

MASTEROPPGAVE

Master i jordmorfag

26 oktober 2017

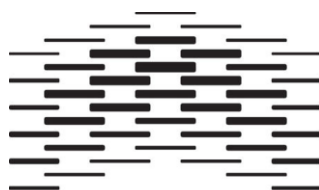
En litteraturstudie som kunnskapsgrunnlag for informasjon til de gravide og deres partner om betydningen av og fordelene med tidlig hud-mot-hud kontakt umiddelbart etter fødsel og i barseltiden.

Kandidatnummer: 118

Antall ord: 7696

Fakultetet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Sammendrag

Tittel: En litteraturstudie som kunnskapsgrunnlag for informasjon til de gravide og deres partner om betydningen av fordelene med tidlig hud-mot-hud kontakt umiddelbart etter fødsel og i barseltiden.

Hensikt: Å øke kunnskapen om fordeler med tidlig hud-mot-hud kontakt og bidra med kunnskapsgrunnlag for utvikling av informasjonsbrosjyre.

Problemstilling: Hvordan kan jordmor bidra til økt kunnskap og gi informasjon om tidlig hud-mot-hud kontakt til de gravide og deres partner rett etter fødsel og i barseltiden?

Metode: En tilnærmet systematisk litteraturstudie hvor 5 kvantitative og 3 kvalitative studier er inkludert deriblant en cochrane-studie.

Resultater: Tidlig hud-mot-hud kontakt bidrar til at kvinnene lykkes bedre med amming, det øker deres mestringsevne og selvtillit. Barna har stabil temperatur og gråter mindre. Tilknytningen mellom mor og barn øker. God informasjon er vesentlig for tidlig hud-mot-hud kontakt.

Konklusjon: Forskning viser at hud-mot-hud kontakt den første tiden etter fødsel er den beste starten for den nyfødte og informasjon i forkant er betydningsfullt.

Nøkkelord: nyfødt, til termin, hud-mot-hud, tilknytning kenguru-metoden, helsekommunikasjon og informasjon.

Abstract

Title: A literature study as a knowledge base for information to pregnant women and their partner about importance of the benefits of early skin-to-skin contact after birth and during the puerperium.

Objective: To increase knowledge about the benefits of early skin-to-skin contact and to contribute with a knowledge-base for developing an information brochure.

Aim of the study: How midwives contribute by increasing knowledge and providing information on early skin-to-skin contact to the pregnant women and their partner right after birth and during puerperium.

Method: A systematic approach to literature study with 5 quantitative and 3 qualitative studies including a Cochrane-review.

Results: Findings reveal several benefits of early skin-to-skin contact, such as; success with breastfeeding, stable temperature and less crying from the baby, better affiliation between mother and baby and increased coping skills and self-efficacy. Good information in advance is essential.

Conclusion: Research shows that skin-to-skin contact after birth is the best start for the newborn and information in advance is meaningful.

Key-words: Term birth, skin-to-skin, kangaroo care, affiliation, health literacy, information

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Formål og problemstilling	7
1.3 Avgrensning.....	7
1.4 Begrepsavklaring	7
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG TIDLIGERE FORSKNING	8
2.1 Health literacy.....	8
2.2 Helsekommunikasjon	10
2.3 Tilknytning	10
2.4 Hud-mot hud kontakt.....	11
3.0 METODE	12
3.1 Design	12
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.5 Databasevalg.....	14
3.6 Søkeord.....	14
3.7 Datainnsamling	14
3.8 Ethiske overveielser.....	17
4.0 RESULTATER	18
4.1 Presentasjon av inkluderte studier	18
4.2 Funn fra de kvantitative artiklene	20
4.3 Funn fra de kvalitative artiklene	25
4.4 Tematisk analyse av funn fra kvalitative artikler	26
4.5 Fremme tilknytning og samspill	27
4.6 Lykkes bedre med amming.....	27
4.7 God og tilstrekkelig informasjon	28
4.8 Hindringer for tidlig hud-mot-hud kontakt.....	28
4.9 Oppsummering av resultater og funn	29

5.0 DISKUSJON	30
5.1 Kunnskapsformidling	30
5.2 Tilknytning og hud-mot-hud kontakt	32
5.3 Metodediskusjon.....	33
5.3.1 Styrker og begrensninger i litteraturstudien	33
6.0 KONKLUSJON	35
6.1 Implikasjon for praksis og videre forskning.....	35
7.0 LITTERATURLISTE	37
8.0 VEDLEGG	41

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven ønsker jeg å belyse viktigheten og fordelene med hud-mot-hud kontakt rett etter fødsel og i barseltiden. Min erfaring er at foreldrene vet lite om temaet og de får lite informasjon om temaet før og etter fødsel. På bakgrunn av det jeg har lært under utdannelsen, samt det jeg har sett i praksis ønsker jeg i min masteroppgave å opplyse mer om dette, samt å lage en informasjonsbrosjyre som kan brukes som ett hjelpemiddel i svangerskapsomsorgen og på føde/barsel avdelingen. Det finnes en del informasjon på temaet til foreldre som får barn som er født for tidlig, men ikke i like stor grad til de som føder til termin.

Nasjonalfaglige retningslinjer sier:

Umiddelbart etter fødselen anbefales hudkontakt mellom mor og barn i minst én time eller til ammingen starter naturlig. Ved keisersnitt legges det til rette for hudkontakt mellom mor og barn så langt det er mulig. Kvinnen anbefales å ha mye nærkontakt og kroppskontakt med barnet den første tiden etter fødsel. (Helsedirektoratet, 2014, s 33)

Moore, Bergman, Anderson, and Medley (2016) har i en systematisk studie sett på effekten av tidlig hud-mot-hud kontakt mellom mor og den nyfødte. De påpeker at tilknytningen mellom mor og barn får en bedre start nettopp på grunn av tidlig hud-mot-hud kontakt.

Oppgave skrives som en kappe og på bakgrunn av den kommer jeg til å gjøre en informasjonsbrosjyre, brosjyren skal være lettlest med informative bilder, se vedlegg 6. Det er gjort ett litteraturstudie hvor det i kappen kommer bakgrunnsinformasjon om betydningen av hud-mot-hud kontakt, tilknytning, health literacy og helsekommunikasjon som er viktig for å formidle funnene. Brosjyren skal være informasjon til foreldrene om hvorfor det er viktig med tidlig hud-mot-hud kontakt. Hudkontakt er anbefalt i minst en time etter fødsel eller til ammingen har startet naturlig. Kvinnen bør anbefales å ha så mye kroppskontakt som mulig med barnet sitt den første tiden etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014).

1.2 Formål og problemstilling

Å finne relevant forskning om fordelene med hud-mot-hud kontakt og hvordan man på best mulig måte kan skape et kunnskapsgrunnlag og videreformidle informasjonen med god helsekommunikasjon i en informasjonsbrosjyre.

Problemstillingen blir som følger:

Hvordan kan jordmor bidra til økt kunnskap og gi informasjon om tidlig hud-mot-hud kontakt til de gravide og deres partner rett etter fødsel og i barseltiden?

1.3 Avgrensning

Utgangspunktet for litteraturstudien er vitenskapelig kunnskap om fordelene av tidlig hud-mot-hud kontakt for fullbårne barn født etter uke 37. Jeg ønsker ikke å utelukke barn født med keisersnitt, men barn født før uke 37 har blitt ekskludert. Grunnen er at det finnes mindre med informasjon til foreldre om hudkontakt når barnet er født til termin.

1.4 Begrepsavklaring

Sectio er et kirurgisk inngrep for å få ut et barn fra morens livmor når det oppstår komplikasjoner ved fødselen. I denne studien kommer jeg til å bruke ordet keisersnitt som er det norske ordet for sectio.

I oppgaveteksten vil denne studien omtales som *litteraturstudien* og forfatteren vil omtales som *forfatteren* eller i første person.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapittelet vil jeg presentere de teoretiske perspektiver relatert til health literacy, helsekommunikasjon, tilknytning og hud-mot-hud kontakt og i tillegg inkorporere definisjonene under de ulike temaene.

2.1 Health literacy

Health literacy er et relativt nytt begrep i klinisk praksis og folkehelsearbeid og kan defineres som: personlig, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Sørensen et al., 2012)

I Norge er begrepet oversatt til helsefremmende allmenndannelse av Pettersen and Pettersen (2003). Denne norske oversettelsen er foreløpig lite kjent og brukt i Norge. I korthet mener man med helsefremmende allmenndannelse, hvilken mulighet og evne personen har til å skaffe og erverve seg basal helsekunnskap, til å oppsøke eller motta, diskutere og kritisk vurdere helseinformasjon og råd for å forbedre sin egen helse. Helsefremmende allmenndannelse kan ses på som et resultat av profesjonell helsekommunikasjon (Finbråten & Pettersen, 2009)

Nutbeam (2000) presenterer tre hierarkiske nivåer for helsefremmende allmenndannelse:

- Funksjonell helsefremmende allmenndannelse: lese og skriveferdigheter som er nødvendig for å forstå og følge helseråd.
- Interaktiv helsefremmende allmenndannelse: kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne ivareta egen helse i samråd med helsearbeidere. Inkluderer også hvordan man skal bruke de ulike instansene i helsevesenet.
- Kritisk helsefremmende allmenndannelse: evnen til å kritisk tenke og kritisk analysere den helseinformasjon man mottar. Samt å anvende informasjonen for å oppnå bedre helse. Videre dreier det seg om å engasjere seg i helsefremmende virksomheter på familiære, lokale, nasjonale og internasjonale plan.

Graden av helsekompetanse er viktig, forskning har vist at pasienter med lav grad av helsefremmende allmenndannelse får dårligere behandling i helsetjenesten enn de som har en høyere grad av helsefremmende allmenndannelse (Sletland, 2014, s 69).

Helsepersonell som til daglig har helseinformasjon som jobb er nok ikke klar over hvilke begrensninger mange har for å nyttiggjøre seg informasjonen. De med lavere helsefremmende allmenndannelse får oftere dårligere behandling i helsevesenet, og det viser seg at det er de som oftest blir «gjengangere» i systemet. Mye av dette er trolig på grunn av deres mangelfulle evne til å uttrykke seg nøyaktig og forståelig om sitt helseproblem (Finbråten & Pettersen, 2009).

Innenfor helsekommunikasjon og helsefremmende allmenndannelse kan man vise til pasientrettighetsloven §3-5 som sier:

informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt det er mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. (Lovdata, 1998).

For personer med særlig lav grad av helsefremmende allmenndannelse anbefaler Williams, Davis, Parker, and Weiss (2002) at helsepersonell bruker enkelt språk ved informasjon og at det gjerne suppleres med bilder eller illustrasjoner. Det kan være hensiktsmessig og bruke flere kommunikasjonsmåter samtidig, som muntlig informasjon sammen med elektroniske kommunikasjonskanaler. Media og teknologi er viktige distribusjonskanaler for helseinformasjon både når det gjelder for den enkelte og samfunnet generelt. En person med lav helsefremmende allmenndannelse er kanskje ikke i stand til å skille ut evidensbasert helseinformasjon fra annen informasjon som ikke er vitenskapelig basert. I dagens moderne samfunn er det en overflod av helseinformasjon fra ulikt kvalifiserte aktører og gjennom et utall mediekanaler. Internett florerer av informasjon som kan være både nyttig og skadelig for pasienten. Internett gir ikke bare mye informasjon, men er også en base for mye feilinformasjon (Finbråten & Pettersen, 2009).

