
Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet

KLINIKK OG FORSKNING

MALIN EBERHARD-GRAN

ANNE ESKILD*

Avdeling for samfunnsmedisin
Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Torshov
0403 Oslo

STEIN OPJORDSMOEN

Klinikk for psykiatri
Ullevål sykehus
0407 Oslo

BERIT SCHEI

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Medisinsk-teknisk forskningssenter
7005 Trondheim
* Nåværende adresse:
Kvinnesenteret
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Innføring av fri amming etter barnets behov, også nattetid, er blitt gjennomført ved de fleste norske sykehus i løpet av de siste ti årene. Hensikten med denne studien var å finne ut om kvinner får tilstrekkelig søvn og hvile på barselavdelingen, og hvilke faktorer som er knyttet til for lite søvn og hvile. Også grad av tilfredshet med sykehusoppholdet og hvilke faktorer som innvirket på dette ble studert.

Fra april til november 1998 ble 160 barselkvinner, 89 % av alle barselkvinnene i Nes og Sørums kommuner, inkludert i en spørreskjemaundersøkelse.

Nesten halvparten av kvinnene oppgav at de ikke fikk nok søvn og hvile i sykehuset. Den faktoren som var sterkest assosiert med mangel på søvn og hvile, var å ligge på flersengsrom versus enerom.

Vel halvparten av kvinnene oppgav å være meget fornøyd, omtrent én av tre var passe fornøyd og én av 20 lite fornøyd med sykehusoppholdet. Å være passe eller lite fornøyd var knyttet til ved hvilket sykehus fødselen fant sted og av søvn og hvile.

Vår undersøkelse tyder på at kvinner under nåværende forhold på barselavdelingene ikke får tilstrekkelig med søvn og hvile.

Å få et barn oppleves av de fleste kvinner og menn som en av livets viktigste hendelser. Føde- og barselavdelingens oppgave er å bidra til å gi familien og det nye barnet en god start på livet, først og fremst ved å diagnostisere og behandle komplikasjoner hos mor og barn, men også ved å formidle kunnskap om spedbarnsomsorg.

Spedbarnsomsorgen har vært gjenstand for skiftende trender. Det har også rutinene på barselavdelingene (1, 2). I 1960-årene var det vanlig at kvinner gav barnet morsmelktillegg istedenfor å amme. Dette var en uheldig utvikling, særlig blant de fattige i u-land. På grunn av uhygieniske forhold og matvaremangel kan amming være vesentlig for barns overlevelse det første leveåret (3).

Som konsekvens av dette startet Verdens helseorganisasjon The Baby-Friendly Hospital Initiative, som er et tiltak for å fremme amming og tidlig nærkontakt mellom mor og barn (4). I løpet av de siste årene er prosjektet Mor – barn-vennlig initiativ, som er en norsk oppfølging, blitt fremmet og gjennomført ved mange barselavdelinger i Norge (5). I Norge har Statens helsetilsyn tatt initiativ til prosjektet. For å bli godkjent som mor-barn-vennlig sykehus må WHO/UNICEFs ti punkter for vellykket amming oppfylles (tab 1). Norge har lenge, også før prosjektet ble lansert, vært i verdenstoppen både når det gjelder andel mødre som ammer og lengden på ammeperioden (6). Samvær mellom mor og barn like etter fødselen er av vesentlig betydning for forholdet mellom dem og også for barnets emosjonelle utvikling (7 – 9).

Tabell 2

Tabell 1 WHO/UNICEFs ti punkter for vellykket amming

<i>Et mor-barn-vennlig sykehus skal</i>
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 fordelene ved brystnæring 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 en 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 sine spedbarn
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 narresmokk eller flaskesmokk til brystbarn, iallfall til ammingen er veletablert
10. Bidra til at det etableres en enhetlig arbeidende tiltakskjede mellom svangerskapsomsorgen, føde-/barselavdelingen og helsestasjonen. Helsestasjonen bør informeres om Ammehjelpen, og støtte opprettelsen av ammegrupper

Prosjekt Mor – barn-vennlig initiativ legger opp til at mor og barn skal atskilles minst mulig. Amming skal skje etter barnets behov. Statens helsetilsyn anbefaler at mødrene skal ha anledning til å ha barnet hos seg hele døgnet. Dette er mange steder blitt tolket dit hen at barnet bør være hos moren. Helsetilsynet har imidlertid også understreket sykehusenes oppgave med å gi omsorg til mor slik at hun får krefter til barnet. Innføring av prosjektet er foretatt samtidig som de fleste sykehus har vært pålagt rasjonaliseringer, nedskjæringer og økende press for tidlig hjemreise (5). En uheldig konsekvens av dette kan muligens ha vært at mye av ansvaret for stellet av barnet er blitt overlatt til mødrene alene døgnet rundt. Det har vært viktigere med amming og kontakt med barnet enn hvile (10).

