



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning (bacheloroppgave)

Vurderingsform: Hjemmeeksamen

Kandidatnr: 307

Utsatt innleveringsfrist: 04.03.16 kl. 14.00

Ordinær eksamen

Antall ord: 8473

Veileder: Gjertrud Husøy



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

STOR SMERTE I LITEN KROPP



Foto: Privat

BACHELOROPPGAVE

Bacheloroppgave i sjukepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling Stord 2016

Kull 2013

Antall ord:

8473

Livets store under

Det er livets store under
hver gang et barn blir født
Av og til så kommer
et bittelite knøtt.....

De krever ekstra omsorg
for at livet skal bestå
De legges i kuvøse
de bitte bitte små.....

Ukjent forfatter

Sammendrag

Tittel: Stor smerte i liten kropp

Bakgrunn: Cirka 7 % av barna som årlig blir født i Norge er for tidlig født, og de aller fleste av oss kjenner noen som enten har født et prematurt barn eller er født prematur selv. Jeg har selv to premature gutter og har fått interesse for fagområdet av den grunn. Som sykepleier er det viktig og gi premature barn god omsorg og lindre smerte og jeg ønsket å finne ut hva en kan gjøre som sykepleier for å oppnå dette.

Problemstilling: Hvordan kan premature barn få smertelindring gjennom omsorgsfull sykepleie?

Hensikt: Opparbeide kunnskap om, samt redegjøre for hvordan sykepleier kan bidra med smertelindring gjennom omsorgsfull sykepleie.

Metode: Oppgaven er blitt utført som en litteraturstudie, hvor det er benyttet relevant fag- og forskningslitteratur for å kunne besvare problemstillingen. Databasene CINAHL og PubMed er benyttet for å finne relevant forskning.

Resultat: For å ivareta det premature barnet på best mulig måte er det viktig å kunne redusere smerter ved prosedyrehandlinger. Sykepleier må ha god kompetanse og kunnskap for å kunne gi barnet god omsorg og smertelindring av høy kvalitet.

Konklusjon: Sykepleiere bør ha god kompetanse og kunnskap innenfor smertelindrende og omsorgsfull behandling av premature barn. Det fremkommer flere positive ikke-medikamentelle intervensjoner som sykepleier kan benytte som har god effekt. Foreldre til premature barn er i tillegg til sykepleier en god ressurs som er til stor hjelp for barnet.

Nøkkelord: Prematur, premature babyer, premature spedbarn, for tidlig fødte spedbarn, smerte, smertevurdering, smertelindring, sykepleier og kengurumetode.

Abstract

Title: Major pain in a small body

Background: Approximately 7% of all the children born in Norway each year are born prematurely, and most of us know someone who has either born a premature baby or are born premature. I have two premature boys myself and has received interest in the field of the reason. As a nurse, it is important to give premature children good care and relieve pain and I wanted to find out what I can do as a nurse in order to achieve this.

Question: How can preterm infants get pain management through nursing care?

Purpose: Develop knowledge of and explain how the nurse can help with pain relief through nursing care.

Method: The written assignment has been carried out as a literature study, relevant academic and research literature has been used in order to answer the research question. The databases CINAHL and PubMed was used to find relevant research.

Results: In order to take care of the premature baby in the best possible way, it is important to reduce pain during procedures. Nurses must have good skills and knowledge in order to provide the premature good care and pain management of high quality.

Conclusion: Nurses should have good skills and knowledge within the pain-relieving and caring treatment of premature infants. It appears more positive non-drug interventions that nurses can use which has a good effect. Parents of premature babies are in addition to the nurses a good resource that is of great help for the premature infant.