2.2 Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon kan beskrives som ulike strategier for å bidra til en dialog med pasienten i den hensikt å forbedre helsen. Mange pasienter har problemer med å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon de får fra helsetjenester. Det er svært viktig at det blir tilpasset den enkelte pasient for å kartlegge dennes helsehistorikk. I forhold til å styrke pasientens mestring, er tilpasset helsekommunikasjon vesentlig for å kunne kartlegge pasientens egne oppfatninger, tanker og mestringsevne. Å ta hensyn til pasientens helsefremmende allmenndannelse vil si å tilpasse helsekommunikasjonen til pasientens forståelsesnivå (Jenum & Pettersen, 2014).

I en artikkel fra Australia påpeker man at man skal legge seg på pasientens nivå når man utgir informasjon. Det kan ofte være stort språk mellom det pasienten forstår og det de profesjonelle forventer eller tror de forstår. Det skal forklares på et enkelt nivå slik at det på ingen måte kan misforstås. Det viser seg at det kan være stor forskjell på språket til en ung mamma på 18 år og en mamma på snart 35 år (Wilmore et al., 2015).

2.3 Tilknytning

Tilknytning oppstår ved at barnet får ha uforstyrret og fysisk kroppskontakt med mor rett etter fødsel. Omstendigheter under fødselen kan føre til at partner, far eller annen omsorgsperson alternativt legger barnet hud mot hud etter fødselen for å berolige og varme den nyfødte og fremme en best mulig fysiologisk tilpasning til livet utenfor livmoren. Det ser ut til å være gunstig selv om det ikke er like optimalt som hudkontakt med mor (Helsedirektoratet, 2014).

Det er aldri for sent å starte tilknytningsfasen i tiden etter fødsel, som hvis barnet er forløst med keisersnitt. Det er viktig å gi mor og baby tid til å etablere denne kontakten uforstyrret ved et senere tidspunkt. En annen betydningsfull ting er hvordan jordmor legger til rette for dette etter fødsel. Hun kan sørge for at det er stille og rolig de første timene etter fødsel, forklare viktigheten med hudkontakt til foreldrene, prøve å unngå besøk og mobilbruk rett etter fødsel, være tilgjengelig og hjelpe når det er behov.

2.4 Hud-mot hud kontakt

Uforstyrret fysisk kroppskontakt mellom mor og barn umiddelbart etter fødsel har betydning for å etablere ammingen og tilknytning. Kontakten umiddelbart etter fødselen fremmer fysiologiske og psykologiske prosesser. Barnet legges nakent på magen med ansiktet mot morens bryst, under jevnlig tilsyn og observasjon. Fremgangsmåten benyttes både ved vaginal fødsel og keisersnitt. Ved keisersnitt legges det til rette for hudkontakt mellom mor og barn så langt dette er mulig. Kvinnene anbefales å ha så mye hudkontakt som mulig med barnet den første tiden etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014).

På 90-tallet ble det gjort et verdensomspennende krafttak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn. Dette tiltaket ble utviklet av WHO/UNICEF's Baby Friendly Hospital initiativ (WHO, 2017). Ut fra dette tiltaket har WHO utviklet 10 trinn for vellykket amming.

Den norske oppfølgingen av disse 10 trinnene er mor-barn-vennlig initiativ og disse støttes og gjennomføres av de fleste sykehusene i Norge. I denne litteraturstudien er det trinn 4 som jeg ønsker å fokusere på.

1. Ha en skriftlig ammeprosedyre som rutinemessig formidles til alt helsepersonell ved avdelingen.
2. Tilby opplæring slik at det er mulig for personalet å følge ammeprosedyren.
3. Bidra til å spre informasjon til gravide om hvilke fordeler brystnæring har og om hva de kan gjøre for å få til ammingen.
- 4. Sørge for at mor og barn etter en normal fødsel kan ha uforstyrret hudkontakt i minst én time, eller til barnet er rede til å suge og den første ammingen har funnet sted.**
5. Vise mødre hvordan de skal amme og hvordan de kan opprettholde melkeproduksjonen selv om de midlertidig skilles fra barnet.
6. Ikke gi nyfødte barn noen annen form for næring eller drikke enn morsmelk, unntatt når det er medisinsk grunn til det.
7. Gi mor og barn anledning til å være sammen 24 timer i døgnet.
8. Oppmuntre til amming etter behov, såkalt selvregulering.
9. Unngå bruk av narre- eller flaskesmokk til brystbarn, i alle fall til ammingen er veletablert.

10 Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-barselavdelingen og helsestasjonen. Informere om amnehjelpen og støtte opprettelsen av amnehjelpgrupper.

Ifølge WHO oppstår tilknytningen mellom mor og barn umiddelbart etter at babyen er lagt hud-mot-hud. Hjertefrekvensen og temperaturen til barnet stabiliseres når den blir liggende på morens bryst og hører hennes hjerteslag (Moore et al., 2016). Babyen blir rolig og avslappet og på samme tid utsondres kjærlighetshormonet oxytocin som øker melkeproduksjonen og samspillet mellom mor og barn (Zwedberg, Blomquist, & Sigerstad, 2015).

3.0 METODE

I dette kapittelet vil jeg beskrive metoden jeg har valgt, samt gjøre rede for hvilke valg jeg har tatt i prosessen med å besvare min problemstilling.

3.1 Design

Forskningsspørsmålet i en studie avgjør valg av studiedesign og metode (Polit & Beck, 2016).

I studien valgte jeg å bruke systematisk litteraturstudie som metode for å få en oversikt over relevant litteratur som finnes om hud-mot-hud kontakt. For å gjøre dette kreves det refleksjoner og fordypning i litteraturen utfra valgt problemstilling (Forsberg & Wengström, 2016)

En systematisk oversikt er en komplett, oppdatert sammenfatning for å gi svar på det spørsmålet man stiller seg (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013). Den egner seg godt for å løse en oppgave der man skal utforme en informasjonsbrosjyre. Man redegjør systematisk for innhenting og for hvordan man har vurdert kunnskapen (Bjørndal et al., 2013).

En forutsetning for at man skal kunne gjøre en god systematisk oversikt er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet. Man skal systematisk søke, kritisk granske og til slutt sammenstille litteraturen innenfor valgt problemstilling (Forsberg & Wengström, 2016). Forskningen bør være aktuell og den skal kunne forankres i klinikken.

I følge Forsberg og Wengstrøm (2016) er det ingen regler for hvor mange studier som skal inngå i en systematisk oversikt, antallet bestemmes utfra hva forfatteren ønsker å inkludere.

Å redegjøre for sin egen forforståelse er viktig for at leseren skal vite utgangspunktet i tolkningene (Forsberg & Wengstrøm, 2016). Forforståelsen kommer til uttrykk i drøfting og oppsummering av oppgaven. Det er viktig å være bevisst på den allerede eksisterende kunnskapen og de meningene jeg har tilegnet meg om temaet. Det kan påvirke og spille en viktig rolle i hvordan jeg tilnærmer meg forskningsfeltet og resultatene. Ved å være oppmerksom på egen forforståelse kan jeg bruke dette videre i arbeidet med litteraturstudien og være mer åpen for ny kunnskap og erfaring.

Ved litteraturstudiens start hadde jeg noe erfaring om viktigheten av hud-mot hud kontakt rett etter fødsel og i barseltid. Gjennom forelesninger og i praksis har jeg lært, sett og erfart viktigheten av dette for å optimalisere starten for det nyfødte barnet og deres foreldre. Ved at man får mer innsikt og økt kunnskap underveis i sin utdanning og yrkeskarriere, så kan refleksjoner rundt analyse og resultater forandres (Malterud, 2013).

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har tilstrebet å finne forskning fra land som har relativt lik forankring og er sammenlignbart med det norske helsevesen. Artiklene skal være fra databaser som er godkjente på Høgskolen i Oslo og Akershus. Litteraturen skal være på engelsk eller skandinavisk språk. Det skal omhandle friske, fullbårne barn født til termin og artiklene skal ikke være eldre enn 10 år gamle.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier
Godkjente databaser fra Høgskolen	Ikke registrerte databaser
Kunne være sammenlignbart med det norske helsevesen	Ikke sammenlignbart med det norske helsevesen
Engelsk eller skandinavisk språk	Ikke oversatt til engelsk eller skandinavisk språk
Friske barn født til termin	Premature barn født før uke 37 eller syke fullbårne barn født til termin
Nyere forskning < 2007	Ikke eldre enn 10 år
Nyfødte barn som har fått hud mot hud kontakt rett etter fødsel eller kort tid etter fødsel	Større barn som har fått hud-mot-hud kontakt f.eks i forbindelse med massasje

3.5 Databasevalg

I søk etter forskningsartikler ble det søkt i relevante databaser som:

Cochrane	Oppsummerte systematiske oversikter
MedLine	Enkeltstudier
Maternity & Infant Care	Enkeltstudier
Cinahl	Enkeltstudier
PubMed	Enkelt studier
Siense Direct	Enkeltstudier

Her finnes enkeltstudier og systematiske oversikter som er fagfellevurderte med hensyn til vitenskapelig kvalitet og klinisk relevans. (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

3.6 Søkeord

PICO skjema ble brukt for å formulere et eksplisitt og tydelige spørsmål. Dette er en måte å dele opp spørsmålet på slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2012).

Eksempler på søkeord: *kangaroo care, skin-to-skin, kangaroo, kangaroo-mother-care method, Term Birth, Term Birth*, full term, Term newborn pregnancy, pregnancy.*

Søkeordene ble brukt i forskjellige sammensetninger og tilstrebet ett mest mulig systematisk søk. En tydelig oversikt over søkeord og antall treff vises i vedlegg 1.

3.7 Datainnsamling

I utvelgelsen av artiklene har jeg lest overskrifter og abstraktet. I de tilfellene der overskriften var interessant leste jeg også abstraktet og valgte ut artiklene som var relevante. Etter å ha funnet alle relevante artikler satte jeg meg ned for å lese disse i fulltekst.