Denne studien søkte å belyse om kvinner synes de får nok søvn og hvile mens de er på barselavdelingen. En spørreskjemaundersøkelse blant 160 barselkvinner i Nes og Sørums kommuner i Akershus ble gjennomført. Majoriteten av kvinnene hadde født ved Sentralsykehuset i Akershus eller ved Kongsvinger sykehus. Begge disse sykehusene er godkjente som mor-barn-vennlige sykehus. Studien tok også sikte på å identifisere faktorer som er knyttet til for lite søvn og hvile og til grad av tilfredshet med sykehusoppholdet.

Materiale og metode

Metode og utvalg

Studien omfattet samtlige barselkvinner (n = 180) over 18 år i Nes og Sørums kommuner i Akershus som kunne forstå et spørreskjema på norsk. Studien ble gjennomført i tidsrommet april til og med november 1998 og er en del av en større pågående studie om mental helse hos barselkvinner. Barselkvinnene ble spurt om å delta i studien på helsestasjonen ved seksukerskontrollen av barnet. Fire kvinner (2 %) ønsket ikke å delta. 176 kvinner fikk tildelt et spørreskjema som de skulle fylle ut hjemme og sende til prosjektledelsen. Av disse svarte 160 (91 %). To kvinner hadde ikke svart på spørsmålet om søvn og hvile under sykehusoppholdet. Dataanalysene baseres derfor på svar fra 158 kvinner. Av disse hadde 104 kvinner (65 %) født sitt barn ved Sentralsykehuset i Akershus og 20 (13 %) ved Kongsvinger sykehus. Fem kvinner (3 %) hadde født andre steder (Vestfold sentralsykehus, Ullevål sykehus, Lillehammer sykehus, Bærum sykehus eller hjemme). Spørsmålet om sykehus var ikke inkludert i spørreskjemaene til de 31 første kvinnene som ble rekruttert til studien.

Variabler

Spørsmålet om søvn og hvile var formulert slik: "Følte du at du fikk nok søvn og hvile på sykehuset?" Svaret var kodet "nok søvn og hvile": ja/nei.

Spørsmålet om tilfredshet med sykehusoppholdet var formulert slik: "Hvor fornøyd var du med oppholdet på sykehuset?" Svaret ble i dataanalysen gruppert slik: meget fornøyd, passe/lite fornøyd.

Forklaringsvariabler var følgende: antall kvinner på rommet, alder, antall tidligere fødsler, type forløsning, varighet av fødsel, lengde på sykehusopphold, sykehus for fødsel, samlivsproblemer siste året (ja/nei), økonomiske problemer siste året (ja/nei), boligproblemer siste året (ja/nei), forekomst av sykdom hos kvinnen (ja/nei), sykdom eller annet problem hos det nyfødte barnet (ja/nei).

Som forklaringsvariabel til spørsmålet om tilfredshet med sykehusoppholdet var også nok søvn og hvile i sykehuset inkludert.

Statistisk metode

Ujusterte og justerte oddsratioer ble estimert i logistiske regresjonsmodeller. Oddsratio er et uttrykk for risiko. Hvis oddsratio er høyere enn 1,0, er risikoen økt i forhold til referansekategorien, som er gitt verdien 1,0. Hvis oddsratio er lavere enn 1,0, er risikoen redusert.

95 % konfidensintervaller omkring oddsratioestimatet ble beregnet. Når konfidensintervallet ikke inkluderer 1,0, er forskjellen fra referansekategorien signifikant på 5 %-nivå.

Etikk

Studien er godkjent av Datatilsynet og behandlet i den regionale komité for medisinsk forskningsetikk.

Resultater

Søvn og hvile

75 av 158 kvinner (47 %) oppgav at de ikke fikk nok søvn og hvile i sykehuset. 26 kvinner (16 %) bodde alene på rommet, 132 kvinner (84 %) bodde på rom med en eller flere andre barselkvinner. Å bo sammen med flere gav en justert oddsratio på 11,0 (95 % konfidensintervall (KI) 1,7 – 69,1) for ikke å få nok søvn og hvile sammenliknet med å bo alene (tab 2).

