

"DET PREMATURE BARNET HAR OGSÅ EN STEMME"



Se så fredelig jeg er, det er et tegn på at jeg er trygg og har det bra☺. Rynkene i pannen min viser litt og det er fordi mange hender tar på meg og det legger jeg merke til!



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull: 2006

KANDIDAT: 62

Antall ord: 7699

Liten?

Jeg?

Langt ifra.

Jeg er akkurat stor nok.

*Fyller meg selv helt
på langs og på tvers
fra øverst til nederst
er du større enn deg selv
kanskje?*

Sammendrag Norsk og Engelsk

”Det premature barnet har også en stemme”

Bakgrunn: Hensikten med oppgaven er å fokusere på signalene og uttrykkene som de premature barna kommuniserer ved sin atferd, slik at vi kan imøtekomme dem på en god måte. Som sykepleier står vi ovenfor en utfordring når det gjelder å tolke det premature barnets språk. Omsorgsprogrammet NIDCAP er modellen vi sykepleiere må forholde oss til når vi arbeider med de premature barna. Studien retter seg til de premature barna som er født før svangerskapsuke 37.

Metode: Denne oppgaven er et litteraturstudie, som innebærer søk i databaser og søk etter annen relevant litteratur i skolens bibliotek (bibsys).

Resultat: Dersom vi legger til rette for et best mulig tilpasset miljø for barnet, kan vi imøtekomme deres signaler og uttrykk på en god måte. Samtidig må sykepleieren involvere foreldrene med som barnets viktigste omsorgsperson. Like viktig er observasjonene man gjør av barnet, som er med på å fange opp det barnet prøver å formidle ”barnets stemme”.

Konklusjon: Igjennom NIDCAP`s mål og prinsipper tas barnets umodenhet hensyn til og respekteres som et individ utenfor mammas mage. Et nytt liv som starter på en intensiv avdeling, kan gjøre de først ukene tøffe og harde for det premature barnet, som er skjøre for sanser og inntrykk. Da blir vår oppgave som sykepleiere å hjelpe det, uten at vi påfører det unødvendige komplikasjoner og prøve å forebygge senskader. En rekke prosedyrer og daglige gjøremål, påfører barnet både stress og smerte. Igjennom disse signaliserer barna. For sykepleiere kan arbeidet med premature barn by på mange og store utfordringer. Ut fra det vi ser og observerer må vi hjelpe barnet. Slik kan vi yte omsorg og imøtekomme det premature barnet på en god måte.

"The premature infants voice"

Aim: The purpose of this assignment is to focus on the signals and expressions which the premature children communicate by their behavior, so that we can oblige them in a good way. As a nurse we meet a challenge when we talk about interpreting the premature child language. The careprogram NIDCAP is the model that we nurses must relate to when we are working with the premature children.

The study is about the premature children who are born before the 37. Pregnancy-week.

Method: This assignment is a litterateur study, which involves searching databases, and searching for other relevant litterateur in the school library (bibsys).

Result: If we make way for the best possible adjusted environment for the child, can we oblige their signals and expressions in a good way.

At the same time the nurses has to involve the parents who are the most important caretakers. Not less important is the observations we take of the children, which catches what the child is trying to inform "the childs voice".

Conclusion: NIDCAP's goals and principles consider the childs immaturity and respect them as an individual outside the mothers stomach. A new life which starts in intensive care can make the first weeks of the premature child rough and difficult, who are already fragile for senses and impressions.

Then its our task nurses to help them without applying unnecessary complications and prevent later damages. A lot of procedures and daily chores, applies the children both stress and pain. Through these they signal their expressions. The work with the premature children can mean many and big challenges for nurses. When we see and observe we have to help the children. That's how we can give care and oblige the premature child in a good way.

INNHold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling.....	7
2.0 METODE	7
2.1 Hva er metode?.....	7
2.2 Valg av metode	8
2.3 Litteratursøk.....	8
2.4 Kildekritikk	9
2.5 Forskningsetikk.....	10
3.0 SYKEPLEIETEORI	10
3.1 Begrunnelse for valg av sykepleieteori.....	10
3.2 Teoretisk perspektiv "Omsorg til premature"	10
3.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	12
3.4 Sykepleie	13
4.0 DET PREMATURE BARNET	13
4.1 Fosterets utvikling og prematuritet.....	13
4.2 Stress og Smerte hos det premature barnet.....	14
4.3 Det premature barnets foreldre.....	15
4.4 Tilknytning og Samspill.....	16
4.5 "Barnets stemme"	17
4.6 NIDCAP, et omsorgsprogram.....	18
5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTNING	19
5.1 Hvordan kan sykepleiere imøtekomme det premature barnets signaler og uttrykk på en god måte?.....	19
5.1.1 Observasjonene er grunnleggende	20
5.1.2 Tilpassing av barnets omgivelser	22
5.1.3 Fysisk kontakt	24
5.1.4 Trøste og lindre smerter.....	25
5.1.5 Foreldrene må få være med i pleien og omsorgen til det premature barnet	26
6.0 AVSLUTNING	27
7.0 KILDER	28
Vedlegg 1: Synaktive modellen.....	33
Vedlegg 2: Observasjonsskjema	34

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I denne bachelor oppgaven har jeg valgt å skrive om det premature barnet. Jeg har lenge hatt interesse for denne pasientgruppen, og etter åtte uker i praksis på nyfødt intensiv var valget enkelt. Jeg lærte mye om det premature barnet og følte stor glede av å få være med og yte omsorg til en pasientgruppe som selv ikke er i stand til å ivareta det selv. Denne pasientgruppen ser jeg på som meget lærerik, spennende og utfordrende. Å få komme nært innpå barnet og deres foreldre, og skape en relasjon er viktig (Wallin,2001). Dette er absolutt pasientgruppen jeg ønsker å jobbe videre med etter endt skole, og søknaden er allerede levert. I fjord arbeidet jeg på føde avdelingen, og fikk med meg mange fødsler, noen få av dem var premature.

I praksis var veilederen min bevisst på at jeg måtte lære meg å tolke barnets signaler og uttrykk. Disse signalene er barnets form for stemme. Av den grunn valgte jeg tema: ”Også det premature barnet har en stemme”. Det er blitt gjort et prematurprosjekt i Tromsø, der det er fokusert på det å tolke barnets signaler. En dør slås igjen, barnet skvetter til og slår ut med armene, dette er altså måten det kommuniserer på og formidler om en stressende situasjon (Tunby,2003).

1.2 Presentasjon av problemstilling

I følge den Amerikanske psykologen Als, signaliserer barnet sin modenhet gjennom sin atferd (Sandtrø,Solhauge&Bjørk,2007). Als forklarer videre at atferden er den premature først måte å kommunisere på. Med bakgrunn i dette lyder min problemstilling slik.

Hvordan kan sykepleiere imøtekomme det premature barnets signaler og uttrykk på en god måte?

Jeg ønsker med denne problemstillingen og finne ut hvordan jeg som kommende sykepleier kan imøtekomme det premature barnet signaler og uttrykk på en god måte, og hva som må til.

I og med at jeg har valgt omsorg som mitt teoretiske perspektiv ønsker jeg også at barnet og deres foreldre skal kunne føle at de blir ivaretatt og kjenne omsorg. Hva mener jeg så med ”*på en god måte*? Sykepleiersituasjon er av moralsk karakter, barnesykepleieren står ovenfor en moralsk utfordring om å handle godt og riktig, som vil si det beste for barnet (Ludvigsen,Szuts&Bing,2004). Observere barnet, vise omsorg, se barnet, høre det, støtte barnet osv.

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om de premature barna som er innlagt i neonatal avdelingen. Jeg har valgt å skrive om barnets foreldre, som er viktige i pleien og omsorgen til barnet. Stress er også et viktig stikkord i arbeidet med de premature barna. Barna reagerer og signalerer igjennom ”stressignaler”, derfor blir også dette et viktig begrep i denne oppgaven. For å begrense oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om friske premature barn, og hvordan sykepleieren kan gi barnet en best mulig omsorg for å forsøke å hindre seinskader. Jeg har utelukket aktuelle emner som bevisstgjøring og holdningsendring, samt kengurumetoden.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (siteret i Dalland 2001,s71) definerer en metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”. Larsen 2007 forklarer metode som et verktøy eller et redskap for å komme frem til et svar på spørsmål og for å få ny kunnskap innenfor et felt. *”Metodene dreier seg og hvordan vi innhenter, organiserer og tolker informasjon”* (Larsen,2007,s 17).

Vi kan dele metode inn i kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter. De går mer i bredden, og får frem et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode tar sikte på å

fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Alle data er kvalitative, fordi de er registreringer av en eller annen egenskap eller kvalitet. Kjennetegnet med denne metoden er at de går mer i dybden, og har mange opplysninger om få undersøkelsesenheter (Dalland,2001).

