek voor dit onderzoek ontwikkeld. Dit maakt dat de formulering van de vragen niet voor het analyseren van alle onderzoeksvariabele even geschikt was. Zo werd er bijvoorbeeld middels een open vraag naar de reden van het stoppen met de borstvoeding gevraagd. De antwoorden die de vrouwen gaven, dienden te worden ingedeeld in acht, door TNO geformuleerde categorieën. Bij het verwerken van de resultaten was het niet altijd makkelijk om de gegeven antwoorden in een van deze categorieën te plaatsen en is interpretatie van de dataverwerker mogelijk van invloed geweest. Dit kan hebben geleid tot informatiebias. Ook zijn er door sommige deelnemers meerdere antwoorden gegeven. Omdat er op een open manier is doorgevraagd naar de reden van stoppen met de borstvoeding, is toetsing ook niet mogelijk. Wanneer enkel gebruik was gemaakt van gesloten vragen met voldoende antwoordmogelijkheden, waren de resultaten beter vergelijkbaar geweest. Ook is er enige onduidelijkheid over wat wordt verstaan onder het stoppen met borstvoeding. Wanneer kunstvoeding geïntroduceerd wordt, wordt er immers gestopt met het geven van volledige borstvoeding, maar ook het moment waarop het kind nog enkel flesvoeding krijgt, kan geïnterpreteerd zijn als het stopmoment. Bovendien is de vraag naar de termijn van het stoppen met de borstvoeding dusdanig geformuleerd dat er weinig uit herleid kan worden. De vraag luidde: "Na hoeveel weken/maanden bent u ongeveer gestopt met het geven van borstvoeding?" De dataverwerker kan het ingevulde getal op verschillende manieren interpreteren wat het lastig maakt iets te zeggen over de termijn waarop de volledige borstvoeding gestaakt is.

Verder moet worden opgemerkt dat de vrouwen gevraagd is de vragenlijst drie jaar post partum in te vullen. Onderzoek wijst uit dat het vragen naar ervaring met borstvoeding valide en betrouwbaar is als dit binnen drie jaar postpartum gebeurt<sup>9</sup>. Desalniettemin kunnen in drie jaar tijd gevoelens van mensen over een bepaalde gebeurtenis door vele factoren beïnvloed worden. Dit maakt dat de herinnering aan een

gebeurtenis niet altijd accuraat is. In literatuur staat beschreven dat het per persoon verschilt welke coping-strategie er gebruikt wordt en dat dit van invloed zou kunnen zijn op recall van life events<sup>13</sup>. Bovendien zijn sommige deelnemers aan het onderzoek, vóór het invullen van de vragenlijst, weer zwanger geworden en bevallen. Ook dit kan van invloed zijn op de gevoelens over de eerdere ervaring.

### *Populatie*

Om te voorkomen dat vrouwen niet dubbel benaderd of geregistreerd werden is er gebruik gemaakt van het archief van de eerstelijns verloskundige. Om de mensen die hun prenatale en natale zorg in de tweedelijns ontvingen niet te missen zijn ook de losse kraambedden geïnccludeerd. Op deze manier is geprobeerd om een zo groot mogelijke populatie te bereiken. De enige groep die gemist is, is de groep die zowel prenataal, nataal als postnatale zorg in de tweedelijns heeft gekregen. Informatie afkomstig uit deze groep vrouwen had een interessante vergelijking mogelijk gemaakt tussen de begeleiding van de borstvoeding door eerstelijns verloskundige en de verpleegkundige/lactatiekundige in het ziekenhuis gedurende het kraambed. Dit is echter voor dit verkennende onderzoek niet van belang, hoewel het voor het verloskundige beroep zeker interessant kan zijn.

Door praktische overwegingen is in dit verkennend onderzoek niet gekeken naar kenmerken van het kind. Het is mogelijk dat het geboortegewicht en/of opname op de couveuse afdeling van invloed zijn op het al dan niet starten en continueren van de borstvoeding.

Door de deelnemers van het onderzoek een vragenlijst te laten invullen heeft de onderzoeker getracht informatiebias te voorkomen. Bij het invoeren van data blijkt echter dat sommige vragen niet of dubbel zijn beantwoord. De respons op vraag A17 suggereert dat vrouwen die flesvoeding hebben gegeven deze vraag ook beantwoord hebben terwijl dit niet de bedoeling was. Hierdoor is het verschil in groepsgrootte na de verdeling in groep 1 en 2 te verklaren. Hieruit kan ook worden aangenomen dat niet alle vragen duidelijk zijn geweest voor de deelnemende vrouwen.