Tabell

Ujustert og justert oddsratio med 95 % konfidensintervall (KI) for ikke å få nok søvn og hvile under oppholdet i barselavdelingen etter ulike forklaringsvariabler blant 158 barselkvinner i Nes og Sørums kommuner, 1998

	Nok søvn og hvile i sykehuset				Totalt antall	• Ujustert oddsratio • (95 % KI)	• Justert oddsratio • (95 % KI)
	Nei		Ja				
	Antall	(%)	Antall	(%)			
Antall kvinner på sykehusrom							
Enerom	3	(12)	23	(88)	26	1,0	1,0
Flersengsrom	72	(54)	60	(46)	132	9,2 (2,6 – 32,0)	11,0 (1,7 – 69,1)
Kvinnens alder (år)							
< 30	30	(39)	47	(61)	77	1,0	1,0
30 og eldre	44	(56)	35	(44)	79	2,0 (1,0 – 3,7)	3,1 (1,3 – 7,5)
Ubesvart					2		
Antall tidligere fødsler							
Ingen	32	(51)	31	(49)	63	1,0	1,0
En eller flere	43	(45)	52	(55)	95	0,8 (0,4 – 1,5)	1,0 (0,4 – 2,7)
Type forløsning							
Vaginal forløsning uten komplikasjoner	57	(46)	66	(54)	123	1,0	1,0
Vaginal forløsning med belastning	6	(46)	7	(54)	13	1,0 (0,3 – 3,1)	1,8 (0,4 – 8,2)
Operativ forløsning (keisersnitt)	10	(50)	10	(50)	20	1,2 (0,4 – 3,0)	2,3 (0,3 – 20,6)
Ubesvart					2		
Varighet av fødsel (timer)							
1 – 12 timer	49	(43)	64	(57)	113	1,0	1,0
> 12	20	(64)	11	(36)	31	2,4 (1,0 – 5,4)	2,9 (1,0 – 8,8)
Ubesvart					14		
Lengde på sykehusopphold (antall overnattinger)							
Inntil 3	28	(48)	31	(52)	59	1,0	1,0
4 – 7	38	(48)	41	(52)	79	1,0 (0,5 – 2,0)	1,1 (0,4 – 3,1)
> 7	9	(45)	11	(55)	20	0,9 (0,3 – 2,5)	0,5 (0,1 – 3,0)
Sykehus							
Kongsvinger eller andre steder	6	(24)	19	(76)	25	1,0	1,0
Sentralsykehuset i Akershus	59	(57)	45	(43)	104	4,2 (1,5 – 11,2)	4,2 (1,3 – 14,1)

Nok søvn og hvile i sykehuset						
Nei		Ja		Totalt antall	• Ujustert oddsratio • (95 % KI)	• Justert oddsratio • (95 % KI)
Antall	(%)	Antall	(%)			
Ubesvart				29		

Andre faktorer som var signifikant assosiert med søvn og hvile under sykehusoppholdet, var varighet av fødselen, kvinnens alder og sykehus. Verken antall tidligere fødsler, type forløsning eller lengde på sykehusoppholdet var signifikant assosiert med søvn og hvile på sykehuset (tab 2). Det kan se ut som operativt forløste kvinner i mindre grad fikk nok søvn og hvile, men vårt utvalg er for lite for å kunne si noe med sikkerhet. Mål for psykososiale faktorer var ikke assosiert med søvn og hvile og er ikke inkludert i tabell 2.

I en egen analyse av kvinnene som fødte på Sentralsykehuset i Akershus var ujustert oddsratio for ikke å få nok søvn og hvile 8,1 (95 % KI 1,7 – 39,3) for å bo sammen med flere sammenliknet med å bo alene. Blant kvinnene som fødte på Kongsvinger, var samme ujusterte oddsratio 2,9 (95 % KI 0,3 – 30,3).

Tilfredshet med sykehusoppholdet

88 av de 158 kvinnene (56 %) oppgav å være meget fornøyd, 62 (39 %) var passe fornøyd og åtte (5 %) lite fornøyd med sykehusoppholdet. Den faktor som hadde størst betydning for å være lite eller passe fornøyd med sykehusoppholdet, var sted for fødsel (tab 3). Fødsel ved Sentralsykehuset i Akershus gav en justert oddsratio på 18 (95 % KI 2,2 – 149,1) for å være passe eller lite fornøyd, sammenliknet med fødsel på Kongsvinger eller andre steder.