2.2 Valg av metode

I denne oppgaven skal jeg gjøre litteraturstudie. Det innebærer en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang og en forskningsoversikt (Forsberg&Wengstrøm,2008). Som metode belyser dette mitt tema og min problemstilling på en faglig og interessant måte (Dalland,2001). Det er da viktig at ulike kriterier er på plass. Metoden og søkekriteriene av artiklene må tydelig bli beskrevet. I oppgaven vil jeg først og fremst rette meg mot de primære kildene, men det kan også hende at sekundærkilder vil bli nødvendig, da forfatteren selv henviser til andre forfattere (Dalland,2001). I all forskning starter forskningsprosessen med en litteraturgjennomgang (Forsberg&Wengstrøm,2008). Med litteraturgjennomgang menes en systematisk innsats for å finne publisert informasjon som skal kunne brukes i prosjektet. Det kan ses på som en viktig og kritisk del av forskningsstudien (Forsberg&Wengstrøm,2008).

2.3 Litteratursøk

Når problemstillingen er avgrenset, kan vi formulere søkeord som utgjør en grunn for litteratursøkingen (Forsberg&Wengstrøm,2008). Jeg har i dette litteraturstudie funnet frem til relevant forskning ved hjelp av søkemotorene til HSH. Jeg har benyttet meg av databasene SweMed+, ProQuest, Vård i Norden og tidsskriftet Sykepleien. To av artiklene har jeg måttet lete frem gjennom et manuelt søk i Google, da jeg i en annen artikkel leste navne på forfatterne. I sykepleien fant jeg fagartikler som også er relevante til min oppgave. Kunnskap basert på forskning, praktisk kunnskap, fagutvikling, og dialog med spesial sykepleier, ses på som en metodisk styrke. I oppgaven er det viktig at all data som samles inn er allment godkjent (Dalland, 2001). De fleste artiklene er kun å finne på engelsk, da nyere forskning er engelskspråklig.

Når jeg leter etter forskningslitteratur ser jeg etter klare og tydelige forbindelser i mellom min oppgave og det arbeidet som allerede er blitt gjort på området. For å komme frem til interessante data har søkeordene vært: *NIDCAP, Prematur, Newborn, Neonatal, Care, Measure, Omsorg, Nurses*. Noen av ordene har jeg også brukt i kombinasjon.

Prematur gav 15108 treff, prematur and care 2607 treff, prematur and neonatal 2138 treff. Det har blitt for mye og lete igjennom. I ProQuest er det mulig og trykke på forskning og pdf, antall treff ble dermed mindre. Av den grunn har det blitt noe tilfeldig litteratursøk, ellers systematisk. Ved NIDCAP som søkeord ble antallet redusert til 11 treff, ved Prematur and NIDCAP var treffet 4 artikler. To utav disse har også blitt mitt endelige valg. I SweMed+ var det mest fagartikler å finne. Jeg har også fått relevante forskningsresultater av en intensivsykepleier som er NIDCAP observatør. Forskningen som jeg har kommet frem til omhandler for det meste det premature barnet, deres foreldre og NIDCAP. Mye av litteraturen har ikke vært relevant i forhold til min problemstilling, av den grunn har jeg måttet finne en god del litteratur fra fagbøker, pensum, fagartikler som kan belyse og komme frem til svar på min problemstilling.

Antallet forskningsartikler som brukes i en studie avhenger av hvor mye dette temaet er forsket på, hvor mange artikler som er tilgjengelige og om artiklene inneholder pålitelig forskning (Olsson&Sørensen,2003).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere, og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland,2001). Leseren skal få del i de refleksjonene du har gjort deg, om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har, når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland,2001). For å finne ut av om artiklene er sanne har jeg brukt sjekklister til kvalitativ metode (Nortvedt,m,fl,2007s91-96).

2.5 Forskningsetikk

Etiske dilemma vil som regel alltid oppstå i forskning (Larsen,2007). Underveis i en undersøkelse står vi ovenfor en rekke viktige avgjørelser og valg (Dalland,2001). Stilt ovenfor vanskelige avgjørelser skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler. Målet med etikk i sykepleie er at vi som studenter skal bli i bedre stand til å identifisere etiske spørsmål som vi vil møte i sykepleiepraksis (Brinchmann,2005).

Hvordan en bruker og gjengir forskningsresultater er absolutt et av de viktigste forskningsetiske problemene (Dallan,2001). Som sykepleier er det derfor viktig å kjenne til de viktigste forskningsetiske prinsipper (Brinchmann,2005). Det dreier seg om å være tro mot kildene, bruk og formidling av forskning. Dersom en vil fremme egne syn eller interesser, er ikke forskningen objektiv. Dette vil i de fleste tilfeller være svært uheldig (Larsen,2007).

3.0 SYKEPLEIETEORI

3.1 Begrunnelse for valg av sykepleieteori

Da jeg valgte å ha et omsorgsperspektiv som min teoretiske tilnærming falt valget mitt på Kari Martinsen, som sammen med mange andre er svært opptatt av omsorg. Kari Martinsen er den sykepleieren som klarest har satt ord på sykepleiehandlingene som en del av et mellommenneskelig forhold, og den moralske sammenhengen som sykepleiekunnskap og handling inngår i (Nortvedt,1998).

3.2 Teoretisk perspektiv "Omsorg til premature"

Teoriene beskriver og identifiserer sentrale sykepleiefenomener, slik at sykepleierens sentrale funksjonsområde blir tydeliggjort (Kristoffersen,2006). Det hjelper meg også med å begrunne hva sykepleie er og ikke er. Martinsen skriver at sykepleiefaget er sentrert omkring omsorgsbegrepet. Hennes forståelse bygger på en verdioppfatning der hun legger vekt på verdier av relasjoner som fundamentalt i menneskelivet. Hennes teori tar utgangspunkt i forholdet mellom et individ og et annet, samtidig fremhever hun omsorg som et rasjonelt

begrep som omfatter et nært og åpent forhold i mellom to mennesker. Dette forholdet bør være basert på gjensidighet, felleskap og solidaritet. Den som yter omsorg bør ha en anerkjennende holdning på vedkommendes situasjon, og ikke forvente seg noe gjenytelse for den omsorgen som utvides (Martinsen,1989,i,Kristoffersen,2006). Martinsen beskriver at sykepleie er en form for yrkesmessig omsorg. En grunnholdning og en generell tilnæringsmåte. Samtidig innebærer omsorg faglig vurdering. En aktiv handling til beste for den andre i dagligdagse situasjoner. Sykepleie rettes mot de svake og den mest pleietrengende pasientgruppen.

Martinsen vektlegger betydning av et nært samarbeid i mellom sykepleierpraktikere og forskere. Målet med dette er å utvikle og tydeliggjøre forbilledlige eksempler fra sykepleiepraksis. Hun vektlegger også sykepleierens skjønn og praktiske kunnskap som langt viktigere for at utøvelsen av sykepleie er det hun betegner som teoretisk kunnskap (Kristoffersen,2006).

Menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv. Mennesker er avhengige av hverandre. Et barn er for eksempel avhengig av sin mor. *"Omsorgen er ontologisk eller grunnleggende fordi den utgjør en forutsetning for alt menneskelig liv"* (Kristoffersen,2006,s61). Omsorgen har også med forståelse å gjøre, gjøre ting for og sammen med andre. *"Omsorgen er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på"* (Kristoffersen,2006,s63). Den tar sikte på at pasienten skal ha det bedre, slik at de helbredende kreftene får virke.

Pasientens atferd og væremåte er noe som påvirker oss sykepleiere. Sykepleierne må være åpne for sansing og inntrykk for å kunne ta imot og tolke inntrykkene pasienten gir oss. I min pasientgruppe blir det og tolke signalene og uttrykkene som de premature formidler. Det premature barnet vil også være helt avhengig av behandling, da det vil være avgjørende for mulighet til overlevelse. Martinsen beskriver omsorg som et moralsk begrep knyttet til prinsippet ansvaret for de svake. I likhet med Martinsen er også Eriksson opptatt av omsorg. Hun forklarer at menneskesynet danner grunnlaget for synet på helse og omsorg (Kristoffersen,2006). Videre forklarer Eriksson i sin teori at menneske får mot og kraft til å gå vider ei livet, hver gang det oppleves at det bekreftes. Hun ser på menneske som en helhet med dimensjonene kropp, sjel og ånd.

”Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk” (Martinsen,2003, s38). *”I et omsorgsetisk perspektiv ser man ikke bort i fra prinsipper, regler og prosedyrer”* (Brodtkorb,2005,s80-81). Omsorg handler først å fremst om å ta vare på andre, ta hånd om dem, og vise at vi bryr oss om. Måten omsorgen utøves på sier noe om hva et samfunn anser som betydningsfullt og ikke minst viktig i omgang med andre mennesker (Martinsen,1981,i,Mekki&Pedersen,2005). Begrepet omsorg blir brukt innenfor et vidt område, fra den dagligdage omsorgen ovenfor et barn, og til den profesjonelle omsorgen som ytes av fagfolk og lønnende helsearbeidere (Lillestø,2005). I nyfødt avdelingen er de ekstremt premature barna de svakeste av de svake. Barna er helt avhengige av sine omsorgspersoner. For å kunne gi omsorg på et høyt faglig nivå må barnesykepleieren tilegne seg kunnskap gjennom praksiserfaringer og annen litteratur (Ludvigsen,Szuts&Bing,2004). Martinsen snakker om sykepleieren som ivaretar omsorgens tre aspekter; Det moralske, det relasjonelle og det praktiske (Martinsen,1989).