Keywords: Premature, premature babies, premature infant, preterm infants, pain, pain assessment, pain management, nurse og kangaroo mother care.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Presentasjon av oppgavens problemstilling | 1 |
| 1.3 | Presisering av problemstilling og avgrensning..... | 2 |
| 1.4 | Definisjon av sentrale begrep | 2 |
| 2 | TEORI..... | 4 |
| 2.1 | Sykepleiefaglig teori | 4 |
| 2.2 | Prematuritet – hva er det?..... | 5 |
| 2.3 | Gradering av for tidlig fødsel | 5 |
| 2.3.1 | Lett premature barn - barn som er født mellom svangerskapsuke 32-36..... | 6 |
| 2.3.2 | Moderat premature barn - barn som er født mellom svangerskapsuke 28-31 | 6 |
| 2.3.3 | Svært premature barn - barn som er født før svangerskapsuke 28..... | 6 |
| 2.4 | Smerte | 6 |
| 2.5 | NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)..... | 7 |
| 2.6 | Kengurumetoden..... | 9 |
| 3 | METODE | 10 |
| 3.1 | Litteraturstudie..... | 10 |
| 3.2 | Fremgangsmåte..... | 11 |
| 3.2.1 | Tabell 1 – CINAHL..... | 12 |
| 3.2.2 | Tabell 2 – CINAHL..... | 12 |
| 3.2.3 | Tabell 3 – PubMed | 13 |
| 3.2.4 | Tabell 4 – CINAHL..... | 13 |
| 3.2.5 | Tabell 5 - CINAHL | 14 |
| 3.3 | Kildekritikk..... | 14 |
| 3.3.1 | Kritisk vurdering av hver artikkel | 15 |
| 3.4 | Etikk i oppgaveskriving | 16 |
| 4 | RESULTAT | 18 |
| 4.1 | Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pain Management in Preterm Infants | 18 |
| 4.2 | Nurses´ attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care | 19 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4.3 | Nurses' perspective on the suffering of preterm infants | 20 |
| 4.4 | The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies ... | 21 |
| 4.5 | Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial | 22 |
| 5 | DRØFTING..... | 24 |
| 5.1 | Det premature barnet – smerte og ubehag..... | 24 |
| 5.2 | Prøvetaking og smertebehandling..... | 25 |
| 5.3 | Kengurumetoden i bruk for premature barn..... | 26 |
| 5.4 | Hvordan kan sykepleier bidra?..... | 27 |
| 6 | KONKLUSJON..... | 29 |
| | REFERANSELISTE | 30 |
| | VEDLEGG 1 – RESULTAT TABELL..... | 32 |

1 INNLEDNING

I Norge ble det i 2006 født 59253 barn i følge Statistisk Sentralbyrå. 4158 av disse barna ble født i svangerskapsukene 22-37, det vi si de var for tidlig født. Dette utgjør omtrent 7 % av samlet antall fødsler (Saugstad, 2009, s. 13).

De aller fleste av oss kjenner til personer som har født premature barn og det kan være en stor påkjenning for de foreldrene det gjelder. Å se at barnet sitt har det vondt eller ubehagelig kan gjøre belastningen enda større og da kan det være godt å vite at sykepleier/ne gjør sitt aller beste for å gi barnet god omsorg og smertelindring for at det skal lide minst mulig.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har erfaring fra medisinsk avdeling på sykehus og jeg vet at det er viktig å gi pasientene god omsorg uansett avdeling, omgivelser eller alder. Jeg har også erfaring som mor til to premature tvillinggutter født i uke 31+0 som var inneliggende ved en nyfødtintensivavdeling i nesten 6 uker. Her fikk jeg se og oppleve sykepleiere som jobbet for at de premature barna skulle ha det godt og ikke ha vondt, spesielt i forbindelse med blodprøvetaking og andre prosedyrer som kunne være smertefulle og ubehagelige. Jeg fikk selv være deltakende ved noen av prosedyrene for å minimalisere smerte og ubehag hos mine barn. Sykepleierne ved avdelingen gav god omsorg til de for tidlig fødte barna og gjorde en fantastisk innsats. Her startet min interesse for fagområde. Jeg har i tillegg også i lang tid vært fasinert over livets begynnelse og jeg har et sterkt ønske om en gang i fremtiden å utdanne meg til jordmor eller nyfødtintensivsykepleier. Det er derfor jeg har denne sterke interessen for disse små kjempene.

1.2 Presentasjon av oppgavens problemstilling

Hvordan kan premature barn få smertelindring gjennom omsorgsfull sykepleie?