Opvallend in de resultaten is, dat de groep respondenten voor 94,4% uit Nederlandse vrouwen bestaat. Dit betekent dat de overige 5,6% van niet-Nederlandse afkomst is. Uit cijfers van de LVR blijkt dat 16,4% van de zwangeren in Nederland van niet-Nederlandse afkomst is. Op dit punt, de etniciteit, is de onderzoeksgroep dus niet representatief voor de totale Nederlandse populatie. Hoe dit verschil is ontstaan is niet geheel duidelijk. Aangenomen wordt dat een taalbarrière, analfabetisme en de wijze van selectie hier een rol bij spelen. Het kost meer tijd, moeite en energie om een lange vragenlijst te lezen, begrijpen en in te vullen wanneer het Nederlands niet de moedertaal is.

De etniciteit van de benaderde vrouwen is niet bekend, alleen van de respondenten is informatie verkregen over de afkomst. Er is hierdoor niet na te gaan of de aangeschreven groep een geheel representatieve steekproef was wat betreft etniciteit. Door de ondervertegenwoordiging van andere dan Nederlandse

bevolkingsgroepen kunnen de uitkomsten van dit onderzoek niet gegeneraliseerd worden naar niet-Nederlandse moeders.

Acht, op regio en urbanisatiegraad willekeurig geselecteerde verloskundigenpraktijken uit de bestanden van de KNOV, werd gevraagd om aan het onderzoek deel te nemen, en alle vrouwen onder begeleiding van deze eerstelijns verloskundige werden benaderd om mee te doen. Dit lijkt een valide steekproef waarbij de kans op selectiebias zo klein mogelijk is gehouden. Wel is er sprake van missing data. Bij het verwerken van de resultaten is het opgevallen dat de vragen niet door alle deelnemende vrouwen zijn ingevuld. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd binnen bestaand onderzoek is niet duidelijk waarom er sprake is van missing data, en is er geen mogelijkheid gekregen om hiervoor te corrigeren. Bij het toepassen van de resultaten moet hier rekening mee gehouden worden.

### *Confounders*

Een mogelijke confounder is het psychische welzijn van de kraamvrouw. Vrouwen met psychiatrische problematiek in de anamnese, of die te maken hebben gehad met een postnatale depressie hebben mogelijk een grotere mate van teleurstelling ervaren. Literatuuronderzoek wijst uit dat kenmerken van een depressie onder andere zijn; schuldgevoel, levensmoe, niet kunnen genieten van dingen, teleurgesteld en neerslachtig zijn<sup>14</sup>. Hieruit kan worden aangenomen dat het psychische welzijn en historie van een kraamvrouw een mogelijke confounder is. Bij deze vrouwen is het dan lastig te bepalen of en in hoeverre het mislukken van de borstvoeding de reden is voor het gevoel van teleurstelling.

Een fluxus postpartum door bijvoorbeeld een placenta accreta kan ook de oorzaak zijn voor het later opgang komen van de borstvoeding<sup>9</sup>. Ook de herstelperiode na een fluxus is langer, wat mogelijk ook invloed heeft op de gemoedstoestand van de moeder. Gegevens hierover ontbreken in dit onderzoek.

Het ervaren van een life-stress-event kan van invloed zijn op het stoppen van de borstvoeding en de gemoedstoestand van de moeder. Uit het onderzoek: "Maternal psychosocial well being in pregnancy and breastfeeding duration", is gebleken dat het stoppen met borstvoeding vóór de vierde levensmaand van het kind, significant vaker voorkomt bij zwangeren die een life-stress-event bij 18 en 34 weken amenorroeduur ervaren. De life-stress-events die significant bijdragen aan het stoppen met borstvoeding zijn echtscheidingen, financiële problemen en verhuizingen<sup>7</sup>.