3.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

§3.2 *”Sykepleieren har ansvar for å anvende de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid”* (NSF,2007,s8). Sykepleiernes mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen (Brodtkorb,2005). Først og fremst omtaler retningslinjene samspillet i mellom sykepleier og pasient, men også samspillet i mellom sykepleier og pasientens pårørende som i dette tilfelle blir barnets foreldre.

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelt menneskes liv og iboende verdighet”. ”Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter” (Yrkesetiske,r,1,2007,s8). *”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket”* (NSF,2001,Brodtkorb,2005,s.85).

3.4 Sykepleie

”Sykepleiens virksomhet har som mål å fremme helbredelse og lindring for den syke, samt å forebygge sykdom” (Nortvedt,1998,s.9). Sykepleierens direkte pasientrettende funksjoner kan være, en forebyggende funksjon, behandlende, lindrende og en rehabiliterende funksjon (Tveiten,1998). I all sykepleie til det premature barnet, vil valg og handlinger være svært avgjørende for et godt behandlingsresultat (Einang,2006).

4.0 DET PREMATURE BARNET

4.1 Fosterets utvikling og prematuritet

Et svangerskap varer vanligvis 40 uker, men en varighet på 37-42 uker er også helt normalt (Markestad,2008). Dersom barnet fødes innenfor denne rammen blir det ofte betegnet for fullbåret eller maturt (modent). Dersom barnet er født etter uke 42 kalles det overtidig født, eller postmaturt. Blir barnet født før uke 37 er det fortidig født og vi kaller det prematur. I gjennomsnitt vil et barn født i uke 34 veie ca 2500g, 1500g ved 30 uker, 1000g ved 27 uker og 700g ved 24 uker (Markestad&Halvorsen,2007&Flood&Pettersen,1997).

Det premature barnet blir født i en periode der mye skjer i hjernen. De forskjellige strukturene er i ferd med å finne sine plasser. Det skjer en hurtig utvikling av cellenydannelse. Mange av nervecellene er hjelpeceller og tilbakedannes av en såkalt celledød. Celledøden er veldig viktig for utviklingen. Når cellene har kommet på sin plass, modnes de og blir funksjonsdyktige. Fra disse cellene vokser det ut nerveråder som omslutes av myelin (fetteemne), disse er med på å øke ledningshastigheten (Ingulfsvann&Mørkved,2008). Myelindannelsen starter i slutten av fosterlivet. De premature barna mangler av den grunn mye av myelin, som gjør at reaksjonene på stimuli kan være forsinket og dermed vanskelig for barnet å stoppe opp med å reagere (Ingulfsvann&Mørkved,2008).

Svangerskapsalderen har også fått et mer moderne navn i praksis, det kalles gestasjonsalder (Ga) (Markestad,2008). Oftest finnes den ingen god forklaring på hvorfor fødselen starter for tidlig. For noen kvinner er det livmorhalsen som åpner seg for lett, eller det kan være

forandringer i selve livmoren som gjør at den ikke kan holde på et stort foster. I enkelte tilfeller er også bakterier i skjeden årsaken til at fødselen starter før tiden. En vanlig diagnose er svangerskapsforgiftning (preklampsi) og kan være svært alvorlig ubehandlet for mor og barn. Årsaken er at morkakefunksjonen blir svekket, det hindrer fosterets vekst. En fortidlig fødsel kan også starte med veer og vannavgang (Markestad,2008).

Det premature barnet blir født på et tidspunkt hvor de fysiologiske funksjonene er under utvikling og de anatomiske strukturene er skjøre. I stede for å ligge trygt inne i livmoren blir de utsatt for intensiv behandling som kan forstyrre utviklingsprosessen (Lundvigsen,Szuts&Bing,2004). Barn som blir født før fødselsterminen, er ikke tilpasset et liv utenfor livmoren, og kjennetegnes ved umodne reguleringsmekanismer (Wyller,2006). Psykologen Als formulerte den synaktive modellen, der hun tolket barnets oppførsel ut ifra fem ulike del systemer. Autonome eller fysiologiske systemet som går på pust, sirkulasjon, hudfarge, temperaturregulering og mage/tarm aktivitet. Det motoriske systemet som omhandler barnets kroppsstilling, tonus og bevegelser. Våkenhetsregulerende systemet, sover barnet eller er det våkent? Hun undersøkte tydeligheten i disse og hvordan overgangen skjer imellom ulike søvn og våkenhetsgrader. Oppmerksomhet og samspill, hvordan og i hvilke grad klarer barnet samspill med omverdenen. Barnet tar inn syn og lyd inntrykk fra mennesker og miljøet det er i. Det søker seg til og prøver å lokke frem stimuli og bruker dem i sin utvikling. Til slutt brukte hun det selvregulerende systemet, som viste medfødte mekaniser for å håndtere sinnesinntrykk og kunne regulere egen tilværelse (Kleberg,2001). *"Alle systemer er uavhengige og samtidig relaterte til hverandre"* (Nietsch,2007,s,79). Videre forklarer forfatteren at dersom balansen er forstyrret i et system, påvirker også dette funksjonen i andre systemer.

4.2 Stress og Smerte hos det premature barnet

Det sympatiske nervesystemet er av stor betydning for å komme igjennom kortvarige stressituasjoner (Bjålie,m,fl,2001). Langvarig stress derimot med økt sympatisk aktivitet har derimot mange skadevirkninger. Det fører til at fordøyelsen blir dårligere, energiresurser tappes, blodtrykket stiger og immunforsvaret hemmes. Det aktiviseres i fysisk krevende situasjoner. Når koppen utsettes for påkjenninger øker konsentrasjonen av kortisol som er et av kroppens viktigste stresshormoner. I slike situasjoner er betydningen av kortisol dets evne

til å øke glukose konsentrasjonen i blodet. I denne forbindelse er stress brukt til påkjenninger som endrer, eller truer med å endre, kroppens indre miljø (Bjålie,m,fl,2001).

Igjennom stress og smerte, signaliserer og uttrykker de sin atferd. Samtidig er de begge risikofaktorer for barnets utvikling (Berg,2001). Det mest normale for et barn er å være smertefri. Smerte hos et prematurt barn skaper stress, dette er med på å påvirke de vitale funksjonene på en negativ måte (Berg,2001). Påkjenninger medfører ofte større hormonelle og metabolske reaksjoner. Puls og blodtrykk stiger ofte hurtig ved smertepåvirkning og stress, det premature barnet kan også reagere med bradykardi (lav hjerterefriktivens) og blodtrykksfall. Barnet kan begynne å puste hurtigere og dermed økt apnoè tendens (Eingang,2006&Wallin,2001). Det finnes 85 diskre barne oppførsler, hvor noen av dem også kommuniserer barnets stress opplevelse. Under veis i undersøkelsen fant de ut at 8 av dem var assosiert med smerte. Premature med lav GA alder ble mer syke, men hadde kanskje bedre effekt av morfin (Holsti,m,fl,2004).

4.3 Det premature barnets foreldre

Når et barn blir født for tidlig avbrytes som regel det normale omstillingsprosessen til å bli foreldre og være ansvarlig for sitt barn. De er ofte svært engstelige og redde, som er helt naturlig, samtidig som mange mødre føler skyld i at deres barn ble født altfor tidlig (Kleberg,2001). Å få et for tidlig født barn innebærer stress og usikkerhet omkring foreldrerollen, i den første perioden enn når en får et fullbåret barn (Markestad&Halvorsen,2007). Foreldrene er også til en viss grad premature, de blir foreldre brått og før forventet (Tveiten,1998).

Foreldrene er en viktig samarbeidspartner for oss og ikke minst som omsorgsperson for barnet. Familiesentrert utviklingsstøttende omsorg, er også et annet ord for NIDCAP. Modellen ser barnets familie som de viktigste for barnet, og for sykepleieren er det viktig å støtte dem i å tidlig delta i barnets pleie (Ingulfsvann&Mørkved,2008). Foreldre er som oftest mer fornøyde nå når omsorgen til barna blir gitt via NIDCAP, mer enn ved mer tradisjonell omsorg for deres premature barn (Wielenga,m,fl,2006).

Foreldrene ses på som barnets viktigste omsorgsiver (Tomren,2007). Barnet selv er avhengig av voksne for å ivareta egenomsorg, helse, vekst og utvikling (Tveiten,1998). Samspillet i mellom foreldre og barn er også bedre, noe som har ført til at foreldrene føler seg tryggere (Tomren,2007). Foreldre får tilbud om en NIDCAP samtale. Foreldrene blir forklart hvordan barnet viser velvære eller ubehag med kroppsspråket sitt, og hvordan de beste kan hjelpe sitt barn.