1.3 Presisering av problemstilling og avgrensning

Oppgaven handler om omsorg og smertelindring til premature barn ved nyfødtavdelingen. Den vil fremstille hvordan sykepleier kan gi god omsorg og hjelpe til med å redusere smerter som premature barn opplever. Som sykepleieteoretisk begrep vil omsorg bli brukt. I oppgaven har jeg valgt fem forskningsartikler for å belyse problemstillingen samt en fagartikkel er nevnt. Jeg har utelatt artikler hvor det kun er brukt medikamentelle behandlingsmetoder da jeg er syns det er viktig å minimalisere bruken av medikamenter til denne pasientgruppen og heller fokusere på de ikke-medikamentelle behandlingsmetodene.

1.4 Definisjon av sentrale begrep

Prematur: Barn som blir født før svangerskapsuke 37 blir i følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) regnet som prematur. Saugstad (2009, s. 13) forklarer at i det latinske språket betyr pre = før og matur = moden og setter man disse to ordene sammen får man betydningen at barnet er umodent, det er født før det er modent. I denne oppgaven blir prematur og for tidlig født brukt om hverandre for å få litt variasjon i språket.

PIPP skåre (Premature infant pain profile): Er et smertevurderingsinstrument utviklet av Stevens et al. (sitert i Lindh & Lundqvist, 2013, s. 235-237) for beregning av prosedyrerelaterte smerter hos for tidlig fødte barn. Ansiktsuttrykk, grad av våkenhet, hjerterefrekvens og SaO₂ blir observert. Observeringen starter med at gestasjonsalderen til den premature noteres da det tas hensyn til denne samt at våkenhetsstadium observeres i 15 sekunder og noteres. Disse indikatorene innebærer at et alvorlig prematurt sovende barn får ekstra poeng ved totalbedømmelsen for ikke å risikere at deres uttrykkssvakhet blir undervurdert av smertereaksjonen. Videre blir det i det premature barnets rolige periode notert hvilepuls og oksygenmetning. Barnet blir observert i 30 sekunder i forbindelse med den prosedyren som blir utført. Blikket til den som observerer må flyttes mellom det premature barnets ansikt og overvåkningsutstyret for å kunne bedømme potensielle forandringer i puls og oksygenmetning samt observasjon av varighet av ansiktsuttrykket. På grunnlag av observasjonene regnes det ut totalpoeng. For PIPP skåren angis det at poeng i målområdet 7-12 kan være lett til moderat smerte og poeng over 12 er mer alvorlige smerter (Lindh & Lundqvist, 2013, s. 235-237).

NIPS skåre (Neonatal infant pain scale): Er et smertevurderingsinstrument utviklet av Lawrence et al. (sitert i Lindh & Lundqvist, 2013, s. 234) på grunnlag av en kjent skala for eldre barn (CHEOPS). Instrumentet består av fem atferds indikatorer, ansiktsuttrykk, gråt, arm- og benbevegelser, våkenhet og åndedrett. Ved gråt gis poeng fra 0-2, mens ved de fire andre indikatorene gis poeng fra 0-1. Målingene gjøres med ettminuttsintervaller før, under og etter utførelsen av en prosedyre (Lindh & Lundqvist, 2013, s. 235-237).

Støttende samling (facilitated tucking - FTP): Er en enkel teknikk som kan utføres av alle. Ved bruk av metoden får også foreldre mulighet til å delta med smertelindring til sitt premature barn samt øke sin tilknytning til barnet. Det premature barnet blir holdt med en hånd rundt barnets hode og den andre hånden holder barnet skånsomt, med ekstremitetene bøyd mot midtlinjen, enten i en lateral, liggende eller utsatt posisjon (Lopez, Subramanian, Rahmat, Theam, Chinna & Rosli, 2014).