Het continueren van de borstvoeding hangt sterk samen met ondersteuning van de partner<sup>10</sup>. Vrouwen die goed over hun gevoelens kunnen praten met hun partner zijn minder snel geneigd tot het stoppen met de borstvoeding<sup>7</sup>. Omdat dit onderzoek deel uitmaakt van eerder onderzoek waarin sociale steun niet is onderzocht, missen er gegevens over ondersteuning van de partner en is dit mogelijk ook een confounder. Uit literatuur is bekend dat maternale leeftijd, burgerlijke status, opleidingsniveau en roken tijdens de zwangerschap voorspellende variabelen zijn voor het stoppen met borstvoeding<sup>7,8</sup>. Wat betreft opleidingsniveau laat dit onderzoek zien dat bij een laag opleidingsniveau, de kans groter is dat de

borstvoedingsperiode voortijdig wordt beëindigd. Ook de plaats van de partus is significant van invloed op de borstvoeding. Bij een thuispartus is er 30 % meer kans om naar moeders idee lang genoeg borstvoeding te hebben gegeven in vergelijking tot bij een ziekenhuisbevalling. Dit laat zich mogelijk verklaren door vertrouwde omgeving waarin moeder zich bevindt. Thuis voelt men zich eerder op zijn gemak waardoor het ontspannen makkelijker gaat wat bevorderlijk is voor het geven van borstvoeding. Een andere mogelijke verklaring is dat er na een partus thuis toch meer rust is vergeleken met in een ziekenhuis, waarbij er personeel vaker in en uit de verloskamer loopt om zo goed mogelijke zorg aan moeder en kind te geven. Dit onderbreekt mogelijk de rust die er voor het welslagen en uiteindelijk continueren van de borstvoeding nodig is. Waarschijnlijk is ook het grotere aantal medische interventies in het ziekenhuis een reden voor bovenstaand feit. Over het algemeen verloopt een thuispartus minder gecompliceerd, wat het geven van borstvoeding kan vergemakkelijken. Bovenstaande variabelen zijn bivariaat getoetst, waardoor geen correctie voor confounders heeft plaats-gevonden. Een multivariate toetsing had voor de invloed van mogelijke confounders kunnen corrigeren, maar dit was gezien de onderzoeksvaardigheden van de analist, niet mogelijk.

## Conclusie

Van de 1309 deelnemende vrouwen hadden 1033 vrouwen zich voorgenomen borstvoeding te gaan geven. Uiteindelijk is van de totale onderzoekspopulatie ruim de helft gestart met borstvoeding. Van de vrouwen die van plan waren borstvoeding te gaan geven, heeft het grootste deel dit daadwerkelijk gedaan.

Ruim helft van de vrouwen heeft aangegeven dat zij liever langer borstvoeding had willen geven, iets minder dan de helft van de vrouwen vond dat zij lang genoeg gevoed had.

Van de vrouwen die langer borstvoeding hadden willen geven, stopten een kwart binnen de eerste levensmaand van het kind met het geven van borstvoeding. Het merendeel van de vrouwen heeft echter langer dan een maand borstvoeding gegeven.

Groep 1 en groep 2 komen qua, etniciteit, ervaring met borstvoeding en de plaats van het kraambed overeen. Groep 1 bestond voor bijna de helft uit primiparae, in groep 2 was het aantal primiparae hoger. Bovenstaande gegevens zijn echter niet statistisch significant. De gemiddelde leeftijd in de twee groepen laat wel een significant verschil zien.

Wat betreft opleidingsniveau is ook statistische significantie gebleken; de vrouwen die tevreden zijn over de duur van de borstvoeding (groep 2) zijn hoger opgeleid dan vrouwen die langer borstvoeding hadden willen geven (groep 1). Ook de plaats van de partus heeft een significante invloed op de tevredenheid over de duur van de lactatieperiode. Vrouwen die thuis zijn bevallen hebben 30% meer kans dat zij vinden dat zij lang genoeg gevoed hebben.

Van de vrouwen uit groep 1 die korter dan een maand borstvoeding hebben gegeven, ervaart het grootste deel een gevoel van teleurstelling na het stoppen met de borstvoeding. Bijna een derde deel van deze vrouwen geeft aan opluchting te ervaren na het stoppen met het geven van borstvoeding. De vrouwen uit groep 1 die langer dan een maand borstvoeding gegeven hebben, zijn vaak in meer of mindere mate teleurgesteld na het stoppen met het geven van borstvoeding. Ook deze gegevens zijn statistisch significant gebleken.

Het hebben van te weinig melk/niet genoeg gewichtstoename van het kind/hongerig kind/moeilijk te voeden kind, is de meest voorkomende reden om te stoppen met het geven van borstvoeding, zowel voor vrouwen die korter dan één maand borstvoeding gegeven hebben, als voor vrouwen die langer dan één maand borstvoeding gegeven hebben. Door vrouwen die korter dan een maand gevoed hebben, wordt het pijnlijk zijn of het niet genieten van de voedingen als tweede belangrijke reden voor het stoppen met het geven van borstvoeding genoemd. Verder is het ziek zijn van moeder of kind voor vrouwen uit deze groep een



veelvoorkomende reden om te stoppen met het geven van borstvoeding. Door vrouwen die langer dan een maand gevoed hebben wordt het weer hervatten van de werkzaamheden als tweede belangrijke reden genoemd voor het stoppen met het geven van borstvoeding. Ook ziek zijn van moeder of kind is bij vrouwen die langer gevoed hebben dan één maand een belangrijke reden om te stoppen met het geven van borstvoeding.