For å kritisk vurdere artiklene har jeg valgt å benytte meg av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter. Ulike forskningsmetoder krever ulike kontrollspørsmål og sjekklister

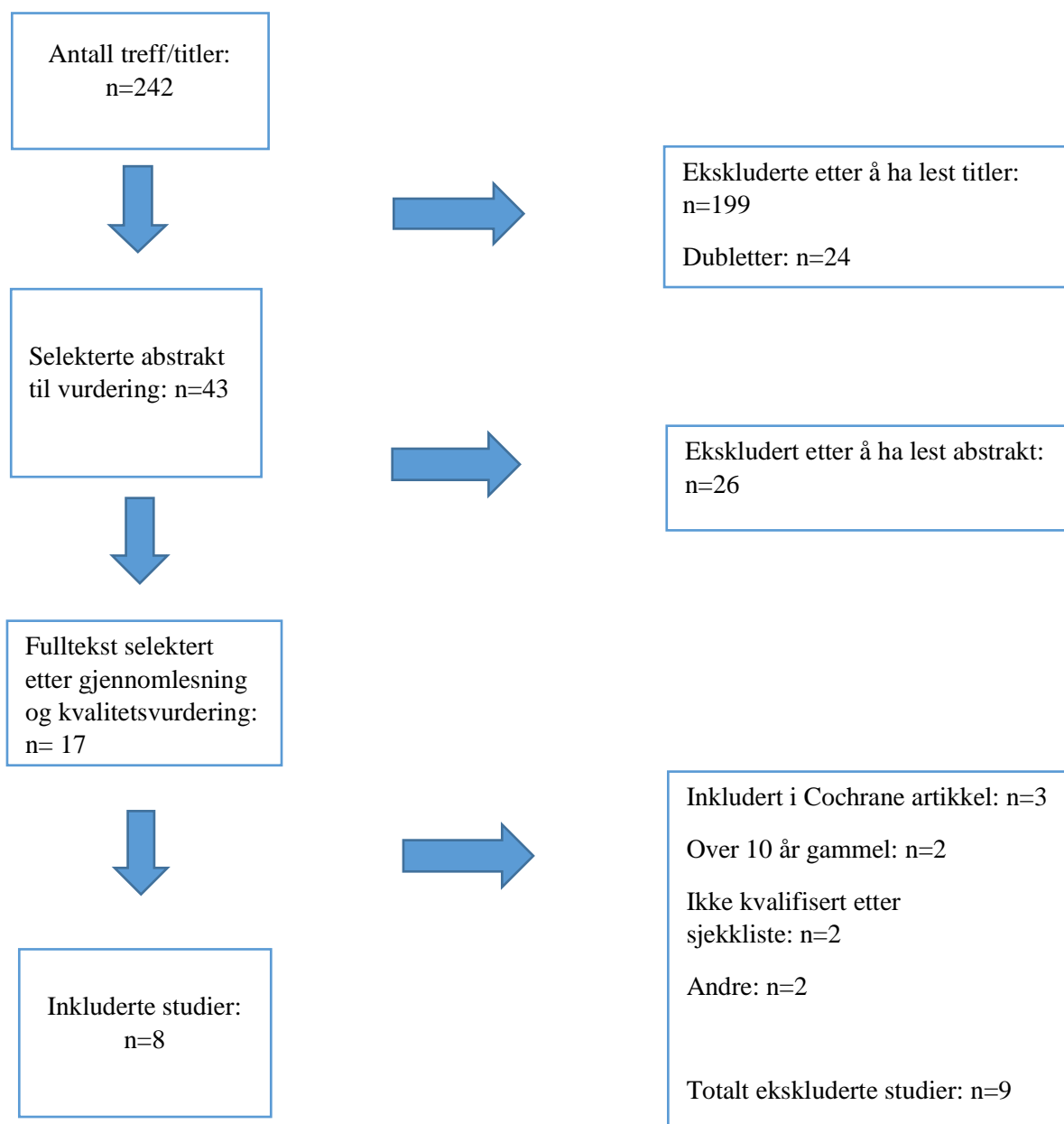
tilpasses designet i artiklene (Nortvedt et al., 2012). Eksempel på sjekkliste for kvantitative og studier kvalitative studier ligger som vedlegg 2 og 3.

Artikler med høy kvalitet vil si at alle eller nesten alle kriteriene i sjekklisten er oppfylt og eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon. Ved middels kvalitet er noen av kriteriene ikke oppfylt eller de er ikke tilfredsstillende beskrevet. Det antas at det er liten sjanse for at det kan endre studiens konklusjon (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2016)

Artiklene har blitt nøye selektert underveis og i utgangspunktet satt jeg igjen med ett relativt stort antall artikler og måtte selektere enda strengere for å få ned antallet. Til slutt satt jeg igjen med 5 kvantitative og 3 kvalitative artikler.

Jeg har valgt å ha med 2 artikler av middels kvalitet fordi de er av nyere dato. Oversikt over ekskluderte artikler er beskrevet i vedlegg 4. Det skal gjøres en kvalitetsvurdering av hver enkelt studie, dette er gjort gjennom sjekklister fra kunnskapssenteret. Moore et al. (2016) er vurdert som særdeles god artikkel da dette er en Cochrane-review.

Alle søk er gjort i perioden 23.05.17-23.06-17



Figur 1: Flytskjema over seleksjonsprosessen

3.8 Etiske overveielser

Før man starter på en systematisk oversikt bør man overveie det etiske aspektet. Det er gitt ut retningslinjer for hvordan man skal utføre god medisinsk forskning. Juks og uærlighet skal ikke forekomme innen forskning (Forsberg & Wengström, 2016)

I følge Forsberg and Wengström (2016, s59) defineres det på følgende måte:

«Avvik fra god vitenskapelig praksis kan være blant annet fabrikasjon av data, tyveri eller plagiering av data, hypoteser eller metoder uten å angi kilde eller forvrengning av forskningsprosessen på annen måte (f.eks. feilaktig inklusjons/eksklusjon av data eller forvrengte analysen)».

På bakgrunn av at jeg skal gjøre en systematisk oversikt så trenger jeg ingen spesiell godkjenning. Men jeg bør velge studier som har tillatelse fra en etisk komité, redegjøre for alle artikler og presentere alle resultater (Forsberg & Wengström, 2016)

4.0 RESULTATER

4.1 Presentasjon av inkluderte studier

Å analysere er ifølge Forsberg and Wengström (2016) å dele opp i mindre deler.

Litteraturstudien blir delt opp i underkategorier som beskriver funnene i de ulike artiklene

Som ett ledd i den kritiske vurderingen av studiene har forskerens rolle blitt vurdert, hvor studien er publisert, er formålet med studien tydelig presentert og er korrekt metode valgt.

Videre er antallet deltakere vurdert med tanke på representativitet og om dette samsvarer med metoden. Det ble også sett på hvordan dataene ble samlet og analysert.

En utfyllende tabell over inkluderte artikler vil bli presentert i tabell 1 og 2 hvor formålet med studien, problemstilling, hovedfunn og kvalitet vil bli presentert. Inkludert artikler er både kvalitative og kvantitative, dette for å få mest mulig bredde på temaet

Når jeg analyserte artiklene ble resultatdelen lest grundig og temaer som beskriver viktigheten av tidlig hud-mot-hud kontakt ble satt inn under emner og ble kategorisert.

Tabell 1: Presentasjon av de kvantitative artiklene

Forfatter, tidsskrift, land og årstall	Tittel	Metode	Hovedspørsmål	Hovedresultat	Kvalitet
ER Moore N Bergman GC Anderson N Medley Cochrane Library USA 2016	Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants	Review 38 studier inkludert med 3472 kvinner fra 21 land. Alle barna var friske og majoriteten var født til termin. 8 studier inkluderte kvinner som hadde hatt keisersnitt Inkluderte kun randomiserte kontrollerte studier De fleste studiene var små, kun 12 studier inkluderte mer enn 100 kvinner.	Å vurdere effekten av tidlig hud-mot-hud kontakt mellom mor og det nyfødte barnet	Kvinnene lykkes bedre med amming Barna gråt signifikant mindre Mer stabil temperatur Tilknytning mellom mor og barn fikk en bedre start	Høy
E Calais, R Dalbye, KH Nyqvist & M Berg Acta Pædiatrica Sverige 2010	Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings	Randomisert kontrollert studie Spørreskjemaer, ett til mor og ett til far. 117 mødre og 107 fedre deltok i undersøkelsen.	Forklare faktorer som kan fremme eller hindre hud-mot-hud kontakt mellom baby og foreldre de første dagene etter fødsel	Viktig med god og tilstrekkelig informasjon Miljøet er viktig for å kunne legge til rette for hud-mot-hud Foreldrenes forventninger og holdninger til informasjonen før- under og etter fødsel	Høy
M Redshaw, J Hennegan & S Kruske Midwifery Australia 2014	Holding the baby: Early mother-infant contact after childbirth and outcomes	Randomisert kontrollert studie En sekundærundersøkelse av en brukerundersøkelse gjort i Queensland. Undersøkelsen kunne svares på pr. mail, online eller over telefon med en trent intervjuer. 4574 kvinner deltok	Beskriver tidspunkt, varighet og type kontakt rett etter fødsel	De med vaginal fødsel opplevde tidligere og lengre perioder med hud-mot-hud enn de som hadde assistert fødsel eller keisersnitt	Høy
K Aghdas, K Talat & B Sepideh Women and Birth Iran 2013	Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women	Randomisert kontrollert studie Spørreskjemaer ble delt ut til 114 kvinner. 92 kvinner deltok mellom 18-35 år	Hvilken effekt har tidlig hud-mot-hud kontakt på amming	Tidlig hud-mot-hud kontakt øker morens egen mestringsevne, øker ammefrekvensen og økt selvtillit	Middels
V Hadjiiona, N Middleton, C Kouta, E Hadjigeorgiou & O Kolokotroni Midwifery Kypros 2015	Cyprus mothers' breast feeding self-efficacy and their perceptions about the implementation of the 10 «steps» in the 48 hours after birth	Deskriptiv studie To spørreskjemaer ble brukt. 216 kvinner over 18 år deltok. En gruppe fra offentlig sektor og en gruppe fra privat sektor	Mødrenes syn på hvordan helsepersonell implementerer de 10 trinnene for vellykket amming	Bedre utdanning av helsepersonell med tanke på de 10 trinnene, under graviditet, fødsel og barsel	Middels

4.2 Funn fra de kvantitative artiklene

Her presenteres hovedfunnene i de inkluderte studiene med et sitat fra teksten og funn.

1. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Moore et al., 2016)

Sitat: Tilknytningen mellom mor og barn fikk en mye bedre start og barna gråt mindre

Funn: Her påpeker forfatterne at friske nyfødte barn bør legges hud-til-hud med mor så fort som mulig etter fødsel.

Kvinner som hadde umiddelbar hud-mot-hud kontakt med barna kontra kvinner som hadde hatt standard hudkontakt med barna ammet alt fra 1 måned til 4 måneder lenger etter fødsel. Det var til sammen 887 deltakere og totalt 14 studier.

Kvinner som hadde hatt barna hud-mot-hud ammet i snitt 64 dager lengre. 264 deltakere med 6 studier inkludert.

Barn som ble lagt hud-mot-hud lyktes lettere med å få til ammingen den første gangen den skulle suge. 575 deltakere og 5 studier var inkludert.

Barn som ble lagt hud-mot-hud hadde mer stabil temperatur og blodsukker enn de barna som hadde omsorg uten hud-mot-hud. I disse studiene var det få deltakere og mer forskning trengs for å kunne si noe sikkert om dette.

Kvinner som hadde hud-mot-hud kontakt etter keisersnitt hadde større sjanser for å amme en til fire måneder etter fødsel. 887 kvinner deltok og 14 studier var inkludert.