Møte i mellom pasient, pårørende og sykepleier er et veldig viktig møte. Sykepleieren må engasjere seg i den andres situasjon. Som en god hjelper og omsorgsutøver tar en utgangspunkt i hvordan pasienten og pårørende opplever situasjonen. Dersom pårørende ikke får komme frem med sine bekymringer og emosjonelle behov, vil de ei heller komme til å makte å være til hjelp og støtte for pasienten (Storaker,2005). *”En viktig oppave for hjelperen er å legge forholdene til rette for en prosess hvor de andres stemme og ressurser kommer til orde, hvor forskjellen etter hvert minimaliserer og relasjonen får et mer symmetrisk preg”* (Eide&Eide,1996,i,Storaker,2005s,591). I samarbeid med foreldre og det premature barnet bør sykepleiere ha kompetanse i samspillsveiledning (Markestad&Halvorsen,2007).

4.4 Tilknytning og Samspill

Barnets sårbarhet, utvikling og mestring er individuell. Av den grunn finnes det ingen generelle retningslinjer for hvor mye, og hvilke støtte barnet trenger. Ved å ta en titt og holde om barnet, kan barnet igjennom sin atferd vise hvor mye støtte det trenger. Under stell og andre daglige prosedyrer i samspill med barnet, er det derfor viktig at vi samarbeider med barnet, om å tolke deres signaler og uttrykk (Ingulfsvann&Mørkved,2008).

Tilknytningsatferd er et grunnleggende trekk ved den menneskelige natur og bidrar til utvikling av faste og nære relasjoner. Da det faste forholdet er blitt etablert, vil barnet og omsorgspersonen anstrenge seg for å kunne opprettholde fysisk nærhet til hverandre. Dette er med på å beskytte barnet mot fare. Faste omsorgspersoner bidrar til å skape kontinuitet i omsorgen, samtidig som rutiner og vaner stadig gjentas (Grønseth&Markestad,2006). Det er viktig at pleien alltid er tilpasset barnets medisinske tilstand, og overvåkingen må alltid tas hensyn til (Tomren,2007). Det premature barnet er også mindre mottakelig for gjensidig samspill som et fullbåret spedbarn (Westrup,m,fl,2007). Innenfor selve omsorgsetikken ligger det konkrete samspillet i mellom to ulike individer (Brinchmann,2005).

4.5 "Barnets stemme"

Det premature barnet deltar aktivt i samspillet med sine omgivelser. Igjenom atferden viser det hvordan det "nærmer seg" en opplevelse, og hvordan det håndterer den. Dersom barnet ikke klarer å håndtere alt de opplever i øyeblikket, vil det reagere med å prøve å dra seg unna i et forsøk på å unngå det (Ingulfsvann&Mørkved,2008).

Mengden av berøring må tilpasses nøye etter barnets signaler og uttrykk. Massasje å det å bli klappet og strøket på bør unngås fordi det raskt kan føre til overstimulering. Understimulering kan igjen være et resultat av at barnets egne signaler ikke oppfattes, mottas og svares på (Tveiten,1998). Det er bedre og holde en varm og trygg hånd, rolig over barnets hode og bak. I den grad der er mulig bør den negative berøringen oppveies med positiv, som forklart ovenfor. Dersom barnet har vært igjennom eks blodprøvetaking, nedleggelse av ernæringssonde eller lignende bør det etterfølges med god berøring (Grønseth&Markestad,2006).

Barnet kan til tross for sin umodenhet kommunisere via kroppsspråket sitt. De blir ofte trette og har ofte behov for støtte og pause som tegn på følsomhet og ubalanse. Barnet kan få anstrengende respirasjon, rask eller langsom puls, hikser eller har pustepauser (apnoèr). Apnoèr får barnet som følge av mangelfull regulering fra respirasjonssenteret i hjernestammen (Grønseth&Markestad,2006). I slike tilfeller kan barnet måtte trenge stimulering og ekstra oksygen for å komme seg igjen. Stimulering er en slags påminnelse om at barnet ikke må glemme å puste. Marmorert, blek eller grå huden i fargen er det man ofte ser. Barnet kan også ha rykninger, skvetting eller sitringer. Reaksjon fra mage tarm kanalen er heller ikke uvanlig. Brekninger, gulp, spytt, hikke er noen eksempler.

Det premature barnet lager ofte pressende lyder, gjengene gjesp, hoster og har gjentatte nys. Når barnet ligger slapt mot underlage uten å løfte baken og med åpen munn/slapp gane er også dette tegn på slapphet og utmattelse. Spent tonus, spriking med armer og ben er ofte et signal om at barnet ikke klarer og samle seg. Selvregulerende tegn kan vises ved at barnet holder hendene forrand ansiktet, holder om sine hender, holder pleieren i hånden og samler seg i fosterstilling (Kleberg,2001). Barnet kan også lete etter noe å suge på, og suger. Hos de premature barna kan det vær ekstra vanskelig og legge merke og fange opp alle signalene,

fordi de på grunn av alder demonstrerer et lavere nivå av signaler (Westrup,m,fl,2007). Se vedlegg 2 for flere signaler og uttrykk barnet kan vise.

4.6 NIDCAP, et omsorgsprogram

De premature barna er innlagt på intensiv avdeling. Dette er en arbeidsplass hvor det ofte er travelt, høy aktivitet, mange lyd og lys inntrykk. NIDCAP er "Newborn Developmental Care and Assessment Program". Det sentrale i NIDCAP programmet er å respektere det for tidlig fødte barnet som kompetent ut i fra sin modenhetsgrad (Kleberg,2001). NIDCAP er en metode som skal lære oss å forstå det premature barnets språk, ut i fra dette skal vi kunne gi barnet individuelt tilpasset pleie, tilpasset barnets modenhet (Ingulfsvann&Mørkved,2008). Barn som er født prematurt, er ikke tilpasset et liv utenfor livmoren, og kjennetegnes ved umodne reguleringsmekanismer. Gassutvekslingen må ivaretas av lungene i stede for placenta. Jo tidligere barna er født, desto større er risikoen for alvorlige komplikasjoner. Som oftest starter livet til den premature med at de blir lagt i en kuvøse. Kuvøsen tillater nøyaktig regulering av temperatur og luftfuktighet. Ved NIDCAP modellen forsøker man, enkelt sakt å fortolke det premature barnets signaler om egne behov. Samtidig legge til rette for et miljø med minst mulig stressfaktorer. Det er også viktig at stell og undersøkelser tilpasses pasientens søvn og våkenhetsrytme (Wyller,2006). I tillegg til at barnet har det bedre med NIDCAP og den skånsomme pleien, er det vist at sjansen for å overleve og unngå komplikasjoner er større (Markestad,2008).

Omsorgsprogrammet er utviklet i USA, men har i de siste årene blitt mer sentral både i Norge og Sverige. Professoren bak NIDCAP er psykologen Heidelise Als. Hun innførte en mykere tankegang, og lærte seg språket til de premature da hun så hvordan fortidlig fødte barn sloss for livet på nyfødtintensiven (Hofstad,2007). Omsorgsprogrammet blir på norsk kalt utviklingstilpasset neonatalomsorg. Modellen fokuserer på at barnet er kompetent og fungerer som det skal mens det er i livmoren. Å identifisere barnets behov er noe av omsorgen i det hele. Det ytre miljøet blir viktig for barnets kompetanse, å legge til rette for at barnet har det slik det ville hatt det om det enda var i livmoren (Tveiten,1998). Et liv inne i livmoren innebærer lite lys og lyd, barnet er omgitt og har ikke store plassen til å utfulle seg på, og stimuleres i forhold til egne signaler. NIDCAP modellen innebærer at det premature barnet er sårbar for sanseintrykk, det bør observeres ut fra utviklingsnivå og signaler i sin daglige

omgivelse uten at det blir tilført ytterligere sanseinntrykk (Tveiten,1998). Det fortidlig fødte barnet er tilpasset til å utvikle seg i et beskyttende miljø livmoren (Kleberg,2001). Inne i livmoren får barnet nok næring, det klarer å holde på varmen og moren selv påvirker barnet med sitt hormonelle system. Når barnet blir født for tidlig er ikke hjernen forberedt på å møte de kravene som stilles for å kunne håndtere miljøet på en intensiv avdeling. Det umodne nervesystemet har vanskelig for å håndtere og filtrere inntrykk. De premature barna trenger tilvenning for å leve et liv utenfor livmoren. Samtidig trenger deres vitale funksjoner overvåkning. De siste 10 årene har omsorgen for de premature barna endret seg radikalt (Tveiten,1998).

NIDCAP modellen har bygget mer på prinsippet om at foreldre og personalet trenes til å tolke barnets atferd på riktig måte, slik at omsorgen for barnet blir best mulig tilpasset barnets individuelle behov og funksjonsnivå (Tveiten,1998). Tanken er at NIDCAP skal flettes inn i alt som blir gjort med barnet (Tomren,2007). Det har også vist seg at NIDCAP støttende tiltak i alt en gjør med barnet, har ført til at det premature barnet kom fortere av respirator, hadde mindre behov for surstoff, og hadde heller ikke behov for sonde i lengre tid (Als,2006).