2 TEORI

Oppgaven bygger på Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Sykepleiefaglig teori

Martinsen (sitert i Kirkevold, 1998, s. 169) sier at omsorg er et ontologisk fenomen. Med dette mener hun at den grunnleggende forutsetning for det menneskelige liv er omsorg. Og denne omsorgens fundamentale betydning er knyttet opp i mot det mest grunnleggende i menneskers tilværelse - de er avhengige av hverandre erklærer hun. Hun sier at å leve isolert fra andre kan ikke mennesket gjøre. Hun forteller videre at i situasjoner hvor sykdom, lidelse og funksjonshemming er til stede så inntreer avhengigheten av andre godt frem. Menneskets fundamentale avhengighet ”gjør krav på” et ”menneskelig motsvar” sier hun, og i følge henne selv er motsvaret omsorg. Hun sier at omsorg er et relasjonelt begrep som formulerer det ene menneskets svar på avhengigheten av den andre og med basis i avhengigheten til pasienten er og må sykepleiens verdigrunnlag være omsorg. Martinsen (sitert i Ludvigsen, Szuts og Bing, 2004) sier at sykepleie er et profesjonelt omsorgsarbeid, dette omsorgsarbeidets oppgave er å ta vare på mennesker som ikke klarer å ta vare på seg selv og hun sier at den sentrale kvaliteten i sykepleien er omsorgen.

Martinsen (2003a, s. 61) hevder at ”tanken om det ukvalifiserte menneskeverdet” er det samme som å erverve den andre som en gave. For å motta en gave finnes det ingen kvalifikasjoner, ingen betingelser og heller ingen pris sier hun, man skal kun ta imot. Handlingen er kjærlighetens, kjærligheten til nesten, som presenteres gjennom de gode hender og det gode blikket antyder hun. Hun sier at øynene til hverandre kan møtes og utgjøre en godhet til den andre, uten ønske om makt og kontroll, men gi et lindrende håndlag.

Martinsen (2003b, s. 15-16) sier at omsorg også er et praktisk begrep og hun tar utgangspunkt i en fortelling om den barmhjertige samaritan: Samaritanen var på reise og kom over en skadet jøde. Samaritanen synes synd på jøden og gikk bort til ham, rensset sårene med vin og olje og bandasjerte dem. Videre plasserte han jøden på eselet sitt, brakte ham til et herberge og pleiet den skadede jøden. Ut av dette hevder hun at bildet i fortellingen viser oss to ting, 1: En deltar

praktisk i en annens lidelse, en setter seg ikke utenfor og handlingen er konkret og situasjonsbetinget. I motsetning ligger den sentimentale omsorgen hvor ens egne følelser spiller inn og man stopper opp og synes synd i den lidende. Situasjonen forsvinner og den praktiske handlingen fremstår som mindre viktig. 2: Hun mener at hjelpen blir utført betingelsesløst, den blir begrunnet ut fra den lidendes tilstand og ikke ut fra resultatet en forventer. Ut fra dette sier hun at det viser det mest typiske fra omsorgen, den generaliserte gjensidigheten hvor en passer på og steller den lidende uten forventning av å få noe i gjengjeld.

Martinsen (2003b, s. 17) forklarer videre at omsorg også har en moralsk side. Hun sier at den moralske siden har med livsførsel og gjøre, om hvordan vi oppfører oss i relasjonen gjennom den praktiske handlingen og at i denne sammenheng er kvaliteten i relasjonen viktig og at omsorgsmoral er noe som må læres.

2.2 Prematuritet – hva er det?

Et normalt svangerskap varer i 37-42 uker, hvor gjennomsnittet ligger på 40 uker forklarer Saugstad (2009, s. 13). Han påpeker at barn som er født innenfor dette tidsrommet regnes som fullbårent og at gjennomsnittsvekten da ligger på rundt 3500-3600 gram og gjennomsnittslengden på 50-51 cm.

Dersom et barn blir født før uke 37 (259 dager) er det i følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) født for tidlig, det er prematurt. I 2015 var det i Norge i følge Medisinsk Fødselsregister 51 167 fødsler, av disse ble 3130 barn (6,1 %) forløst i mellom uke 22-36.