## Aanbevelingen

Uit dit verkennende onderzoek blijkt dat vrouwen graag vaker en langer borstvoeding willen geven, maar dat dit in de praktijk niet gebeurt en dat vrouwen teleurgesteld zijn dat zij niet aan hun eigen verwachtingen voldoen. Naar aanleiding hiervan verdient het aanbeveling om onderzoek te doen naar mogelijke verklaringen voor de discrepantie tussen de voornemens van vrouwen en de uitvoering daarvan als het gaat om het geven van borstvoeding. Een vragenlijst met gesloten vragen en voldoende antwoordmogelijkheden lijkt hiervoor het meest geschikt. Hierbij dient uitgebreid bevraagd te worden welke aspecten van negatieve invloed zijn op de beleving en uitvoering van de borstvoeding en de uiteindelijke duur van de lactatieperiode. Ook is meer kennis nodig over de kritieke momenten in de lactatieperiode, en wanneer en door wie de moeders het liefst begeleiding zouden ontvangen.

Een andere manier om meer inzicht te verkrijgen in bovengenoemde discrepantie is het doen van uitgebreider onderzoek naar wat vrouwen nodig hebben om langdurig en met plezier borstvoeding te geven. Door middel van een kwalitatief onderzoek kan inzicht worden verkregen in motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep. De invloed van sociale ondersteuning en van de zorgverlener zijn interessante aspecten gebleken om uitgebreid te bevragen middels een diepte-interview of enquête. Uit de antwoorden die zijn geanalyseerd van het Wee.nl onderzoek, blijkt dat een aantal vrouwen borstvoeding zijn gaan geven, terwijl zij zich hadden voorgenomen flesvoeding te gaan geven. Interessant is om te onderzoeken wat deze vrouwen ertoe brengt toch te starten met het geven van borstvoeding. Wanneer inzicht in deze aspecten kan worden verkregen, kunnen deze verder gebruikt worden om het starten met het geven van borstvoeding te stimuleren.

Een belangrijke aanbeveling voor de eerstelijns verloskundigen betreft de begeleiding en voorlichting tijdens de borstvoedingsperiode. Het is van groot belang dat de voornemens van zwangere vrouwen rondom de voeding voor het kind, vooraf bekend zijn zodat alles in het werk gesteld kan worden om deze voornemens in praktijk te brengen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het percentage vrouwen dat hun kind borstvoeding geeft in de eerste levensmaand sterk daalt. De eerstelijns verloskundige heeft in die periode nog de verantwoordelijkheid voor moeder en kind, ook al is het kraambed de tiende dag afgesloten. Mogelijk kan een contactmoment op een later tijdstip, bijvoorbeeld een telefoontje veertien dagen post partum, een positieve invloed hebben op de continuering van de borstvoedingsperiode. Wellicht kan (dreigende) problematiek tijdig onderkend en verholpen worden door intensievere begeleiding van bijvoorbeeld een lactatiekundige. Wanneer toch de keuze om met het geven van borstvoeding te stoppen wordt gemaakt, is van belang dat gevoelens van teleurstelling worden voorkomen. Wanneer vrouwen worden gesteund in hun keuze, en de mogelijkheid hebben hun gevoelens hieromtrent uitgebreid te bespreken, zullen zij wellicht positievere gevoelens overhouden aan hun borstvoedingsperiode en bij een volgend kind sneller weer voor het geven van borstvoeding kiezen.

Ook kan de verloskundige gezondheidswinst behalen uit betere voorlichting over de fysiologie van de lactatieperiode, zodat misverstanden over onderproductie voorkomen kunnen worden. Ook tijdige verwijzing naar een lactatiekundige, die alle tijd en kennis in huis heeft om de lactatieperiode optimaal te begeleiden, kan in de praktijk vaker gedaan worden waardoor zowel de gezondheid van het kind als van de moeder verbeterd wordt.