5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTNING

5.1 Hvordan kan sykepleiere imøtekomme det premature barnets signaler og uttrykk på en god måte?

Hippokrates erklærte 460f.kr at ingen barn født før syvende svangerskapsmåned kunne overleve (Saugstad,1999). Ny kunnskap, hjelpemidler og redskaper har gjort det mulig for barn og overleve ved tidligere gestasjonsalder og lavere fødselsvekt. Dette har igjen ført til at de etiske sidene er blitt mer sentrale. Det er viktig at sykepleiere er klar over maktposisjonen i arbeidet (Kvåle,2006). Hvor stor makt har jeg i omsorgsrelasjonen?

Barnet er overlatt sin omsorgsperson for at de skal kunne ivareta spesielle behov. Jeg har en viktig jobb med å ivareta og tilrettelegge for best mulig behandling og pleie. Det er snakk om respekt for menneskers liv og iboende verdighet (NSF,2007). Likeså skal sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. På en annen side vil det oppstå et etisk dilemma. Ikke skadeprinsippet, vil stå i konflikt med

velgjørenhetsprinsippet. I denne sammenheng dreier det seg om å ikke påføre barnet smerte og stress, noe som kan bli avgjørende for å redde liv. I teorien leser vi hvilke konsekvenser dette kan få for barnet senere i livet. Konsentrasjonsvansker, lese/skrivevansker, angst, utrygghet og hyppige infeksjoner (Einang,2006). I omsorgsetikken er det viktig at vi er oppmerksomme på det særskilte ved den enkelte situasjon og ved møte (Brinchmann,2005). Det er forholdet til et annet menneske som er etikkens utgangspunkt. Som sykepleier er det viktig å oppfatte hvilke verdier som står på spill.

Martinsen vektlegger at begrepet omsorg også har en moralsk side, og at kvaliteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig (Martinsen,1989,i,Kvåle,2006). Kan sykepleierne lære seg og ta seg godt av pasienten? Videre sier Martinsen at omsorgsmoral er noe som skal læres igjennom praksis og deretter bli integrert i oss. På en annen side må heller ikke omsorgen forbli en sentimental følelse, men føre til konkrete handlinger. Ut i fra dette vektlegger sykepleieteoretikerne også at det mellommenneskelige forholdet som et perspektiv på omsorgen inkluderer alt i fra å bry seg om, til å gi helseundervisning (Horner,1988,i,Kvåle,2006). Omsorg er derfor et sentralt begrep i sykepleie. Slik jeg ser det blir det å fange opp de premature barnas signaler og uttrykk en form for utøvelse av omsorg.

5.1.1 Observasjonene er grunnleggende

I litteratur jeg har lest er det gjennomgående at observasjonene er viktige. Jeg mener at jeg imøtekommer det premature barnet ved å observere det. Jeg gir noe til et annet menneske. En primærsykepleier skal sikre for kontinuerlig, individuell, helhetlig og pasientsentrert sykepleie (Kristoffersen&Jensen,2006). Det blir min jobb som primærsykepleier og tilrettelegge barnets omgivelser, det trengs det nøye observasjoner av barnet. På forhånd må vi ha lært oss barnets evne til kommunikasjon ved forskjellig stimuli. Kanskje er dette det første og viktigste steget, når det gjelder og imøtekomme barnet? På en annen side er det avgjørende med personal som har lært seg hvordan de tolker barnets atferd. Likeså ser hvilke signaler og uttrykk barnet gir for å få best mulig omsorg, på sine premisser (Sjøen,2008). Jeg erfarte at foreldrene kom nærmer barnet sitt, når observatøren fortalte dem observasjonene hun gjorde.

Disse observasjonene ser vi er en viktig del av den synaktive modellen (Vedlegg,1). Observasjonene er også viktige for å sikre barnet individuell pleie. På en annen side danner

det grunnlaget for hvordan omsorgen utføres for barnet på sykehuset. I praksis blir det foretatt observasjoner på kort tid, observasjonene skal utføres før, under og etter stell. Ut fra dette kan vi som sykepleiere observere om hvordan barnet reagerte på stell/prosedyre, og om det bruker lang tid på å finne ro og sovne. Et eksempel kan være under blodprøvetaking. Det er derfor viktig at en gjør registreringer i den forbindelse (Kleberg,1999). Funn viser at det stadig utdannes nye NIDCAPobservatører som er best til å utføre denne jobben (Sizun&Westrup,2004). I praksis erfarte jeg at NIDCAPobservatøren underviste og lærte personalet å gjøre observasjoner.

Sykepleieren som leser barnets signaler kan velge å ta igjen deler av stellet senere når barnet har hentet seg inn igjen (Tomren,2007). Man gir barnet en pause.

I perioder uten NIDCAP-observasjoner har det blitt observert tydelig reduksjon eller nedgang i kvaliteten av omsorg og pleie av det premature barnet.

Samtidig baserer Als et annet prinsipp basert på NIDCAP, som går ut på barnets antatte ferdigheter til å signalisere aktivt både overbelastninger og tolererbare belastninger gjennom atferden. Barna kommuniserer kontinuerlig via kroppsspråk, mimikk, tonus, grimaser, hudfarge, surstoffmetning, hjertefrekvens, sin evne til å takle eller ikke takle utfordringer og ulike situasjoner, dette er barnets språk (Nietsch,2007&Hoftstad,2007). Som sykepleiere må vi vite hva som påvirker barnets atferd. Hvilke situasjoner er stressende? Hva kjennes som smerte for barnet? Hva reagerer barnet på? Som et tverrfaglig team, må alle lære seg å se pasienten som en aktiv parter i kommunikasjonen.

NIDCAP trenger noen psykologiske endringer i nyfødt avdelingen, så vell som solid utdanning, forsøk og forandringer i utførelsen av omsorg. På en annen side er det vanskeligere å være involvert i observeringen om å tolke og forstå disse svake signalene. Her ser vi viktighetene av å utdanne NIDCAP observatører. Vil vi øke vår kompetanse og kunnskap om NIDCAP. På en annen side har en av studiene resultert i at forskeren har blitt oppmerksom på at enkelte områder trenger forbedring innenfor sykepleien. Ikke minst oppmuntring til å arbeide videre med NIDCAP`s mål og prinsipper (Wielenga,m,fl,2006).

Nortvedt,1998 skriver at å observere er ikke bare å oppdage noe vesentlig ved et annet menneskes situasjon, men det er også å gi noe til et annet menneske. Observasjon er heller ikke bare kunnskap og begripelse, men det er også samtale, mottakelse og *imøtekommelse*.

5.1.2 Tilpassing av barnets omgivelser

I barnets pleieplan blir det viktig med generelle tiltak, som også trengs på en NIDCAP basert avdeling. Husk at barnet fortsatt skulle vært inne i livmoren. NIDCAP har igjennom alle de vitenskapelige artiklene jeg har lest vist seg og være mye brukt i neonatal avdelinger. Det har vist seg at barnet får mindre komplikasjoner ved bruk av NIDCAP metoden. NIDCAP fungerer som et handlingsredskap for sykepleiere (Ludvigsen,Szhuts&Bing,2004).

Sykepleieren kan være en god rollemodell ved å vise sine holdninger i omsorgen. Da kan rutineene forbedres til barnets fordel. Samtidig må vi se på barnet som et selvstendig individ med autonomi og krav på respekt, på lik linje som alle andre mennesker (Ludviksen,Szhuts&Bing,2004). Det samme skriver Sizun&Westrup,2003 i sin artikkel, der fokuset også bør ligge på å oppmuntre og lede sykepleierne i en retning om å gjøre noe for hvert enkelt individ og deres foreldre. Det også er viktig å ha respekt for personlighetene både hos barnet og hos foreldrene (Westrup,m,fl,2007).

Støynivået skal reduseres: Støy fra medisinsk utstyr og fra personale er to av de viktigste hovedkildene. Alarmer er ikke bare et stressmoment for barna, men også for personalet (Vollebæk,1999). Kuvøseluker, skuffer og dører må lukkes forsiktig, slik at en unngår høye lyder for barnet som ligger inne i kuvøsen. På avdelingen jeg var, hang et øre på veggen. Dersom støynivået ble for høyt varslet øre ved å blinke. En rolig og behagelige atmosfære skal alltid oppholdes rundt barnet. Som sykepleier er det derfor avgjørende at vi handler rolig og uten høylytt stemme i akutte situasjoner (Kleberg,2001). Lyd oppfattes som støy når lyden forstyrrer barnets likevekt (Pettersen&Kaldestad,2002). Høye lyder er assosiert med lavere oksygenivå for premature barn, mens reduksjon av bakgrunnsstøy ved bruk av hørselsvern har vist seg å være perioder med rolig søvn for det premature barnet (Long&Zhar,i,Bustani,2008). Det verste for barna er stadig gjentatte lyder. Søkealarmen på monitoren er et godt eksempel på dette, og derfor skal lyden alltid slås av mens du steller og observerer barnet. På en annen side er det viktig at man ikke fjerner all stress omkring barnet, som må til for at barnet skal gå videre i sin utvikling (Ingulfsvann&Mørkved,2008). Barnet kan også reagere med pustestopp, etter en dag med mye lyd inntrykk, noe som jeg har erfart. Dersom andre barn på avdelingen skriker mye, bør de flyttes til andre rom. Jeg observerte at barnet foretrekker å se på ansikter og høre stemmer, i stede for andre syn og hørselsinntrykk.