Tabell 3

Ujustert og justert oddsratio med 95 % konfidensintervall (KI) for å være passe eller lite fornøyd med sykehusoppholdet etter ulike forklaringsvariabler rundt fødsel blant 158 barselkvinner i Nes og Sørums kommuner, 1998

	Grad av tilfredshet i sykehuset					Totalt antall	• Ujustert oddsratio • (95 % KI)	• Justert oddsratio • (95 % KI)
	Passe eller lite fornøyd		Meget fornøyd					
	Antall	(%)	Antall	(%)				
Nok søvn og hvile								
Ja	22	(26)	61	(74)	83	1,0	1,0	
Nei	48	(64)	27	(36)	75	4,9 (2,5 – 9,7)	3,3 (1,3 – 8,1)	
Antall kvinner på sykehusrom								

	Grad av tilfredshet i sykehuset					Totalt antall	• Ujustert oddsratio • (95 % KI)	• Justert oddsratio • (95 % KI)
	Passe eller lite fornøyd		Meget fornøyd					
	Antall	(%)	Antall	(%)				
Enerom	7	(27)	19	(73)	26	1,0	1,0	
Flersengsrom	63	(48)	69	(52)	132	2,5 (1,0 – 6,3)	6,0 (0,7 – 48,8)	
Kvinnens alder (år)								
< 30	30	(39)	47	(61)	77	1,0	1,0	
30 og eldre	40	(51)	39	(49)	79	1,6 (0,9 – 3,0)	1,7 (0,7 – 4,4)	
Ubesvart	2							
Antall tidligere fødsler								
Ingen	30	(48)	33	(52)	63	1,0	1,0	
En eller flere	40	(42)	55	(58)	95	0,8 (0,4 – 1,5)	0,8 (0,3 – 2,2)	
Type forløsning								
Vaginal forløsning uten komplikasjoner	50	(41)	73	(59)	123	1,0	1,0	
Vaginal forløsning med belastning	5	(38)	8	(62)	13	0,9 (0,3 – 3,0)	1,5 (0,3 – 8,0)	
Operativ forløsning (keisersnitt)	13	(65)	7	(35)	20	2,7 (1,0 – 7,3)	2,9 (0,3 – 23,5)	
Ubesvart	2							
Varighet av fødsel (timer)								
1 – 12 timer	49	(43)	64	(57)	113	1,0	1,0	
> 12	13	(42)	18	(58)	31	0,9 (0,4 – 2,1)	0,7 (0,2 – 2,2)	
Ubesvart	14							
Lengde på sykehusopphold (antall overnattinger)								
Inntil 3	27	(46)	32	(54)	59	1,0	1,0	
4 – 7	34	(43)	45	(57)	79	0,9 (0,5 – 1,8)	0,9 (0,3 – 2,6)	
> 7	9	(45)	11	(55)	20	1,0 (0,4 – 2,7)	0,5 (0,1 – 3,5)	
Sykehus								
Kongsvinger eller andre steder	2	(8)	23	(92)	25	1,0	1,0	
Sentralsykehuset i Akershus	60	(58)	44	(42)	104	15,7 (3,5 – 70,0)	18,0 (2,2 – 149,1)	
Ubesvart	29							

Blant dem som var passe fornøyd eller lite fornøyd, oppgav 48 av 70 (69 %) at de ikke hadde fått nok søvn. Det er interessant at hele 27 av de 88 kvinnene (31 %) som var meget fornøyd, rapporterte at de fikk for lite søvn og hvile (tab 3). I den multivariate modellen hvor søvn og hvile er kontrollert for, kan det se ut som om antall kvinner på rommet har en selvstendig betydning for tilfredshet med sykehusoppholdet (tab 3).

Verken alder, antall tidligere fødsler, type forløsning, varighet av fødsel, lengde på sykehusoppholdet eller psykososiale faktorer hadde betydning for grad av tilfredshet med sykehusoppholdet.