## Referenties

1. Lanting C.I., Wouwe van J.P. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2005: Borstvoeding in Nederland in de lift. TNO kwaliteit van leven; 2005.
2. Lanting C.I., Wouwe van J.P. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2005: Borstvoeding in Nederland en relatie certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding. TNO kwaliteit van leven; 2005.
3. Caren I, Lanting C.I., Jacobus P, van Wouwe J.P., Reijneveld S.A. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Pædiatrica*, 2005; 94: 935–942. Case studies and progress report in BFHI; UNICEF Programme Division NY 1999 (2005). Lanting C.I., Wouwe van J.P. Peiling Melkvoeding van Zuigelingen 2005: Borstvoeding in Nederland en relatie certificering door stichting Zorg voor Borstvoeding. TNO kwaliteit van leven; 2005. Divisie Jeugd, Leiden; Rapportage van de landelijke peiling
4. Wouwe, van J.P., Herschderfer, K., Verkerk, P.H., Reijneveld, S.A., Lanting, C.I. Prevalentie van borstvoeding in Nederland: Resultaten van de landelijke peiling "Melkvoeding van zuigelingen 2000/2001. TNO Preventie en Gezondheid; 2006.
5. WHO Global Data Bank; implementation of the ten steps; Case studies and progress report in BFHI; UNICEF Programme Division NY 1999. Beschikbaar via [www.who.int](http://www.who.int). Geraadpleegd januari 2008.
6. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1990. Beschikbaar via <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti/htm>. Geraadpleegd januari 2008.
7. Li J, Kendall GE, Henderson S, Downie J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well being in pregnancy and breastfeeding duration, *Acta Pædiatrica*; 2007.
8. Scott JA, Binns C. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of literature, *Breastfeed rev.*; 1999.
9. Li J, Scalton K, Serdula M. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice, *Nutr rev.*; 2005.
10. Kools EJ, Reijneveld SA, Thijs C. Borstvoeding in Nederland: Mogelijkheden ter bevordering en ondersteuning. *Tijdschrift voor geneeskunde*: 2006; 5: 269.
11. Karlstrome A, Engstrom R et al. Post operative pain after caesarean birth affects breastfeeding and infant care, *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*: 2005; JOGNN/NAACOG (J Obstet Gynecol Neonatal Nurs).

12. Newman LS. Repressive coping and the inaccessibility of negative autobiographical memories: converging evidence, Elsevier Science B.V.
13. Amir LH. Breastfeeding, managing 'supply' difficulties. AFP 2006; 35: 657 – 752.
14. Weterings KGC. Borstvoeding in zeeland een inventarisatie. Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland augustus 2003.
15. Beekman ATF, Deeg DJH, van Tilburg TG. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. Tijdschrift voor Psychiatrie 1997; 39: 4

### **Dankwoord**

Veel dank is verschuldigd aan onderstaande personen. Door hun hulp, inzet en intensieve begeleiding is het mogelijk geweest dit artikel in goede staat af te ronden.

Jolanda Boxem, docent VAA;

Dr. Ko van Wouwe, pediater en onderzoeker TNO preventie en gezondheid;

Drs. Yvonne Schönbeck van TNO preventie en gezondheid.



**Het voeden van uw baby**

A13 Hoe zou u het voedingsgedrag van uw baby beschrijven toen hij/zij nog alleen borst- of flesvoeding kreeg?

- Meestal makkelijk te voeden 1
- Soms moeilijk om te voeden 2
- Meestal moeilijk om te voeden 3
- Weet niet 4

A14 Welke voeding wilde u uw baby uit 2001 geven?

- Borstvoeding 1
- Flesvoeding 2
- Weet niet 3

A15 Welke voeding heeft u uiteindelijk gegeven?

- Borstvoeding 1
- Flesvoeding 2
- Borstvoeding en flesvoeding samen 3

A16 Heeft u eerder borstvoeding gegeven?

- Ja 1
- Nee 2
- Weet niet 3

**Als u helemaal geen borstvoeding heeft gegeven ga dan door met vraag A21**  
**Indien wel:**

A17 Bent u eerder gestopt met de borstvoeding dan u had gehoopt?

- Ja 1
- Nee 2

A18 Zo ja: hoe voelde u zich daarover?

- Zeer teleurgesteld 1
- Een beetje teleurgesteld 2
- Het maakte niets uit 3
- Opgelucht 4

A19 Na hoeveel weken/ maanden bent u ongeveer gestopt met de borstvoeding

.....  
.....  
.....  
5

A20 Waarom bent u gestopt met de borstvoeding?

A21 Is er nog iets dat u ons wilt vertellen over de voeding van uw baby die in 2001 is geboren?

6