Lysdempende tiltak: Sterkt lys er en stressfaktor for de premature barna, av den grunn må vi komme med tiltak som justerbare lyskilder, gardiner og persiener. Over seng/kuvøsen bør det brukes himmel eller teppe, for å dempe belysningen. Dersom barnet som følge av gulsott, får behandling i lys, skal barnet påføres vernebriller (Nietsch,2007). Vær obs på at brillene kan skli av, dersom barnet er i bevegelse. På en annen side er det viktig at det ikke blir for mørk, men at personale på avdelingen kan klare å utføre jobben. Eksperter foreslo eksponering av de premature ved å påføre det 200 lys inntrykk igjennom dagen, for så å redusere det til ingen ting om natten. Dette var ment for å hjelpe utviklingen av deres fysiske rytme (Rivkees2003,i,Bustani,2008). På en annen side kaller de det unngåelse av negative faktorer. Ut fra egne erfaringer mener jeg at dette ikke høres ut som en måte å gjøre det på, da jeg vet at det premature barnet trenger lite lys stimuli igjennom hele dagen.

Unngå sterke lukter: Sterke og ubehagelige lukter er stressfaktorer for barnet. De ansatte og foreldrene bør være forsiktige med bruk av parfyme og, ikke lukte røyk. Skjerm barnet for sterke matlukter. Har man desinfisert hendene med sprit, skal vi alltid vente litt før en kommer i kontakt med barnet. Man skaper en velkjent lukt hos barnet i kuvøsen eller miljøet rundt det. Dersom barnet kan få en liten filtbit som har vært nær mamma eller pappas kropp, kan dette være til trøst for barnet (Kleberg,2001). Da er det viktig at det ligger slik at barnet kan ta tak i det.

Riktig seng og sengeplass: Å sørge for at barnet ligger godt er også en viktig oppgave. Det er mange ting og huske på når en skal leire et barn. Det er blant annet viktig å opprettholde fri luftveier, slik at barnet klarer å puste selv. Tilstrebe på best mulig måte at barnet får mest mulig lik kroppsstilling som det ville hatt i mors mage. Samtidig må jeg hjelpe barnet og finne ro og et behagelig leie slik at det kan hvile (Ingulfsvann&Mørkved,2008). Alle tekniske hjelpemidler bør være plassert slik at det er lett å komme seg frem til barnet.

5.1.3 Fysisk kontakt

Påkledning, støtte ved stell og bading: På stellebordet skal barnet leires godt, slik at det får støtte rundt hele seg. Barnet skal også alltid ha noe over seg, slik at det ikke ligger nakent (Ingulfvann&Mørkved,2008). I Badet er det også lurt at barnet blir pakket inn i en våt tøybleie, dette hindrer for sprik med armer og ben, og klarer å samle barnet på en effektiv måte. På en annen side kan bade situasjonen også brukes som en anledning til hygge og samspill med barnet. På denne måten fremmes samspillet (Tveiten,1998).

Berøring og håndtering av barnet: Forsiktig legger vi en hånd om barnet. Pleieren bør være oppmerksom på hvordan barnet reagerer. Dersom barnet er urolig eller i ubalanse skal det få hjelp til å komme til ro før pleien begynner. Min oppgave som sykepleier blir å støtte barnet, og samle det. Jeg erfarte i praksis at barnet fant raskere roen, dersom jeg la hendene mine trygt og fast om barnet. Ved forflytning og endring av barnets leie, skal barnets armer og ben støttes. Pleieren plasserer sin hånd bakom hode til barnet, og lar barnets hode hvile i hendene. Det er viktig at hode alltid ligger i linje med ryggraden (Kleberg,2001). Underveis skal en sikre for at barnet ligger godt i en fredfull stilling. Undersøkelse viser at et prematurt barn som blir kost med og pratet med ofte, kommer seg forttere, øker raskere i vekt og har færre apnoèr (Persson,i,Flood&Pedersen,1997).

Mating: På et tidlig tidspunkt tilpasses måltidene til barnets søvn og våkenhetsmønster (Wyller,2006). Det kan være nødvendig for at barnet skal lære å kjenne forskjell på sult og metthetsfølelsen. Barnet kan også signalisere igjennom kroppsspråket at det har behov for mat. Dermed imøtekommer vi det, ved å gi mat. Dersom barnet er klart for å ammes skal det gis støtte til mor. Det er viktig at hendene til barnet er fri, slik at det kan bevege hendene opp mot munnen og suge. Å få ligge nær mamma/pappas bryst er også med på å skape trygghet og en god følelse for barnet (Kleberg,2001). Av egen erfaring vet jeg også at barnet kan signalisere ubehag dersom morsmelken ikke er varm nok. Barnet foretrekker den best lunken. I forbindelse med sondemåltider er det viktig at en alltid aspirerer opp for å se hvor mye av melken barnet har fordøyet, og eventuelt om det har mye luft i magen. I flere tilfeller opplevde jeg at fargen var grønnlig. Dette er et tegn på stress. Disse er mer diffuse signaler, men som sykepleier et det viktig at en også klarer å fange opp disse for å imøtekomme barnet.

Det kan være mange signaler som en ellers går glipp av, derfor er det viktig at en aldri forlater barnet i disse situasjonene.

Kleberg belyser viktige funn ved forskning som er gjort av NIDCAP (Vollebæk,1999). Disse viser at barn som har fått pleie igjennom NIDCAP og dens prinsipper hadde bedre ventilasjon, mindre behov for oksygen, og mange hadde kortere liggetid på sykehuset. Samtidig forklarer hun at hun ikke er i tvil om at omsorgsmodellen gir gode resultater også på lang sikt.

Stressreducerende tiltak kan føre til raskere vektøkning, tidligere avslutning av sondeernæring, tidligere utskrivning til hjemme og muligens bedre generell funksjon de første leveårene (Markestad&Halvorsen,2007). NIDCAP har også vist seg og være den mest utviklende og grundige studien, særlig tilpasset for å redusere smerte og stress hos barnet (Westrup,Sizun&Lagercrantz,2007). Den har også vist seg og ha mange positive effekter på lunge sykdom, hjerneskade samt kostnader i nyfødtp perioden.

5.1.4 Trøste og lindre smerter

Smertefulle prosedyrer er en stor påkjenning for barnet, og fører til en stressreaksjon hos det premature barnet. Noen eksempler på disse kan være, blodprøvetakning, hel stikk, øyeundersøkelser og sonde nedleggelse. Den fysiologiske mekanismen til smertelindring er ikke klarlagt enda, men det har vist seg at det er den søte smaken som frisetter endogene opioider (Lindh,2001). Før en prosedyre får barnet 30% glukose/sukkervann som smertelindring. Dette dryppes inn i barnets munn, eller påføres barnets smokk. Narresmokken er et viktig redskap på nyfødt avdelingen, og fungerer også som en trøst for barnet. Jeg har opplevd at bivirkningen av sukkervannet kan medføre at barnet blir kvalmt og får brekninger. Et viktig tiltak som også kan være betryggende for barnet, er å holde rundt det slik at det kjenner seg trygt. Det kan være nødvendig at vi er to pleiere ved undersøkelser og prosedyrer.

Birkeland,2008 forklarer at ved bruk av NIDCAP får vi et ekstra par med briller som skal hjelpe oss til å se det individuelle barnet og hva det prøver å utrykke.

Sizun,2006 har i en av artiklene jeg har lest gjort fire studier der han evaluerer virkningen av NIDCAP på søvn og smerte for å utrykke den biologiske responsen under stell på premature. Resultatene fra denne studien viser at de av barna som fikk tilpasset omsorgsmiljø hadde en lavere Pippscore (smerte) og Edinscore (signaler), en de som ikke fikk tilpasset omsorg.

Andre funn var at NIDCAP tiltak førte til lavere hjerterefrekvens enn hos kontrollgruppen. Ikke minst øker søvn tiden ved NIDCAP, og reduserte smertescoren ved de ulike prosedyrene som ble gjort, stell og bleieskift. Tidligere i oppgaven nevnte jeg at NIDCAP tiltak var med å fremskynde for barnets karakter på egenhånd. Likeså forklarer Pettersen,2002 at NIDCAP gir mulighet til optimalt utvikling de første leveukene. På en annen side tror jeg det er viktig å huske på at barnet selv har en utrolig fighter evne og vil så gjerne jobbe hardt for å komme seg igjennom det første tiden av livet sitt, som ble annerledes enn forventet.

5.1.5 Foreldrene må få være med i pleien og omsorgen til det premature barnet

Som sykepleiere på nyfødt avdelingen er det viktig å yte omsorg til barnets foreldre. Vi må gi undervisning og informasjon angående barnets helse. Felles for de fleste vitenskapelige artiklene jeg har lest, er at de alle fokuserer på foreldrene, som en viktig del av omsorgen til det premature barnet (Wielenga,m,fl,2006&Westrup,m,fl,2007).