Informasjon fra denne studien støtter det å legge babyen hud-mot-hud med en gang eller så fort som mulig for å fremme amming. Dette er viktig for vi vet at amming er med på å holde babyen frisk og unngå sykdom.

2. Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings (Calais, Dalby, Nyqvist, & Berg, 2010)

Sitat: Foreldrenes forventninger og holdninger til informasjon er viktige før- under og etter fødsel.

Funn: En forklaring på at kvinnene i den ene gruppen var mer fornøyde med informasjon og hjelpen de fikk kan være forskjeller på omsorgsmodellene i de to landene, som for eksempel kan være nasjonale retningslinjer

Kvinnene var fornøyde med støtten og hjelpen de fikk med hud-mot-hud den første dagen etter fødsel. Å ha tidligere kjennskap til hud-mot-hud gjorde at det var lettere å fortsette med hud-mot-hud også 2 og 3 dag etter fødsel.

Besøk var et hinder for å utøve hud-mot-hud kontakt. I Sverige var det besøks tid for alle med unntak av partner og søsken. Dette kan ha vært med på å forbedre praksisen av hud-mot-hud. For å introdusere og implementere dette i avdelingen var det viktig å redusere besøkende og få ro rundt situasjonen.

Forskjeller mellom sykehusene: hud-mot-hud rutinene var signifikant mer kjent hos personalet i Sverige enn i Norge. Å føde på sykehuset i Sverige viste seg å ha en høyere utbredelse av hud-mot-hud enn i Norge. Grunnen er at man har større kunnskap om dette i Sverige og informasjon spres via lokale media og venner. Årsaken til forskjellene kan være ulike omsorgsmodeller og forventninger til hvordan barseltiden skal være. Resultatet viser viktigheten av å ha et støttende miljø for foreldrene som skal praktisere hud-mot-hud for første gang med sitt nyfødte barn.

Foreldrene i Norge var mye mer fornøyde med informasjonen og støtten de fikk på barsel. Mødrene i Norge hadde ett lenger opphold på barsel enn de i Sverige og hadde derfor også større mulighet til mer hjelp og få repetert informasjon.

At kvinnene på barselavdelingen møter de samme jordmødrene mens de er der gjør at de blir mer fornøyde både med informasjonen de får og relasjonen til helsepersonellet på avdelingen. Foreldrene på barsel i Sverige hadde ikke barnesenger på sin avdeling da de hadde babyen i senga sammen med seg mens de i Norge hadde barnesenger. Det var en forskjell når hud-mot-hud (umiddelbart eller litt etter fødsel) ble introdusert og implementert på friske barn født til termin.

En dårlig fødselsopplevelse ser ikke ut til å ha noen dårlig effekt på å ha barnet hud-mot-hud. Mens fødselsangst eller andre psykiske problemer hos mor kan påvirke tilknytningen til barnet og ammingen i etterkant av fødsel

3. Holding the baby: Early mother-infant contact after childbirth and outcomes (Redshaw, Hennegan, & Kruske, 2014)

Sitat: Kvinner som hadde normal vaginale fødsler var mere fornøyde med timingen når de fikk holde sitt nyfødte barn enn de som hadde assistert fødsel eller keisersnitt.

Funn: Mødrene var mer fornøyde når de hadde muligheten til å holde den nyfødte tidligere og lengre etter fødsel

Normal vaginal fødsel: 97,4 % var fornøyde med timingen for når de fikk holde sitt barn for første gang.

Assisterte vaginale fødsler: 93,6% var fornøyde med timingen for når de fikk holde barnet sitt for første gang.

Keisersnitt: 84,3% var fornøyde med timingen for når de fikk holde barnet sitt for første gang. De som fikk holde barnet sitt innen det hadde gått 5 minutter var mer fornøyde enn de som fikk holde barnet sitt etter at det hadde gått 5 minutter. 96,8% versus 67,6%.

Kvinner som holdt barnet sitt lengre enn 20 minutter var mer fornøyd med varigheten av den første hud-mot-hud kontakten enn de som fikk holde barnet sitt kortere tid. 90,7% versus 76,3%.

De som fikk holde babyen sin innen 5 minutter syntes det var mer sannsynlig å ha hud-mot-hud kontakt med babyen sin videre i barseltiden og etter hjemkomst 83,7 % versus 54,4 %, enn om de fikk holde babyen senere enn 5 minutter 51,5% versus 59,7%.

Varigheten på hvor lenge kvinnen fikk ha barnet inntil seg har noe å si på ammefrekvensen og hvor lenge de ammer i ettetid. De som hadde holdt barnet sitt i mer enn 60 minutter hadde større sjanse for å amme barnet etter 3 måneder enn de som hadde holdt barnet sitt i bare 11-20 minutter. 77,1% versus 67,1%.

Studiens funn indikerer at fordelene av tidlig hud-mot-hud kontakt med tanke på amming og andre postnatale utfall, så var det stor forskjell på om man hadde hatt normal fødsel eller keisersnitt.

4. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014)

Sitat: Tidlig hud-mot-hud kontakt øker morens mestringsevne, ammefrekvens og selvtillit senere i barseltiden.

Funn: Det viser seg at sykehuspraksis kan ha en stor innflytelse på amming og kvinnens mestringsevne. Tidlig separasjon mellom mor og barn burde i mest mulig grad unngås. Suksess med amming i gruppen med hud-mot-hud var 56,6% versus 35,6% Umiddelbar hud-mot-hud kontakt øker til høyere ammefrekvens og selvtillit hos mødrene. Under hud-mot-hud får barnet taktil og verbal stimulans fra moren. Barnet blir mer fornøyd, barnet er rolig og trygt.

5. Cyprus mothers' breast feeding self-efficacy and their perceptions about the implementation of the 10 «steps» in the 48 hours after birth (Hadjiona et al., 2016)

Sitat: Bedre utdanning av helsepersonell burde prioriteres med tanke på de gravide under svangerskapet, fødsel og i barseltiden

Funn: Alle obstetriske enheter, offentlige og private skulle bli tilbudt utdanning i de ulike fasene i et svangerskap på bakgrunn av de 10 prinsippene mot vellykket amming fra WHO. 72% av mødrene sier at de fikk holde babyen pakket inn i teppe eller klær. Bare 27,8% bekreftet at de hadde hatt direkte hud-mot-hud kontakt med babyen. Relativt mange mødre sa at det var gitt informasjon om viktigheten av hud-mot-hud kontakt i svangerskapsomsorgen. Det var ikke stor forskjell på privat og offentlig sektor 29,0% versus 25,4%

Tabell 2: Presentasjon av de kvalitative artiklene

Forfatter, tidsskrift, land og årstall	Tittel	Metode	Hovedspørsmål	Hovedfunn	Kvalitet
S Zwedberg, J Blomquist & E Sigerstad Midwifery Sverige høsten 2014	Midwives' experience with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: «fighting uphill battle»	Det ble gjort individuelle intervjuer av 8 jordmødre på 3 forskjellige sykehus i Stockholm En pilot for en større planlagt studie om hud-mot-hud kontakt blant 600 førstegangs fødende.	Å undersøke jordmødres erfaring og oppfatninger om hud-mot-hud kontakt etter et keisersnitt	Jordmødrene opplever at det er vanskelig å legge til rette for hud-mot-hud kontakt med tanke på at foreldrene ikke forstår fordelene med det. Denne studien beskriver hindringer, streben etter å implementere hud-mot-hud og utfordringer jordmødrene har med dette	Høy
I Koopman, JA Callaghan-Koru, O Alaofin, C H. Argani & A Farzin Journal of Clinical Nursing USA 2014	Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery	Semistrukturerte intervjuer om tidlig hud-mot-hud kontakt. Hvor den ene delen fokuserte på hud-mot-hud etter vaginal fødsel mens den andre fokuserte på det samme men etter keisersnitt I alt 11 intervjuer gjennomført på ansatte ved obs/gyn og NICU avdeling	Hva må tilrettelegges for at man skal kunne fremme tidlig hud-mot-hud kontakt? Hva slags hindringer finnes? Ved å se på disse hindringene får man en bedre forståelse for hvordan man skal introdusere hud-mot-hud i en tidlig fase	Det er viktig med opplæring av ansatte og ikke minst informere foreldre om fordelene med tidlig hud-mot-hud kontakt.	Høy
R Dalbye, E Calais & M Berg Sexual & Reproductive Healthcare Norge og Sverige 2011	Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns	En studie der 10 kvinner i Norge og 10 kvinner i Sverige ble intervjuet 1-2 uker etter fødsel.	Mors erfaring av hud-mot-hud kontakt de første dagene etter fødsel	Mødrene hadde positive erfaringer med å utføre hud-mot-hud kontakt rett etter fødsel. De hadde en følelse av å være avslappet, føle seg glade og tilfredse. Dette er en positiv spiral som får moren til å ville	Høy

4.3 Funn fra de kvalitative artiklene

Ved grundig gjennomgang av de kvalitative artiklene har jeg fått følgende meningsbærende funn:

«Hud mot hud kontakt rett etter fødsel har fordeler for både mor og den nyfødte. Jordmødre opplever ofte hindringer når de skulle implementere hud-mot-hud kontakt etter keisersnitt»

«Hvis moren ikke var kapabel til å ha babyen hud-mot-hud etter keisersnittet, ble far/partner ofte oppmuntret til å legge babyen hud-mot-hud»

Jordmødrene i studien trodde på at hud-mot-hud er en naturlig ting å gjøre og de prøvde så godt de kunne å legge til rette for dette (Zwedberg et al., 2015).

«Alle deltakerne indikerte at tidlig hud-mot-hud kontakt var viktig og gunstig for mor og den nyfødte»

«Noen mødre er ikke interesserte i tidlig hud-mot-hud kontakt og andre mødre vil at barnet skal tørkes før de holder dem»

Ved å belyse de viktige faktorene med tidlig hud-mot hud kontakt, kan det være med på å forandre kunnskapen, slik at hud-mot-hud blir en naturlig del av omsorgen av et friskt nyfødt barn (Koopman, Callaghan-Koru, Alaofin, Argani, & Farzin, 2016).