Forskjeller mellom sykehus

23 av 25 (92 %) av kvinnene som hadde født på Kongsvinger, var meget fornøyd, sammenliknet med 44 av 104 kvinner (42 %) som hadde født ved Sentralsykehuset i Akershus. Liggetiden ved Sentralsykehuset i Akershus var i gjennomsnitt 4,7 overnattinger og ved Kongsvinger sykehus 4,3 overnattinger. Ved Sentralsykehuset i Akershus bodde 12 % alene på rommet, sammenliknet med 37 % ved Kongsvinger sykehus. Ved Kongsvinger sykehus finnes ikke større rom enn tosengsrom, mens majoriteten av kvinnene ved Sentralsykehuset i Akershus ligger på rom sammen med tre til fire kvinner. Ved Sentralsykehuset i Akershus mente 59 av 104 (57 %) at de ikke hadde fått nok søvn og hvile, sammenliknet med seks av 25 (24 %) blant dem som hadde født ved Kongsvinger sykehus. Ved Sentralsykehuset i Akershus ble 14 % av kvinnene forløst operativt, sammenliknet med 8 % ved Kongsvinger sykehus. Det er interessant at når man kontrollerer for disse forskjellene mellom sykehusene i en multivariat analyse, er forskjellene i grad av tilfredshet minst like stor (tab 3).

Diskusjon

I denne studien rapporterte 47 % av alle barselkvinner at de ikke fikk nok på søvn og hvile i sykehuset etter fødselen. Den faktoren som viste sterkest samvariasjon med søvn og hvile i sykehuset, var antall kvinner på rommet. Andre faktorer som var knyttet til søvn og hvile i sykehuset var varighet av fødselen, kvinnens alder og ved hvilket sykehus fødselen fant sted.

56 % oppgav å være meget fornøyd og 44 % passe eller lite fornøyd med sykehusoppholdet. Grad av tilfredshet var knyttet til hvilket sykehus fødselen foregikk på og om kvinnen syntes at hun hadde fått nok søvn og hvile.

I denne studien har det vært brukt grove, subjektive mål for de avhengige variablene, og målene har ikke vært validerte. Det ble brukt et opplevelsesmål for søvn istedenfor det faktiske antall timer søvn. Ideelt sett burde opplevelsesmålet ha vært komplettert med en objektiv måling.

Kvinnene i Nes og Sørums kommuner er muligens ikke representative for hele landet når det gjelder behov for og tilgang på søvn og hvile i løpet av barseloppholdet. Det er imidlertid grunn til å tro at de faktorer som er assosiert med søvn og hvile og tilfredshet med sykehusoppholdet i denne studien, også gjelder for barselkvinner generelt.

Tolking av resultatene

Det er helt naturlig å sove mindre enn vanlig når man har et spedbarn. Det er derfor vesentlig å finne ut om det kan finnes andre årsaker enn det egne barnet til lite søvn og hvile. I denne studien finner vi en klar samvariasjon mellom søvn og antall kvinner per rom. Dette kan være en viktig observasjon. Kvinnene forstyrres ikke bare av sitt eget barn, men av andres barn i tillegg. Det er grunn til å sette spørsmålstegn ved uregulert fri amming 24 timer i døgnet så lenge barselkvinner ligger på rom med flere andre.

Det finnes, så vidt vi vet, ingen nyere norske publiserte studier av barselkvinners opplevelse av oppholdet i barselavdelingen, og det er foreløpig ikke foretatt noen evaluering av prosjektet Mor – barn-vennlig initiativ. En svensk undersøkelse viste imidlertid at mødre som ammet om natten, sov samme antall timer og var like opplagt som dem som ikke gjorde det (11). De som deltok i denne undersøkelsen, lå på enerom eller tomannsrom, og firesengsrom ble ombygd til tosengsrom forut for undersøkelsen.

I vår studie rapporterte kvinner over 30 år og kvinner som hadde hatt langvarige fødsler i større grad mangel på søvn og hvile. Dette kan være av betydning i den kliniske hverdag. Disse kvinnene bør muligens få ekstra omsorg.

Det er tidligere vist i en studie fra Australia at grad av tilfredshet kan variere betydelig mellom sykehus, og det er pekt på organisatoriske forskjeller som forklaring på dette (12). I vår studie er forskjellen i grad av tilfredshet mellom kvinnene på de ulike sykehusene stor også når man kontrollerer for de forskjellige forklaringsvariablene. Særlig er det interessant at forskjellen i søvn og hvile mellom sykehusene ikke ser ut til å forklare hvorfor kvinnene på Kongsvinger er mer fornøyd enn kvinnene som fødte ved Sentralsykehuset i Akershus. Det må derfor være forhold som har betydning for pasienttilfredshet og som varierer mellom sykehusene som vi ikke har identifisert i vår studie. Eksempel på organisatoriske forhold som kan tale til fordel for Kongsvinger sykehus, er at det er et lite sykehus og at mange kjenner hverandre. Andre forhold som kan spille inn er antall ansatte per barselkvinne, gjennomtrekk av personale, kommunikasjon mellom pasient og personale, rommenes beskaftenhet og sanitære forhold.