På en nyfødt intensiv avdeling kan det være helt avgjørende for sykepleieren at barnet krever vår ekspertise for å overleve. Av den grunn får foreldrene en sekundær rolle helt fra starten av. Min erfaring er at foreldre må motiveres til å ta ansvaret for sitt premature barn. Min rolle blir å støtte foreldrene og legge til rette for trygghet rundt situasjonen. På denne måten imøtekommer jeg foreldrene og det premature barnet.

”Foreldrene har som oftest rett”. Dette gjelder ikke i situasjoner der det er snakk om medisinsk behandling. Men i den daglige omsorgen, kan det ofte oppstå situasjoner der vi tolker barnets adferd som uttrykk for ubehag og overstimulering, mens foreldrene kan være overbevist om at barnet synes det er deilig å slå ut med armer og bein, når det bader. Vi må være klar over at foreldrene ofte kan fange opp noe, sykepleiere ikke har sett. Ut i fra dette kan vi fremme foreldrenes tillit til egen mestring. Jeg opplevde i praksis hvor viktig det var å gjøre seg godt kjent sammen med barnet og deres foreldre. Da kunne jeg lage en god pleieplan som hjalp meg til å komme nærmere barnet, og det ble lettere å fange opp signaler og uttrykk. Suagstad,1999 skriver at en god og erfaren sykepleier kjenner sitt barn. Målet for sykepleierne er å bemyndigjøre familien, å hjelpe foreldrene til å utarbeide slike omsorgsvaner og tekniske ferdigheter slik at familien blir inkludert som foreldre i pleie og omsorgsteamet (Westrup,Sizun&Langercrantz,2007). Funn viser at foreldre deler erfaringer

med hverandre, og samtidig forsøker å formidle lærdom på behandlingen som blir brukt for deres premature barn (Sizun&Westrup,2004&Sizun,m,fl,2007).

6.0 AVSLUTNING

Vi kan komme langt med å jobbe med oss selv, og ta hensyn til det barna forteller oss. Hvert barn er unikt og har egne behov, som de ønsker å formidle. Av den grunn er det viktig med imøtekomning av de signaler og uttrykk som barnet formidler. Først og fremst er det viktig å unngå negative faktorer og legge til rette for omgivelsene til det premature barnet. Det har vist seg at vanlig omsorg ikke er nok, men at omsorgen må være tilpasset for det premature barnet. Ikke minst tror jeg det har mye å si at barnet fra dag en blir imøtekommet på en god måte og føler omsorg, som vil ha betydning for videre utvikling. Vi må fokusere på hvem barnet er (Hofstad,2007).

Vi har fått bekreftet tiltak og pleie som sykepleiere utfører igjennom NIDCAP. Programmet er utviklingsstøttende. Det hjelper omsorgspersonen å tilpasse omsorgen, pleien og miljøet til barnets sensitivitet og utviklingsgrad. Barnet er selv en aktiv deltager i strevet for å oppnå balanse og stabilitet. Programmet er også familiesentrert, og familien ses på som barnets viktigste omsorgstøtte. Støtte og læring trengs for å tilpasse seg denne rollen. Observasjoner, refleksjon og samspill med barnet gjør det lettere å kommunisere med barnet og å forstå de signalene det gir. Omsorgspersonen bør forhindre at barnet blir utmattet av nødvendige omsorgstiltak gjennom forståelse og respekt for barnets kommunikasjonssignaler (Rød,2008&Kleberg,2001).

7.0 KILDER

Als, H. (2006). 1) *The synactive Theory of Development; Understanding the Preterm Infant; Resarch Evidence on NIDCAP Effectiveness.* 2) *From Task Orientation to Relationship: Developmental Care Concepts and Framework.* 3) *Developmental Care Implmentation: Challenges and Opportunities for System Change and Staff Support.* Nidcap federention international "Changing the future for infant in intensive care" NIDCAP Symposium Karolinska Hospital Stockholm Sweden 19 sep, 2006. Forskings resultat som jeg har mottatt av NIDCAP Observatør: [lest:10.01.09]

Bilde forside hentet fra www.google.no bilder: søker ord: NIDCAP
<http://www.iogm.no/media/6218/bittelillebaby.jpg>

Birkeland, L.H, 2008 Tidsskriftet for barnesykepleie. *Liten og sårbar, høy kompetanse-hvorfor?* Nr 2/2008 årgang 12, s:18 [lest: 19.12.08]

Berg, J.v.d, (2001). *Neonatala transporter I: Omvårdnad av det nyfödda barnet*, Wallin, L. (red). Lund, Studentlitteratur

Bjåli, J.G, m,fl, (2001). *Menneskekroppen Fysiologi og anatomi.* Gyldendal Norsk forlag AS 2000.

Bustani, P.C, (2008). *Developmental care: does it make a difference?* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2008 93: s.317-321. [Elektronisk utgave]. Accepted 25 februar 2008: Publisert i: Online First 11 mars 2008. [lest: 09.02.2009].

Brinchmann, B.S (red) (2005). *Etikk i sykepleie.* Gyldendal Norsk Forlag AS 2005

Brotkorb, K, (2005). *Yrkesetikk*, I Sykepleieboken 1. Mekki&Pedersen,2005 (red). Akribe AS 2004.

Einang, J. (2006) *En god start på livet for premature barn. Er det mulig?* Bacheloroppgave, Høgskolen i Vestfold. Tilgjengelig fra:
<http://www.bib.hive.no/tekster/studoppg/2006a/einang.pdf> [lest.15.01.09]

Flood, A. C & Pettersen, J (1997). *Det gode stell.*

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=118&categoryID=22> nr 5/1997

[lest.16.12.08]

Forsberg, C & Wengstøm, Y., (2008). *At gjøre systematiske litteraturstudier*

Forfatterna och Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm 2008.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2005) Det nyfødte barnet. I: *Pediatri og pediatrik sykepleie,*

2.utg. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Hofstad, E (2007). *Tolker prematursk.* Sykepleien 6.desember 2007 95, årgang, nr 18,s 20-23

[lest: 04.01.09]

Holsti, L., Grunau, R. E, Oberlander, T. F., & Withfield, M. F., (2004). *Specific Newborn*

Individualized Developmental Care and Assessment Program Movements Are Associated

With Acute Pain In Preterm Infants in the Neonatal Care Unit. Pediatrics Vol: 114 No 1.July

2004 s. 65-72. Tilgjengelig fra: ProQuest [lest.22.12.09].

Ingulfsvann, E. M., & Mørkved, M (2008). *Familiesentrert og utviklingstilpasset omsorg ved*

hjelp av Nidcap ”en veileder fro helsepersonell som jobber med nyfødte”. Barneavdelingen,

BKU, Nyfødt intensiv universitetssykehuset i Nord-Norge 2008.

Kleberg, A., (2001) *Familjecentrert utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP®. I:*

Omvårdnad av det nyfödda barnet, red. Wallin, L. Lund, Studentlitteratur

Kristoffersen, N. J.,(2006). *Teoretiske perspektiver på sykepleie.* I Grunnleggende sykepleie,

bind 4. Kristoffersen, N,J, Nortvedt, F & Skaug, E-A (red).Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J, & Jensen, K.O (2006). *Sykepleier i organisasjon og samfunn.* I

Grunnleggende sykepleie, bind 4. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red) Oslo,

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvåle, K, (2006). *Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det*. Publisert i: Vård i Norden Nr 1/2006 s, 15-19 [lest: 12.02.09].

Larsen, A. K, (2007). *En enklere metode, veiledning i samfunnsvitenskaplig forskningsmetode*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2007.

Lillestø, B (2005). *Sykepleierens tre dimensjoner*. I Sykepleieboken 1. Mekki&Pedersen (red). Akribe AS 2004

Lindh, V. (2001) *Smærtbehandling*. I: Omvårdnad av det nyfödda barnet, red. Wallin, L. Lund, Studentlitteratur

Ludvigsen, E, Szuts, E,E & Bing, R, (2004). *Barnesykepleie: En god start på livet*
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1003&categoryID=24>
Nr 9/2004 [lest 23.12.08]

Markestad, T., (2008). *Å være foreldre til et fortidlig født barn*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2008

Markestad, T. & Halvorsen, B. (2007) *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Tilgjengelig fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1419_18204a.pdf [lest: 08.01.09]

Martinsen, Kari., (2003). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K., (1989) *Omsorg, Sykepleie og Medisin*. Oslo Tano AS.

Nietsch, L., (2007) NIDCAP – Utviklingstilpasset neonatalomsorg. *PAIDOS – Tidsskrift for norsk barnelegeforening*, nr. 4, s. 78-80+87. Tilgjengelig fra:
http://www.legeforeningen.no/asset/36519/1/36519_1.pdf [lest.12.01.09]

Norsk Sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf> [lest: 02.02.09].

Nortvedt, P.,(1998) *Sykepleieren grunnlag –historie, fag og etikk*. Per Nortvedt og Tano Aschehoug Forlag 1998.

Nortvedt, M. W, Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinar., L. M., (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. NSF,2007.