«Mødrene snakket om morsfølelse og den positive erfaringen de hadde med hud-mot-hud kontakt rett etter fødsel»

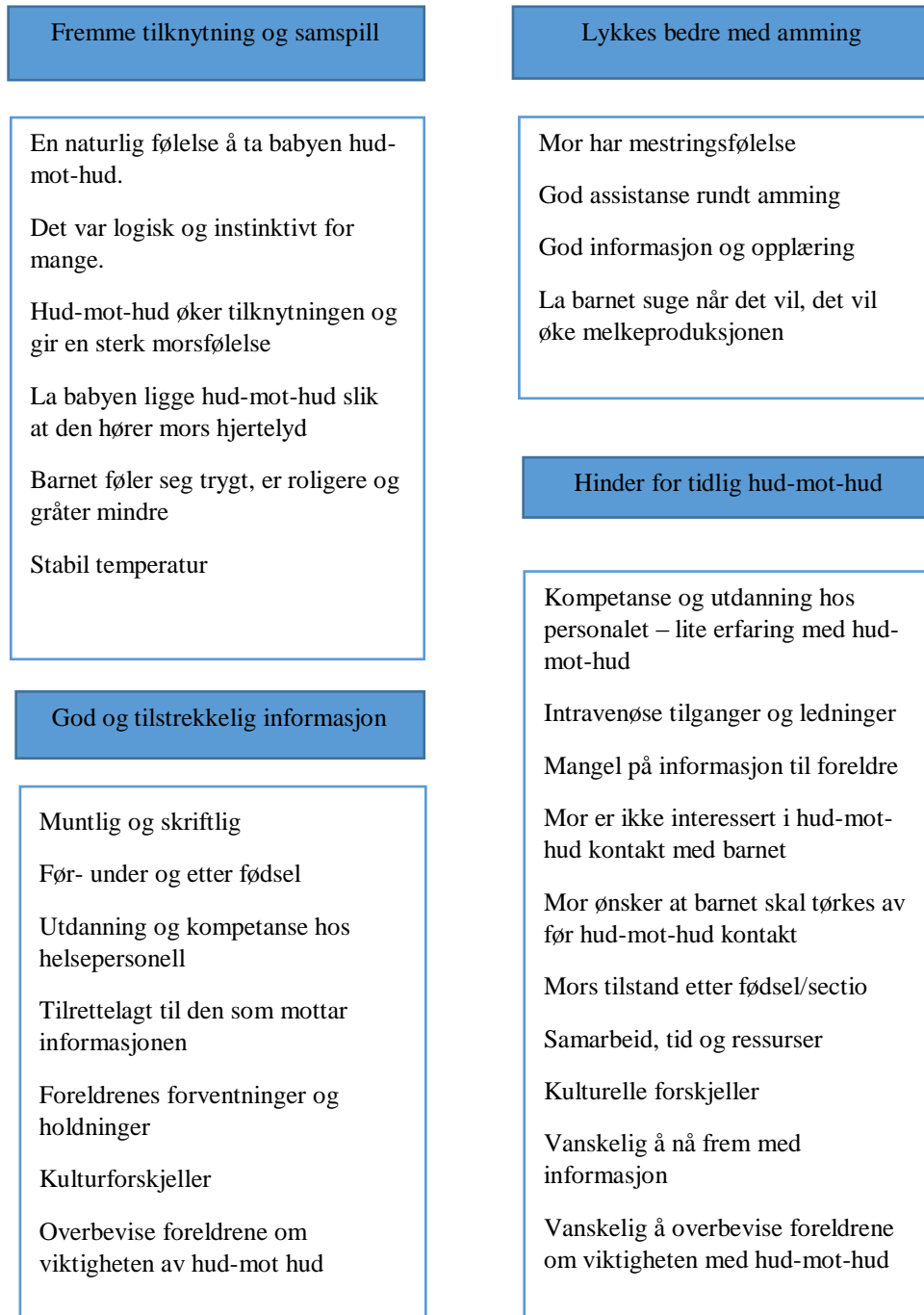
«Støtte og oppmuntring fra helsepersonellet var verdifullt og det inkluderte både informasjon og praktisk beskrivelse om hvordan man legger barnet hud-mot-hud»

Å amme hud-mot-hud etablerte en gjensidig tilhørighet og gjorde at moren fikk tilstrekkelig informasjon og veiledning (Dalbye, Calais, & Berg, 2011).

Etter å ha gjort en tematisk analyse av disse meningsbærende utsagnene, har jeg kommet frem til 4 temaer som blir presentert i tabellen under (Figur 2). En tematisk analyse beskriver og sorterer data etter kategorier, gjerne etterfulgt av enkle tolkninger og ofte brukt for systematiske oversikter (Berg & Munthe-Kaas, 2013)

4.4 Tematisk analyse av funn fra kvalitative artikler

Oversikt over hovedtema og undertema i min tematiske analyse. Det stilles spørsmål til opprinnelig tekst for å finne meningsbærende utsagn, tekstkondensering, underkategori og hovedkategori. Eksempel ses i vedlegg 5.



Figur 2: Beskrivelse av hovedtema (farget blått) og undertema.

4.5 Fremme tilknytning og samspill

Mange jordmødre beskriver at det burde være en naturlig handling å ta sin nyfødte baby hud-mot-hud. I flere tilfeller viste det seg at mødrene ville at babyen skulle tørkes av før den fikk komme hud-mot-hud. Der mødrene hadde den nyfødte hud-mot-hud umiddelbart eller kort tid etter fødsel, hadde en positiv opplevelse. De forteller om positive erfaringer med hud-mot-hud kontakt rett etter fødsel og beskriver følelsen av å være avslappet, føle seg glade og tilfredse. En slik fin opplevelse blir som en positiv spiral der mor vil fortsette med hud-mot-hud etter fødsel og videre i barseltiden, noe som også er etter helsedirektoratets anbefalinger. Ved at jordmor fikk mødrene til å gjøre dette opplevde de at barna gråt mindre, de virket roligere, mer fornøyde og trygge.

Eksempel:

det er deilig å føle varmen hennes og jeg vet at hun føler seg trygg når hun ligger tett inntil meg. Jeg har observert at når hun ligger slik tett inntil meg blir hun veldig rolig og fornøyd ...» en mors beskrivelse (Dalbye et al., 2011).

4.6 Lykkes bedre med amming

Kvinnene i studiene beskrev at de følte de fikk en mestringsfølelse når de fikk til ammingen. God informasjon i forkant og under amming føltes trygt. Følelsen av å ikke mestre å gi sin nyfødte baby mat var frustrerende for mange. Her spilte helsepersonell en stor rolle ved å være tilstede ved å assistanse rundt ammesituasjonen for å forklare og gi god veiledning. Helsepersonellet la til rette for at babyen kunne ligge mye hud-mot-hud med mor hvis babyen ikke var sugevillig, med informasjon om at det kan fremme ammingen. Mange ga også uttrykk for at de følte det trygt når de hadde den samme personen til å hjelpe seg, så det viser seg at kontinuitet er en viktig brikke i det å få til amming. Kvinnene følte seg tryggere og det blir ett tillitsforhold til jordmor/barnepleier. Ved å skape et tillitsforhold er det lettere å spørre om ting man føler seg usikker på.

Eksempel:

(...) jordmoren sa at babyen skulle være naken når jeg ammet, jeg skulle bare ha på en liten bleie (...)» (Dalbye et.al, 2011).

4.7 God og tilstrekkelig informasjon

Studiene viser at det er viktig med informasjon både før, under og etter fødselen. Den bør skje både muntlig og skriftlig. Informasjonen må være tilrettelagt mottaker og det kan være flere utfordringer for å få gitt informasjon på en god måte. Utfordringer kan være: kulturforskjeller, unge mødre, eldre førstegangsfødende og ulik allmenndannelse. En viktig faktor er at helsepersonellet bør ha mye erfaring på området, kompetanse og utdanning.

Eksempel:

noen ganger er det som at de ikke tar inn over seg informasjonen som blir gitt, eller de bryr seg ikke. De gjør som de vil uansett. Noen ganger må du bare akseptere at de ikke hører etter (...)» en jordmors beskrivelse (Zwedberg et al., 2015).

4.8 Hindringer for tidlig hud-mot-hud kontakt

Jordmødrene beskriver mange hindringer for å fremme hud-mot-hud kontakt. De opplever det vanskelig å legge til rette for dette, mange foreldre forstår ikke fordelene med hud-mot-hud kontakt. Jordmødrene føler at det er mangel på informasjon til foreldre og at det i visse tilfeller kan være vanskelig å få den formidlet videre. Jordmødrene opplever også mange andre hinder for å kunne gjennomføre tidlig hud-mot-hud kontakt. Hvis kvinnen har blitt forløst med keisersnitt, kan alt fra hennes helsetilstand, til intravenøse tilganger og ledninger være i veien for hud-mot-hud kontakt. Hun kan også være veldig medtatt etter en vanlig fødsel slik at hun ikke orker å ha babyen inntil seg rett etter fødselen. Noen kvinner ønsker ikke barnet inntil seg før det er tørket av eller i andre tilfeller så er ikke moren interessert i det hele tatt. For at man skal lykkes med tidlig hud-mot-hud kontakt kreves det mye fra jordmødrene og ikke minst avdelingen. Det er viktig med kompetanse og erfaring på området og samt tid og ressurser til å gjennomføre det.

Eksempel.

Når fødekvinnen føler at hun er forpliktede til sin fødselsplan og ønsker umiddelbar hud-mot-hud kontakt. Da har vi ekstra bemanning som kan gå inn på operasjonsstua for hjelpe til. Sykepleier med 25 års erfaring (Koopman et al., 2016).

4.9 Oppsummering av resultater og funn

Kvantitative artikler:

I de 5 artiklene jeg har inkludert blir viktigheten av hud-mot-hud kontakt tatt opp i forbindelse med at barna gråter mindre, mer stabil temperatur, det øker tilknytning mellom mor og barn, øker mestringsevne, selvtillit og ammefrekvensen øker. Informasjon er viktig både før- under og etter fødsel, den skal være god og tilstrekkelig. For at informasjonen skal kunne gis på en tilfredsstillende måte trengs det bedre utdanning av helsepersonell samt at det blir mer fokus på det med viktigheten av hud-mot-hud kontakt. Her ser man også at det har mye å si hva slags forventninger og holdninger foreldrene har i forkant. Miljøet er også en viktig faktor for at man skal kunne legge godt til rette for hud-mot-hud kontakt så tidlig som mulig. Man ser at de som har en normal vaginal fødsel får tidligere og lenger hudkontakt enn de som har vært igjennom et keisersnitt.

Kvalitative artikler:

Her beskriver jordmødrene sin opplevelse av frustrasjon over hvor vanskelig kan være å få tilrettelagt for tidlig hud-mot-hud kontakt. Jordmødrenes opplevelse av faktorer som spiller inn er: foreldrenes holdninger og kunnskap om fordelene av tidlig hud-mot-hud kontakt, mor ønsker at barnet skal tørkes av før hun får det opp til seg, man er inne på en operasjonsstue der forholdene ikke ligger til rette, det kan være mange ledninger og slanger i veien eller mor er sliten og medtatt etter fødsel. Kvinnerens erfaringer og opplevelser fra de kvalitative artiklene beskrives som: når de har tidlig hud-mot-hud kontakt med sitt nyfødte barn får de en følelse av å være avslappet, glade, tilfredse og de opplever at barna er roligere og gråter mindre.

5.0 DISKUSJON

I denne litteraturstudien har hensikten vært å systematisere nyere kunnskap om fordelene med tidlig hud-mot-hud kontakt samt å kunne diskutere hvordan den kan formidles på best mulig måte. Analysen har bestått i å systematisere resultater fra kvantitative studier og en tematisk analyse av kvalitative studier i henhold til problemstilling. Hovedvekten i diskusjonen vil ligge på funn og resultater om kunnskapsformidling om verdien av tidlig hud-mot-hud kontakt til kvinnen relatert til teoretiske perspektiver og tidligere forskning. Funn og resultater for tilknytning og hud-mot-hud kontakt vil også diskuteres.