Noe av forskjellen mellom sykehusene kan muligens også forklares ved en seleksjon av risikofødsler til Sentralsykehuset i Akershus. I vårt utvalg var en større andel kvinner forløst med keisersnitt ved Sentralsykehuset i Akershus enn ved Kongsvinger sykehus.

Likeledes kan man tenke seg at også forhold forut for barseloppholdet har betydning for søvn og hvile og rapportert tilfredshet med oppholdet. I denne studien fant vi imidlertid ingen sammenheng mellom de avhengige variablene og psykososiale faktorer som økonomi, boligforhold, forhold til ektefelle, barnets helse og kvinnens helsestatus siste året.

153 av de 160 kvinnene hadde barnefaren med på fødselen, og av disse syntes 94 % (144 av de 151 som svarte) at de likte det bra eller meget bra. Ingen svarte at de likte det sånn passe eller dårlig. Det var her ingen forskjell mellom sykehusene.

Er lite hvile helseskadelig?

Det er vist at lengden på sykehusoppholdet kan virke inn på kvinnens psykiske velvære (13, 14), og at kvinner som opplever høyt stressnivå i forbindelse med svangerskapet eller fødselen, er spesielt sårbare for utvikling av depresjon post partum (15).

Etter en fødsel er de fleste kvinner slitne og føler seg trette, men sover mindre og lettere enn vanlig, muligens også etter sykehusoppholdet. Dette forsterker seg ved at søvnen blir avbrutt av amming. Den type søvn som reduseres mest hos barselkvinner, er stadium fire-søvn, men også REM-søvnen blir redusert (16). Dette fører etter hvert til irritabilitet, og en depressiv reaksjon kan utløses. Dersom kvinnen ikke klarer å reetablere den vanlige søvnrytmen i tide, kan tilstanden forverres og hun kan utvikle en mer dyptgående depressiv tilstand (16).

Hensikten med et barselopphold er blant annet å komme seg etter en fødsel. Det har vært lite systematisk forskning om hvilke konsekvenser mangel på søvn og hvile har for kvinnens psykiske velvære og for hennes omsorgsevne for barnet. På dette området trengs det mer kunnskap.

LITTERATUR

1. Fugelseth D, Lindemann R. Perinatal omsorg i går, i dag, i morgen – hvilken vei svinger pendelen? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 57 – 60.
2. MacArthur C. What does postnatal care do for women's health? Lancet 1999; 353: 343 – 44.
3. Jason JM, Nienburg P, Marks JS. Mortality and infectious diseases associated with infant-feeding practices in developing countries. Pediatrics 1984; 74 (suppl): 702 – 27.
4. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF Statement. Genève: WHO, 1989.
5. Mor–barn-vennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993 – 1996. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
6. Liestøl K, Rosenberg M, Walløe L. Breastfeeding practice in Norway 1860 – 1984. J Biosoc Sci 1988; 20: 45 – 58.
7. Prodromis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. Birth 1995; 22: 196 – 200.
8. Prodromis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. Birth 1995; 22: 201 – 3.
9. Jackson DJ. Contribution to the history of psychology: LXXIV. Edith Banfield Jackson: a pioneer in psychoanalysis. Psychol Rep 1991; 68: 323 – 32.
10. Birkeflet O. Når skal barselkvinner sove? Sykepleien 1993; 13: 10 – 1.
11. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. Midwifery 1991; 7: 82 – 9.
12. Zadorznyj M. Women's satisfaction with antenatal care: analysis of individual and organisational factors. Aust N Z J Public Health 1996; 20: 594 – 602.

13. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. *Med J Aust* 1997; 167: 244 – 7.
 14. Dowswell T, Piercy J, Hirst J, Hewison J, Lilford R. Short postnatal hospital stay: implications for women and service providers. *J Public Health Med* 1997; 19: 132 – 6.
 15. O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorders. I: Murray L, Cooper PJ, red. *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press, 1997: 3 – 31.
 16. Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press, 1996: 137 – 8.
-

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.