Olsson, H., & Sørensen, S., (2006). *Forskningsprosessen Kvalitative og Kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk forlag AS 2003.

Pettersen, H. S., Solhaug, M & Bjørk, I. T.,(2007). *Utprøving av NIDCAP*. Sykepleien 18 oktober 2007, 95 årgang, nr 15 s, 62-64 [lest 17.12.08]

Pettersen, H & Kaldestad, R. H., (2002). *Små barn- store lyder*.
www.sykepleien.no/News/NewsShow.asp?NewsID=4978 nr 15 [lest 16.12.08]

Rød, A. E., (2008). *Mestring av stress opplevelsen for premature barn etter NIDCAP modellen*. Bachelor oppgave ved Høyskolen i Haugesund HSH 2008.

Sandtrø, H. P., Solhaug, M., & Bjørk, I. T., (2007). *Utprøving av NIDCAP*. Tilgjengelig fra: SweMed+. Publisert i: Sykepleien nr 15, 18 oktober 2007. Årgang 95 s. 62-64 [lest 24.11.08]

Saugstad, O. D., (1999). *Når barnet er født for tidlig*. Luther forlag, Oslo 1999.

Sizun, J., Catelin, C., Bertelle, V., Ansquer, H., & Dubourg, M., (2006). *Impact of developmental care on sleep, behaviour pain expression and biological stress response in neonates*. Pediatric Department, University Hospital, 29609 Brest, France. Forskningsresultater som jeg har mottatt av NIDCAP observatør. NIDCAP Symposium, Stockholm September 19, 2006. [lest: 28.12.08]

Sizun, J., Westrup, B., and ESF NCC., (2004) *Early developmental care for preterm neonates: a call for more research*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004, nr 89, s. 384-389. Tilgjengelig fra: ProQuest [lest: 04.02.09]

Sjøen, M. H., (2008). *Liten og sårbar, høy kompetanse- hvorfor?* Publisert i Tidsskriftet for barnesykepleie Årgang 12 nr 2 2008, s.18 www.sykepleien.no

Storaker, J. M., (2005). *Sykepleieren i møte med pasient og pårørende*. I Sykepleieboken 1. Mekki, T. E., & Pedersen, S (red). Akribe AS 2004.

Tomren, U., (2007). *Færre senskader med NIDCAP*. Sykepleien 18 oktober 2007, 95 årgang, nr 15 s.60-61 [lest: 18.12.08].

Tunby, J., (2003). *Prematur prosjektet i Tromsø*
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=49&categoryID=24> Nr 9/2003 [lest 30.12.08]

Tveiten, S., (1998). *Barnesykepleie*. Gyldendal Norske forlag A/S 1987. Ad Notam Gyldendal 1993

Vollebæk, L-E., (1999). *Jordmorbladet* nr årgang 6 nr 4: 1999 s 5-8.

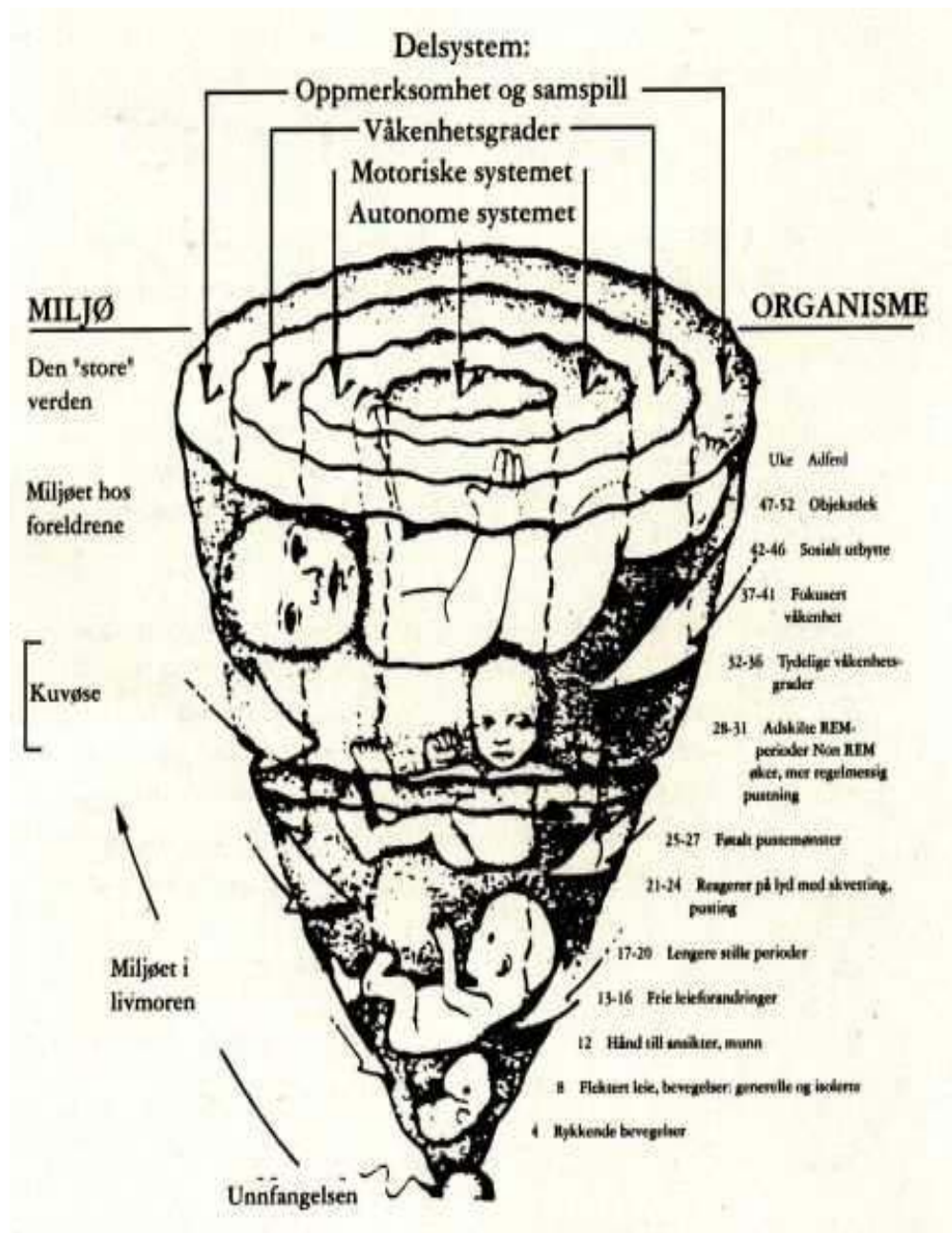
Wallin, L., (2001). En introduktion. Omvårdnad av det nyfödda barnet. Wallin, L (red).
Forfattarna och studielitteratur 2001.

Westrup, B., Sizun, J & Lagercrantz, H., (2007) *Family –centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates*. Journal of Perinatology (2007) nr 27, s.12-18. Tilgjengelig fra: ProQuest [lest 06.01.09]

Wielenga, J. M., Smit, B. J. & Unk, L. K. A., (2006) *How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP® Model of Care for Their Preterm Infant?* Journal of Nursing Care Quality, vol. 21, nr. 1, s. 41-48. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier. Publisert i: ProQuest [lest. 08.02.09]

Wyller, V. B., (2006). *Det friske og det syke mennesket*. Bind 5 kap 22-24. Akribe as 2006.

Vedlegg 1: Synaktive modellen



Vedlegg 2: Observasjonsskjema

Området/nad av det nyfødde barnet

Observasjonsblad		Navn					Datter										
		Tid	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Tid	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10				
Andring: Rege/bundax Drapellunden Lågsan Sassib Kaur							Nakkehetsgrad: 1A 1B 2A 2B 3A 3B										
	Fålg: Gubst Røng Bek Mormonrad Rat Sjakkig Gyventik																
		Diamer: Dylau Spritter i orskhet Spritter i svapper Spritter i ermes							AA (15 sek) Ansikte (Farta): Bor på munnen Sugstiker Suger								
			Mag/hare/Sporne Andring: Uiser Rapar Hicar Kryttar Lyd Sucker Dnar eller ondn								Ertnen: Spnstr med fingerne Rehan: Fingra Håtar Girer på luft Håndhåving Furklåving Hånd til mun Grønneaa Hålar om Kryttar funksjon						
				Mærtekt: Slappa armar Slappa ben Stylda armar Stylda ben Ustrukturate armar Ustrukturate ben Mykta armrindlar Mykta benrindlar Mykta bårindlar Mørneske drubning Strecker seg diffurt Strecker seg bekket Kurar hop seg Tar hantikke									Uppedark - Kinar samhet: Gåsar Nysar Hajar agnarvnen Fisker med blicker Vänder barm blicker Rymer agnarvnen Trutar Låsar blicker Kamrar Tålarvner Låge: mage, rygg, arde Huvud: hajar, vander, pottan Plots: søng, kurrer, feren Vändgård: Fula Andring/Fålar TaP02/Se02				
Ansikte: Strækker ut tungan Hånd över ansiktet Tappan hakan Brennervar Lar																	

Figur 2.2 Observasjonsblad NIDCAP®.