2.3 Gradering av for tidlig fødsel

Saugstad (2009, s. 51) utdyper at for tidlig fødte barn graderes fra lett premature, som normalt ikke får noen problemer av alvorlig grad, til de premature som er mest uttalt, det vil si de som er født før uke 28 i svangerskapet. Han oppgir at man ofte deler disse hensiktsmessig inn i tre forskjellige grupper:

2.3.1 Lett premature barn - barn som er født mellom svangerskapsuke 32-36

Denne gruppen utgjør 5,8 % av alle nyfødte i Norge, eller cirka 3400 nyfødte i følge Saugstad (2009, s. 51). Barna tilhørende denne gruppen får i våre dager svært sjelden problemer som er alvorlige sier han. Unntaket er at enkelte kan ha umodne lunger slik at de trenger hjelp med pustingene eller at noen kan ha problemer med å spise, da de før 34-35 svangerskapsuke ikke alltid klarer å suge påpeker han. Han sier at noen kan også ha problemer med å holde kroppsvarmen den første tiden etter fødsel og kan ha behov for å ligge i kuvøse, da både for temperaturens skyld og overvåkning av hjertefrekvens og åndedrett. Utover dette så ligger de lett premature barna stort sett i seng i følge Saugstad (2009, s. 51).

2.3.2 Moderat premature barn - barn som er født mellom svangerskapsuke 28-31

Saugstad (2009, s. 52) sier at det i 2006 ble det i denne gruppen født 433 barn, det vil si 0.73 % av alle levende fødte barn. Han forklarer videre at det har de siste 20-30 årene skjedd store behandlingmessige fremskritt. En del av barna som er i denne gruppen har umodne lunger og trenger hjelp med respirasjonen, enten med CPAP eller respirator opplyser han og som regel trenger de denne hjelpen kun i en kort periode. Barna fra denne gruppen og de lett premature barna utgjør 6,5 % av alle levende fødte barn og er flertallet av de nesten 4000 barna som fødes i Norge hvert år hentyder han.

2.3.3 Svært premature barn - barn som er født før svangerskapsuke 28

I følge Saugstad (2009, s. 52) fødes det årlig omtrent 300 svært premature barn i Norge. Disse barna trenger som regel respiratorbehandling eller CPAP-behandling da de er i de fleste tilfeller født med umodne lunger påpeker han. Han forklarer videre at det er i de siste årene blitt mer vanlig å starte CPAP-behandling først da en mener at denne metoden er mer skånsomt for barnet og spesielt da for barnets lunger. Desto mindre barna er, jo større risiko er det for at de blir rammet av en eller flere sykdommer sier han.

2.4 Smerte

Det er en uenighet om fosterets alder om når det kan kjenne smerte hevder Saugstad (2009, s. 46). Han viser til USA hvor det er gjort kirurgiske inngrep på foster i graviditetsuke 16-17 hvor

man med sikkerhet vet at de reagerer på smerte. Vi vet også i dag at både de kjemiske og nevrologiske forutsetningene for å kunne kjenne smerte er tidlig på plass i graviditeten, muligens allerede i uke 8 utdyper han. Sykepleiere som har jobbet på en moderne nyfødtafdeling vet at premature som er født i uke 23-24 har reaksjon på smerte ved blodprøvetaking noe som er viktig å ta hensyn til ved pleie og behandling sier Saugstad (2009, s. 46) og han påpeker også at det er viktig at helsepersonell som tar blodprøver av de minste premature har god trening samt at det blir tappet en minst mulig blodmengde fra barnet. Smertegruppa ved Nyfødt Intensiv seksjon på St. Olavs Hospital har utarbeidet retningslinjer som slutter seg til de internasjonale retningslinjene for forebygging og smertebehandling av nyfødte barn; Tiltak ved smerte hos nyfødte barn (2005).

Belliemi et al. (sitert i Haaland, 2009, s. 25) hevder at en bør utnytte ikke-medikamentell smertelindring maksimalt i form av sansemetning, det vil si god smak, lyd, berøring og lignende.

2.5 NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program)

Barn som er født for tidlig opplever et hektisk miljø, hvor de er omgitt av teknisk utstyr og hvor de blir utsatt for atskillige forstyrrelsesmomenter erklærer Saugstad (2009, s. 145-146). Han sier at leger og sykepleiere skal undersøke og lytte på det premature barnet, samt at det går alarmer i rommet. Videre forklarer han at det for tidlig fødte barnet blir utsatt for stressfaktorer som blant annet blodprøvetaking, røntgen og ultralydundersøkelser, samt at mating og pleie også er belastende for barnet. Et for tidlig født barn kan bli utsatt for et høyt antall prosedyrer i løpet av et døgn, faktisk så mange at hvile kan bli en mangelvare påpeker Saugstad (2009, s. 145-146).