5.1 Kunnskapsformidling

Viktigheten av kunnskapsformidling til kvinnen og hennes partner kom frem som fellestrekk i både de kvantitative og de kvalitative studiene. Mange av jordmødrene opplevde at foreldrene ikke forsto fordelene med tidlig hud-mot-hud kontakt rett etter fødsel og i barseltiden. I noen tilfeller følte de at det var vanskelig å legge til rette for dette ved å oppleve hindringer for implementering av tidlig hud-mot-hud kontakt (Zwedberg et al., 2015). Studien fra Calais et al. (2010) forsterker foreldrenes syn på hva som er viktig for å fremme tidlig hud-mot-hud kontakt. Det er en stor forskjell i hva foreldrene forventer av informasjon og i hvilken grad de mottar informasjon (Calais et al., 2010). Kan foreldrene litt om temaet blir forventningene større enn om de ikke har hørt om temaet tidligere (Koopman et al., 2016).

Ved kunnskapsformidling er det viktig at jordmor tenker på at de som mottar informasjonen har forstått det man ønsket å formidle. Helsepersonell har flere viktige oppgaver, en av disse oppgavene er å informere og undervise pasienter. Regjeringen sier at ett sykehus har 4 hovedoppgaver; pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring (Regjeringen, 2014). Samtidig skal man ikke glemme at det er pasienten som er eksperten på seg selv og legge til rette for brukermedvirkning. Med det menes at pasienten skal ha en mening om hva som er bra for seg selv. Medbestemmelse og brukermedvirkning er lovbestemt i pasient og brukerrettighetsloven. (Lovdata, 1998).

WHO har sine 10 trinn for vellykket amming som Norge siden 90-tallet har implementert i stort sett alle landets føde/barselavdelinger, for å fremme amming og nærkontakt mellom mor og barn den første tiden etter fødsel. I forbindelse med dette har det vært kurs og opplæring blant personalet slik at de på best måte skal kunne hjelpe mor og barn til en best mulig start (Helsedirektoratet, 2014). Hadjiona et al. (2016) har i sin studie sett på mødrenes syn på hvordan helsepersonell implementerer de 10 prinsippene. Kvinnene i studien sier at det er mindre kunnskap og erfaring på flere steder i WHO sine 10 trinn.

For å være oppdatert på kunnskapsformidling kreves det oppfølging og utdanning av personell. Avdelingene bør til enhver tid belyse prosedyrer, ha kurs og fokusområder på temaet. Regelmessig utdanning gjør suksess med implementering av de 10 trinnene (Hadjiona et al., 2016). I 2017 var det resertifisering for alle landets barselavdelinger, dette for å kunne kalle seg mor-barn-vennlig sykehus og alle WHO's 10 trinn må være innfridd. Kun 3 av 41 avdelinger ble godkjente noe som peker på hvor viktig det er å sette teori ut i praksis og å ha fokus på fordelene til den nyfødte. Oppdatert helsepersonell kan man gi bedre veiledning og informasjon til de nybakte foreldrene (Hadjiona et al., 2016).

I undervisningssituasjoner skal man være oppmerksom på pasientens helsefremmende allmenndannelse hvor man forsikrer seg om at den informasjonen man gir blir forstått (Wilmore et al., 2015). Som jordmor har man et stort ansvar for at informasjonen blir forstått og kan brukes av pasienten (Sørensen et al., 2012). De som daglig jobber med helsekommunikasjon bør tenke over hvordan de tilrettelegger informasjonen med tanke på helsefremmende allmenndannelse og brukervedvirkning. Brukervedvirkning eller Empowerment som det ofte også blir kalt defineres som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (Finbråten & Pettersen, 2009). Brukerinnflytelse skal vektlegges og pasienten har rett til å medvirke under gjennomføring av helsehjelp (Finbråten & Pettersen, 2009). Tilrettelagt informasjon samt å dele ut skriftlig materiale er hensiktsmessig for pasienten. En brosjyre alene kan ikke gi all informasjon som kreves og alle elementer for helsekommunikasjon må være tilstede. Man kan ha en dialog med pasienten som går ut fra dennes helsefremmende allmenndannelse, brukervedvirkning og tilrettelegge informasjonen. Ifølge Finbråten and Pettersen (2009) kan dette få pasienten til å ivareta egen helse, men man skal være klar over at ved mange tilfeller er det nødvendig å reflektere kritisk over pasientens reelle forutsetning for egne valg og beslutninger.

Begrensninger med en informasjonsbrosjyre er at den alene ikke gir nok informasjon, men den styrkes og brukes som et hjelpemiddel i dialog med kvinnene. I studien til Carfoot, Williamson, and Dickson (2004) fastslår de at det er viktig å bruke hverdagslig språk ved informasjon samtidig som man supplerer med bilder eller animasjon. En annen styrke er at en brosjyre er lett tilgjengelig for alle uansett om man har tilgang til andre sosiale medier. I dagens samfunn finnes det masse informasjon på internett og man bør gjøre kvinnene oppmerksom på at det kan finnes feilinformasjon som kan bli mer problematisk en til nytte for pasienten (Finbråten & Pettersen, 2009).

5.2 Tilknytning og hud-mot-hud kontakt

Kvinnene lykkes bedre med amming og barna gråter mindre i en tidlig tilknytningsfase (Moore et al., 2016). Kvinner som har hatt en normal vaginal fødsel får holde barna sine tidligere og lengre enn de kvinnene som ble forløst med keisersnitt (Koopman et al., 2016). Keisersnitt er et kjent hinder for tidlig hud-mot-hud kontakt og tilknytning noe man ser ofte i praksis (Koopman et al., 2016). Det er ofte kaldt inne på operasjonsstuen, det er mange folk inne i rommet og ofte må man ta med babyen ut i ett annet rom for å navle av (Zwedberg et al., 2015). Som jordmor har man en viktig jobb å gjøre samt ett stort forbedringspotensial med tanke på tilknytning i en tidlig fase. Tidlig hud-mot-hud kontakt har en positiv effekt og burde i større grad kunne legges til rette for med tanke på hva oppdatert forskning viser. All forskning taler for at tidlig hud-mot-hud kontakt er den beste starten for det nyfødte barnet så sant barnet er friskt og mor er våken og stabil (Moore et al., 2016). Det er viktig at jordmor informerer foreldrene om deres rettigheter angående tidlig hud-mot-kontakt og hvordan det påvirker tilknytning når de føder på et mor-barn-vennlig sykehus. Ifølge WHO sine 10 trinn har man krav på uforstyrret hudkontakt rett etter fødsel så sant alt har forløpt normalt. Til tross for all den positive erfaringen knyttet til dette innser man at jordmødrene møter på utfordringer i arbeidet med å legge til rette for tidlig hud-mot-hud kontakt. Hindringer kan være lite kunnskap hos foreldre, tilrettelegging av plass, personell, tid og penger.

I studiene til Aghdas et al. (2014) og Moore et al. (2016) belyses det mange viktige elementer med tanke på hva tidlig hud-mot-hud kontakt har å si for tilknytning mellom mor og barn rett etter fødsel. Kvinnene føler at de mestrer ammingen, de blir avslappede og tilfreds. Dette fører til at barna gråter mindre ved at de får en fornemmelse av morens sinnsstemning når de ligger tett inntil henne. Mødrene får god selvtillit som gir en positiv erfaring de ønsker å ta

med seg videre i barseltiden. Disse positive effektene støttes i studien til Calais et al. (2010) samt at de beskriver en opplevelse av en positiv spiral som får dem til å ville fortsette med hud-mot-hud kontakt gjennom barseltiden og i tiden etter at de har kommet hjem. Dette bør være en god pekepinn for alle som jobber innenfor fagfeltet med tanke på å holde seg oppdatert på aktuell forskning og faglitteratur. Man ser hvor viktig det er at jordmor lar mor og barn få denne stunden sammen rett etter fødsel uten forstyrrende momenter, samt personalets kunnskap og interesse for temaet er av stor betydning.

5.3 Metodediskusjon

5.3.1 Styrker og begrensninger i litteraturstudien

Styrkene med litteraturstudie er at man kan tilgjengelig gjøre allerede eksisterende kunnskap spesifikt relatert til aktuell problemstilling. Styrker og begrensninger som kan diskuteres relatert til denne studien kan primært relateres til; inklusjons- og eksklusjonskriterier, valg av databaser, valg av søkeord, seleksjonsprosessen, valgt system for kvalitetsvurderinger av artiklene og herunder det at både kvalitative og kvantitative artikler er valgt.

Jeg valgte å søke etter studier med friske barn født til termin. Det ga ett begrenset antall treff i databasene ettersom mye forskning er på premature barn. Totalt har jeg valgt å inkludere 8 artikler deriblant en Cochrane-review og gjort en begrensning på 6 databaser. En begrensning i litteraturstudien er at det i mange studier inkluderer ett lite antall informanter. Med ett større antall informanter kunne de inkluderte studiene blitt mer troverdige. Moore et al. (2016) belyser også antall informanter som en begrensning i flere av de inkluderte artiklene i sin studie. Det styrker litteraturstudien ved at det er en cochrane-review av relativt ny dato.

I ettertid ser jeg at medvirkning/user participation burde vært med som ett søkeord ettersom dette kommer frem som en viktig del av kunnskapsformidlingen. På bakgrunn av det kan jeg ha mistet noen artikler som kunne vært relevant for litteraturstudiet.

Primærartiklene har vært på engelsk og det kan foreligge misforståelser i språket selv om jeg har god språkforståelse og brukt ordbok flittig.

Dette er en tilnærmet systematisk oversikt over relevant forskning på temaet. I løpet av arbeidet med litteraturstudiet har jeg lært meg å systematisk søke, samt søke og vurdere forskning i jobbsammenheng. Det at jeg ikke har tidligere erfaring med dette, og at jeg arbeider alene med en litteraturstudie er begrensninger.

Det er styrker og begrensninger relatert til å benytte både kvantitative og kvalitative artikler. At det både er en kvantitativ og kvalitativ analyse har også begrensninger. For eksempel er det hverken utført meta-analyse av kvantitative artikler og heller gjennomført en meta-syntese av kvalitative artikler. Dette krever mer avansert metodekunnskap (Forsberg & Wengström, 2016). Relatert til problemstillingen kan det også ses som en styrke at både kvantitative og kvalitative artikler er benyttet og det er foretatt en tematisk analyse av de inkluderte kvalitative studiene. Tematisk analyse er av flere benyttet på systematiske oversikter som analyserer kvalitativ data sammen med kvantitativ data. (Berg & Munthe-Kaas, 2013).

Det er viktig at man må være bevisst styrkene og begrensningene ved funnene man inkluderer i litteraturstudien. Man kan gå glipp av svært viktige nyanser om man kun inkluderer studier med svært god kvalitet. Når man tar med studier med middels eller middels høy kvalitet må man være klar over begrensninger som studien kan ha. Ingen av de inkluderte studiene er av lav kvalitet eller har store mangler.

Litteraturstudien er forsøkt å gjøre så gjennomsiktig som mulig ved å presentere søkestrategi, søkehistorikk og gjøre rede for valgene som er tatt. Det er foretatt relativt grundige søk der søkeprosessen er mest mulig transparent. En begrensning er som nevnt at jeg har sittet med studien alene og ikke hatt noen å diskutere og vurdere artiklene sammen med. Dersom noen andre skulle utføre denne studien på nytt, vil trolig ikke resultatet bli helt likt. Derfor blir ikke studien 100 % reproduserbar.