Det er lagt mer vekt på i de senere år at de for tidlig fødte barna skal ha mer ro utdyper Saugstad (2009, s. 146). Han forklarer at man derfor har redusert lydnivået og dempet belysningen ved en del nyfødtafdelinger. Og han legger til at det også er kommet frem at det er viktig for det for tidlig fødte barnet å kunne ha anledning til å komme inn i en "normal" døgnrytme hvor lys og mørke er en del av denne. Han skriver at prøver som man tidligere mente man måtte ta, nå blir satt på vent eller ekskludert, fordi en ønsker å redusere antallet smertefulle og stressende prosedyrer som barnet blir utsatt for. Videre opplyser han at både smerte og stress kan sette varige mén i den nyfødtes hjerne. Man har på grunnlag av dette blitt flinkere til å tilby det

premature barnet smertestillende og beroligende medisiner før undersøkelser som kan oppleves som ubehagelig eller smertefullt hentyder han.

Saugstad (2009, s. 146) forklarer at NIDCAP- tankegangen ble satt i system på 1980 - tallet av utviklingspsykolog Heidelise Als ved Harvard Medical School som utarbeidet sitt eget pleieprogram for nyfødte. Prinsippet med behandlingen var at pleien aktivt skulle tilpasses det enkelte barnet og av den grunn skulle barnet få anledning til å utvikle seg ut i fra sine egne behov og evner utdyper han.

Når NIDCAP-metoden brukes forklarer Saugstad (2009, s. 146) at det enkelte barns reaksjon på den behandling og pleie det mottar studeres, slik at man kan prøve å kunne forstå hvordan pleien kan tilpasses det enkelte barnet. Han opplyser at dersom metoden benyttes fullt ut, observeres barna av en NIDCAP-ekspert en gang i måneden. Det for tidlig fødte barnets utvikling blir bedømt av en NIDCAP-ekspert og man forsøker å utarbeide en tilpasset pleieplan på grunnlag av disse observasjonene oppgir han.

NIDCAP-eksperten har utdannelse for å kunne tolke signaler som de for tidlig fødte barna gir og disse signalene kan være vanskelig å oppfatte, det kan dreie seg om enkelte bevegelsesmønstre, fargeforandringer, fallende oksygenmetning eller pustestopp (Saugstad, 2009, s. 146).

Avskjerming av det premature barnet er spesielt viktig de første månedene poengterer Saugstad (2009, s. 147). Tepper blir lagt over kuvøsen for å redusere lys- og lydinntrykk og man prøver å unngå å forstyrre barnet mer enn absolutt nødvendig sier han. Etter hvert som barnet vokser til, kan det få oppleve mer av sine omgivelser, det blir tillatt mer lys og aktivitet omkring kuvøsen, men han fastslår videre at det avhenger av barnets utviklingsstadium. På dette tidspunkt kan det være gunstig om foreldrene er tydeligere nærværende; at de pusler litt rundt barnet og gjerne synger til det hentyder Saugstad (2009, s. 147).

Uten tvil så blir det for tidlig fødte barnet med NIDCAP-behandling satt i sentrum og det blir understreket at hvert enkelt barn er unikt på sin måte påpeker Saugstad (2009, s. 148). Han opplyser at man har sett en ny tendens i utførelsen av omsorgen og som klart henger sammen

med utviklingen av NIDCAP. Det premature nyfødte barnet og dens nærmeste familie er selve kjernen i og utgangspunkt for all behandling som utføres sier han, og de viktigste pleierne regnes nå som foreldrene. Sykepleierne tjener mer som støttespillere hvor de ser til at pleien og behandlingen som barnet får er optimal, og at omsorgen er blitt familieorientert erkjenner Saugstad (2009, s. 148-149).