6.0 KONKLUSJON

Nyere forskning viser at hud-mot-hud kontakt den første tiden etter fødsel den beste starten for ett nyfødt barn. Dialogbasert informasjon er viktig i forkant av en fødsel om betydningen av tidlig hud-mot-hud kontakt. Dersom denne informasjonen ikke blir forstått av de blivende foreldrene kan den ha motsatt virkning og foreldrene vil bli uinteresserte og lite engasjerte i temaet. Jordmor har ansvaret for at kunnskapsformidlingen skjer i dialog med kvinnen som skal ha reel medvirkning. Helsefremmende allmenndannelse er forskjellig fra person til person og informasjonen skal tilrettelegges for hver enkelt person på best mulig måte. For at man som jordmor skal kunne gi denne informasjonen på en tilfredsstillende måte er det viktig at hun har kunnskap på området og holder seg oppdatert ved å aktivt tilegne seg ny forskning.

6.1 Implikasjon for praksis og videre forskning

En informasjonsbrosjyre kan være et hjelpemiddel i svangerskapsomsorgen og barsel for å belyse fordelene med hud-mot-hud kontakt og å bidra til at alle får basisinformasjon. Den bør primært brukes som ett supplement til samtale og dialog om tematikken. Brosjyren bør deles ut i svangerskapsomsorgen slik at foreldrene har en mulighet til å fordøye informasjonen tidlig. Samtidig har de mulighet til å finne mer informasjon om temaet hvis det skulle være av interesse. Brosjyre bør også finnes på barselavdelingen, da vil foreldrene kjenne igjen informasjonen samtidig som det blir en repetisjon av innholdet.

Å få omsatt teorien til praksis kan være utfordrende med tanke på hvor mange punkter jordmor i svangerskapsomsorgen allerede skal igjennom. Det vil handle om tid, penger og ressurser for å få dette gjennomført.

En brosjyre i seg selv har en rekke begrensninger. Det har ikke vært mødre eller annet helsepersonell med i prosessen som har medvirket til utformingen av den vedlagte brosjyren. I denne omgang er brosjyren kun for norsk språklige. Videreføring av arbeidet med brosjyre bør inneholde samspill med bruker-grupper og kvalitetsutvikling relatert til innhold, språk og design. Dersom det viser seg at det er interesse for brosjyren kan man tenke seg at den bli publisert på flere språk, etter medvirkning fra gravide kvinner som har de ulike morsmål.

Styrker med en brosjyre er at den blir et hjelpemiddel for jordmødre for å belyse ett viktig og aktuelt tema og i en dialog med kvinnen om tidlig hud-mot-hud kontakt.

Det er behov for mer forskning både om effekt av ulike kombinasjoner av tiltak for kunnskapsformidling om fordeler ved tidlig hud-mot-hud kontakt, og spesifikt forskning på bruk av informasjonsbrosjyrer som hjelpemiddel i denne kunnskapsoverføringen. Forskningen bør ha tidlig involvering av brukergrupper. Man kan også tenke seg brukermedvirkning i kvalitetsutviklingsarbeid i praksis for å bedre informasjon til gravide kvinner om god praksis ved vaginal fødsel og ved keisersnitt, basert på den forskning som allerede finnes.

7.0 LITTERATURLISTE

- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 27(1), 37. doi: 10.1016/j.wombi.2013.09.004
- Agudelo, S., Gamboa, O., Rodríguez, F., Cala, S., Gualdrón, N., Obando, E., & Padrón, M. L. (2016). The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 17(1), 521.
- Beiranvand, S., Valizadeh, F., Hosseinabadi, R., & Pournia, Y. (2014). The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery. *International Journal of Pediatrics*, 2014(2014). doi: 10.1155/2014/846486
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2): 131-139.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Calais, E., Dalbye, R., Nyqvist, K., & Berg, M. (2010). Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings. *Acta Paediatr.*, 99(7), 1080-1090. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01742.x
- Carfoot, S., Williamson, P. R., & Dickson, R. (2004). The value of a pilot study in breastfeeding research. *Midwifery*, 20(2), 188-193. doi: 10.1016/j.midw.2003.11.002
- Chiu, S. H., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2005). Newborn Temperature During Skin-to-Skin Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties. *Birth*, 32(2), 115-121. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00354.x
- Dalbye, R., Calais, E., & Berg, M. (2011). Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 107-111. doi: 10.1016/j.srhc.2011.03.003
- Dani, C., Cecchi, A., Commare, A., Rapisardi, G., Breschi, R., & Pratesi, S. (2015). Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 452-457. doi: 10.1177/0890334414566238
- Ferber, S. G., & Makhoul, I. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 113(4), 858.

- Finbråten, H. S., & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Tidsskriftet sykepleien*, 97(5), 60-63.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur.
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000). Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 105. doi: 10.1542/peds.105.1.e14
- Hadjiona, V., Middleton, N., Kouta, C., Hadjigeorgiou, E., Lambrinou, E., & Kolokotroni, O. (2016). Cyprus mothers' breast feeding self-efficacy and their perceptions about the implementation of the '10 steps' in the first 48hours after birth. *Midwifery*, 36, 43. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.021
- Helsedirektoratet. (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Retrieved 3 mai 2017, from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien#kroppskontakt-med-barnet---tilknytning>
- Helsedirektoratet. (2014, s 33). Nytt liv og trygg barseltid for familien : Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Retrieved 3 mai 2017, from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-barselomsorgen-nytt-liv-og-trygg-barseltid-for-familien#kroppskontakt-med-barnet---tilknytning>
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2016). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. from <http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Jenum, A. K., & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien forskning (online)*. 9(2014)nr 3, 272-280.
- Koopman, I., Callaghan-Koru, J. A., Alaofin, O., Argani, C. H., & Farzin, A. (2016). Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *J Clin Nurs*, 25(9-10), 1367-1376. doi: 10.1111/jocn.13227
- Lovdata. (1998). Lov om pasientrettigheter. from Departementet <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Malterud, k. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (Vol. 3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 11, CD003519.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Pettersen, S., & Pettersen, K. S. (2003). Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? (pp. s. 372-388). Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Redshaw, M., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30(5), e177-e187. doi: 10.1016/j.midw.2014.02.003
- Regjeringen. (2014). Sykehusenes hovedoppgaver. Retrieved 29. september 2017 <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-/id528111/>
- Sletteland, N. (2014, s 69). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Uga, E., Candriella, M., Perino, A., Alloni, V., Angilella, G., Trada, M., . . . Provera, S. (2008). Heel lance in newborn during breastfeeding: An evaluation of analgesic effect of this procedure. *Italian Journal of Pediatrics*, 34(3), <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi: 10.1186/1824-7288-34-3
- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrison, B. (2007). Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 32(6), 375. doi: 10.1097/01.NMC.0000298134.39785.6c
- WHO. (2017). Baby-friendly Hospital Initiative. Retrieved 29. september 2017 <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/>
- Widström, A. M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2011). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr*, 100. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family medicine*, 34(5), 383.

Wilmore, M., Rodger, D., Humphreys, S., Clifton, V. L., Dalton, J., Flabouris, M., & Skuse, A. (2015). How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery*, 31(1), 74. doi: 10.1016/j.midw.2014.06.004

Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother-infant skin-to-skin contact after a caesarean section: 'fighting an uphill battle'. *Midwifery*, 31(1), 215-220. doi: 10.1016/j.midw.2014.08.014

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over søkeprosessen

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av en kvantitativ studie:

E. Calais, R Dalbye, KH Nyqvist & M Berg:

Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie:

S Zwedberg, J Blomquist & E Sigerstad:

Midwives' experience with mother infant skin-to-skin contact after a caesarean section: «fighting uphill battle»

Vedlegg 4: Presentasjon av de ekskluderte artiklene

Vedlegg 5: Eksempel på tematisk analyse

Vedlegg 6: Presentasjon av brosjyren.

Alle bildene har jeg fått via en forespørsel på facebook. Jeg ble tilsendt bilder på mail med tillatelse fra eier til å disponere bildene fritt i brosjyren.

Vedlegg 1: Oversikt over søkeprosessen

Database	Søkeord	Antall aktuelle artikler	Abstrakt videre
Cochrane	Kangaroo or «skin to skin»	8	1
MedLine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kangaroo care (283) 2. Skin to skin (4785) 3. kangaroo.mp. (1903) 4. Kangaroo-Mother Care Method (209) 5. 1 or 2 or 3 or 4 (6444) 6. Term Birth/ (2330) 7. Term Birth*mp. (3947) 8. full term.mp. (14996) 9. Term newborn.mp. (1804) 10. 6 or 7 or 8 or 9 (19208) 11. 5 and 10 (72) 	72	19
Maternity & Infant Care	<ol style="list-style-type: none"> 1. kangaroo care.mp. (214) 2. kangaroo mother care.mp (159) 3. skin to skin.mp (388) 4. kangaroo.mp (388) 5. 1 or 2 or 3 or 4 (911) 6. Term Birth.mp (372) 7. Full Term.mp (2402) 8. Term Newborn.mp. (286) 9. 6 or 7 or 8 (2921) 10. 5 and 9 (45) 	19	4
Cinahl	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kangaroo Care (275) 2. «skin to skin» (354) 3. «kangaroo» (313) 4. 1 or 2 or 3 (541) 5. MH Term Birth (227) 6. «Full Term» (999) 7. «Term Newborn» (106) 8. «Term Birth» (456) 9. 5 or 6 or 7 or 8 (1470) 10. 4 and 9 (24) 	24	9
PubMed	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kangaroo (3372) 2. Term Birth (37296) 3. Pregnancy (886603) 4. 1 or 2 or 3 (907616) 5. 1 and 2 and 3 (30) 	30	9
ScienceDirect	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kangaroo care (2476) 2. «skin to skin» (919) 3. Term Birth (342324) 4. 1 or 2 (5237) 5. 2 or 3 (344254) 6. 1 or 3 (343876) 7. 1 and 3 (924) 8. 2 and 3 (309) 9. 1 and 2 (96) 	96	1

Vedlegg 2: Sjekkliste for kvantitativ studie

**SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT
KONTROLLERT STUDIE
(RCT)**

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. User's Guides to the medical literature. A manual for evidence based clinical practice, second edition. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2008.
- Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka "Slik oppsummerer vi forskning" og «Risk of bias tool» (kunnskapssenteret.no)

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Populasjonen som studeres</i> • <i>Tiltaket som gis</i> • <i>Sammenligningen som gjøres</i> • <i>Utfallene som vurderes</i> 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: left;">Ja</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Uklart</th> <th style="width: 25%; text-align: right;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet</i> • <i>Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc)</i> • <i>Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon (tabell for karakteristikkk ved baseline)</i> 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: left;">Ja</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Uklart</th> <th style="width: 25%; text-align: right;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var det stort frafall, - og var frafallet likt fordelt i gruppene?</i> • <i>Er grunner for frafallet beskrevet?</i> • <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i> • <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i> 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%; text-align: left;">Ja</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Uklart</th> <th style="width: 25%; text-align: right;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

<p>4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig. • Subjektive utfallsmål (for eksempel smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding. • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>× O</td> <td>O</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	O	× O	O
Ja	Uklart	Nei					
O	× O	O					
<p>5. Var gruppene like ved starten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Andre faktorer kan påvirke resultatene, f eks alder, kjønn og sosial klasse.</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>OX</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	OX	O	O
Ja	Uklart	Nei					
OX	O	O					
<p>6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. • For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>OX</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	OX	O	O
Ja	Uklart	Nei					
OX	O	O					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke utfall ble målt? • Er det primære utfallet klart spesifisert? • Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, Relativ Risiko, Numbers needed to treat (NNT) etc. • Er det en viktig forskjell mellom gruppene? • Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i én setning? 	<p>Hvilke faktorer kan fremme hud-mot-hud kontakt fremme eller hindre tidlig hud-mot-hud kontakt mellom babye og foreldre de første dagene etter fødsel.</p> <p>Det er viktig med god informasjon og godt miljø for å kunne legge tilrette for hud-mot-hud kontakt.</p>
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er det oppgitt konfidensintervaller eller p-verdier? <input type="checkbox"/> Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt.</p>	<p>P-verdi er oppgitt</p>

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	X		
Ja	Uklart	Nei					
X							

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Er godt beskrevet med type utvalg og datainnsamling</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	O	O
Ja	Uklart	Nei					
Ø	O	O					
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)? 	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Det er gjort godt rede for hvem som deltar i studien og hvorfor. Alle som ble spurt om å delta deltok</p> <p>Kjønn er beskrevet men ikke alder. Det er gjort rede for hva slags yrkestittel de inkluderte har</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	O	O
Ja	Uklart	Nei					
Ø	O	O					

<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i> Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <p><input type="checkbox"/> Er metoden som ble valgt god for å belyse</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	☒	○	○
Ja	Uklart	Nei					
☒	○	○					
<p>problemstillingen?</p> <p><input type="checkbox"/> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</p> <p><input type="checkbox"/> Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</p>	<p>Metode er beskrevet. Det er beskrevet at det er gjort intervjuer av jordmødre. Valg av setting er beskrevet</p>						

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Analysen er godt beskrevet</p>	Ja	Uklart	Nei	☒	○	○
Ja	Uklart	Nei					
☒	○	○					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">☒</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	○	○	☒
Ja	Uklart	Nei					
○	○	☒					

<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	☒	○	○	Kommentar:		
Ja	Uklart	Nei								
☒	○	○								
Kommentar:										
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? <input type="checkbox"/> Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	☒	○	○	Kommentar:		
Ja	Uklart	Nei								
☒	○	○								
Kommentar:										

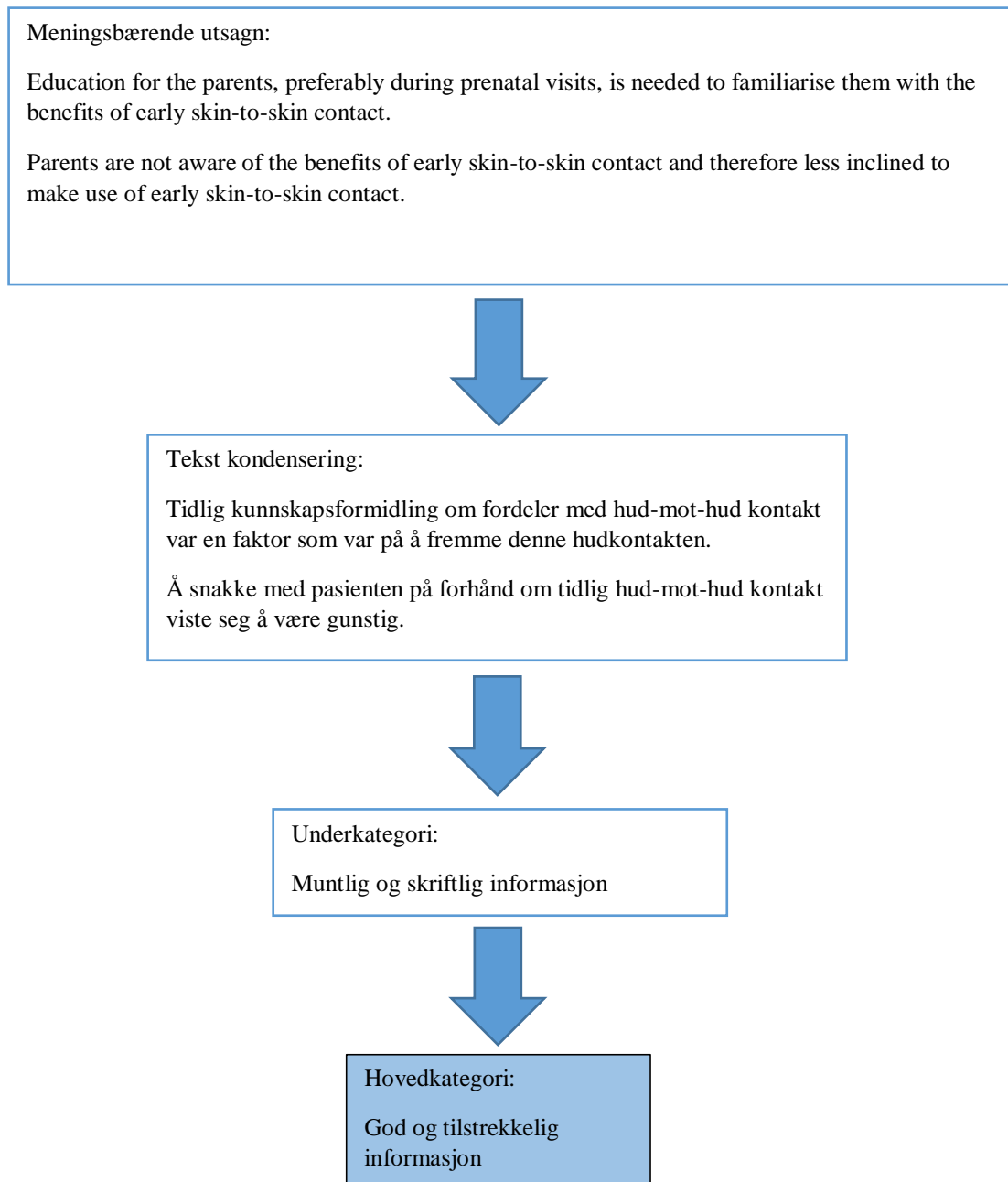
HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">☒</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	☒	○	○	Kommentar:		
Ja	Uklart	Nei								
☒	○	○								
Kommentar:										

Vedlegg 4: Ekskluderte artikler

Forfatter, tidsskrift, land og årstall	Tittel	Metode	Begrunnelse for eksklusjon
S Agudelo, O Gamboa, F, Rodriguez, S Cala, N, Gualdrón, E, Obando & ML Padrón Trials Colombia 2015	The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clinica Universidad de La Sabana	Randomisert kontrollert studie	Dette var en ufullstendig studie og kan ikke relateres til det norske helsevesen
C, Dani, A Cecchi, A, Commare, G Rapisardi, R, Breschi, & S Pratesi Journal of Human Lactation Italia 2014	Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin	Chohort studie	Var ikke relevant relatert til min problemstilling
S, Berianvand, F, Valizadeh, R, Hosseinabadi & Y, Pournia International Journal of Pediatrics Iran 2014	The Effects of Skin-to-Skin Contact on Temperature and Breastfeeding Successfulness in Full-Term Newborns after Cesarean Delivery	Randomisert kontrollert studie	Er inkludert i review
S-H, Chiu, G, Cranston Anderson & M D, Burkhammer Birth USA 2005	Newborn Temperature During Skin-to-Skin Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties	Uklar	Over 10 år gammel. Metodesvakhet
M W, Walters, K M, Boggs, S, Ludington-Hoe, K M, Price & B, Morrison The American Journal of Maternal/Child Nursing USA 2007	Kangaroo Care at Birth for Full Term Infants	Deskriptiv pilotstudie	Ikke kvalifisert etter kvalitetsvurdering ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
A-M Widstrøm, G, Lilja, P, Aaltomaa-Michalias, A, Dahllöf, M Lintula & E, Nissen Acta Pædiatrica Sverige 2010	Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation	Randomisert kontrollert studie	Inkludert i review
E, Uga, M, Candriella, A, Perino, V, Alloni, G angilella, M, Trada, AM Ziliotto, MB Rossi, D, Tozzini, C Tripaldi, Vaglio, L, Grossi, M, Allen & S, Provera Italian Journal of Pediatrics Italia 2008	Heel lance in newborn during breastfeeding: an evaluation of analgesic effect of this procedure	Uklar	Ikke kvalifisert etter kvalitetsvurdering ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Metodesvakhet
S, Goldstein Ferber & I R, Makhoul Pediatrics Israel 2003	The effect of Skin-to-Skin Contact (kangaroo care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Respnses of the Term Newborn	Randomisert kontrollert studie	Over 10 år gammel
L, Gray, L, Watt & E M, Blass Pediatrics Boston 2000	Skin-to-Skin Contact Is Analgetic in Healthy Newborns	Randomisert kontrollert studie	Inkludert i review

Vedlegg 5



Figur 3: Eksempel på tematisk analyse av prosessen fra identifisering av avgrensede meningsbærende utsagn som tekst kondenseres og etter koding plasseres i en underkategori som igjen plasseres i en av hovedkategoriene.

Hud-mot-hud kontakt

Den beste starten for barnet ditt



Hensikten med denne brosjyren er å gi informasjon til foreldre om fordelene med tidlig hud-mot-hud kontakt.

Fordelene med hud-mot-hud kontakt:

- Det fremmer tilknytning og amming.
- Barnet gråter mindre.
- Barnet holder temperaturen bedre inntil mor.
- Det er lettere å tolke barnets signaler.
- Når barnet suger øker melkeproduksjonen.



Barnet bør ligge hud-mot-hud rett etter fødsel til ammingen er etablert, gjerne så mye som mulig gjennom hele barseltiden på sykehuset.

Gjennom svangerskapet er barnet vant med å kjenne mors herteslag og bli vugget forsiktig når hun beveger seg.



Du har mulighet til å bære barnet ditt hud-mot-hud så mye du vil.

På barselavdelingene har de tubetopp som du kan få låne.

Spør de på barsel om å vise deg hvordan den fungerer.



Det beste for barnet er å ha det tett inntil seg.
Det øker tilknytningen mellom mor, far og barn.



Ved keisersnitt eller andre omstendigheter under fødsel der babyen ikke kommer direkte hud-mot-hud med mor rett etterpå, kan far, partner eller annen omsorgsperson være ett godt alternativ.

HUSK: det aldri er for sent å gi babyen din hud-mot-hud kontakt, selv om starten ikke ble helt som planlagt.

Dere kan lese mer om hud-mot-hud kontakt på:

Helsebiblioteket.no

Ammehjelpen.no

Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA)

Oslo-universitetsykehus.no