2.6 Kengurumetoden

Barn som er premature har et grunnleggende behov for hudkontakt med mor og far og/eller eventuelt søsken sier Tandberg & Steinnes (2009, s. 53). Dette behovet kan opprettholdes av at mor eller far holder med sine varme rolige hender rundt barnet, men ikke oppå barnet forklarer de. Videre opplyser de om at når barnet er stabilt nok bør det få komme på mor eller far sitt bryst. Blomqvist & Nyqvist (2013, s. 91) skriver at ved hud til hud kontakt som ved kengurumetoden, stimuleres nervesystemet og hormonet oxytocin frigjøres. Det settes i gang en prosess i hjernen både hos den for tidlig fødte og hos mor (og/eller far) og denne prosessen har en beroligende effekt som også bidrar til fysiologisk stabilitet påpeker de.

I følge Tandberg & Steinnes (2009, s. 53-54) ble kengurumetoden i 1978 innført i Bogotá i Colombia, hovedsakelig på grunn av mangel på kuvøser og fulle avdelinger. De opplyser at kengurumetoden innebar hud-mot-hud kontakt i alle døgnet 24 timer (bortsett fra når barnet ble ammet og ved tidlig hjemreise) i "kenguruposisjon", det vil si en vertikal posisjon mellom mor sitt bryst og under mor sine klær. Kengurumetoden praktiseres i Norge fortrinnsvis intermitterende, det vil si at barnet blir lagt på mor eller far sitt bryst omtrent 1-2 ganger i døgnet, eventuelt flere og da i helst minimum 2 timer hver gang understreker de. En av de mange fordelene for barnet med kengurumetoden, er at den effektiv lindrer smerter under prosedyrer og behandling presiserer Tandberg & Steinnes (2009, s. 55).

3 METODE

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for betydningen av begrepet *metode* samt forklare hva et systematisk litteraturstudie er. Jeg vil oppgi hvilke fremgangsmåter jeg har brukt og vise hvilke søketabeller jeg har utarbeidet. Helt til slutt i kapittelet gjør jeg rede for kildekritikk og etikk i oppgaveskriving.

Sosiologen Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s. 111) forklarer begrepet *metode* slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap.” I følge Dalland (2012, s. 112) så er metoden redskapet en skal bruke om en vil undersøke noe. Vi får hjelp av metoden til å samle inn data som er informasjon som vi trenger til vår undersøkelse, sier han. Støren (2013, s. 37) derimot, forklarer at litteraturstudiets metode dreier seg om å søke i relevante databaser etter vitenskapelige originalartikler.

3.1 Litteraturstudie

Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie. I følge Dalland (2012, s. 223) er den litterære oppgaven i hovedsak bygget opp på kilder som er skriftlige. Utgangspunktet for tema og problemstilling kan være praksisnære erfaringer, noe i pensum som en interesserer seg for eller noe i faglitteraturen sier han. Han sier også at det metodiske redskapet i den litterære oppgaven er vurderingene en gjør av de skriftlige kildene i form av kildekritikk.

Forsberg & Wengström (2013, s. 30) forklarer at en litteraturstudie innebærer å søke systematisk, kritisk granske og deretter sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte emneområdet og ha som mål for å finne beslutningsunderlag for den kliniske virksomheten sier de. Videre oppgir de at hvor mange studier som skal inngå i en litteraturstudie finnes det ingen regler for. Det antall studier som man velger kommer an på hva som finnes av forskning innenfor det valgte emnet og hvilke krav man har stilt til studiene som skal inkluderes hentyder de.

3.2 Fremgangsmåte

Dalland (2012, s. 114) forklarer at man kan beskrive metode som det å følge en bestemt sti mot et mål og at forskeren blir utfordret til å vise vei hvor denne stien går og gjøre rede for beslutningene av valgene som har blitt tatt underveis mot målet.

I oppgaven er det brukt både pensumlitteratur og anbefalt litteratur. Det er også brukt en del selvvalgt litteratur da pensumlitteraturen og den anbefalte litteraturen inneholdt lite relevant stoff som dekker fagområdet til problemstillingen. Bibliotekene ved Høgskolen Stord/Haugesund ble benyttet for å finne relevant faglitteratur samt Biblioteket ved Høgskolen i Bergen da de hadde et bredere utvalg av faglitteratur som omhandlet premature. Søkedatabasen Oria til Biblioteket ved Høgskolen Stord/Haugesund ble også benyttet og har vært til hjelp. For å kunne finne relevant forskningslitteratur til oppgaven ble fagressurser som CINAHL og PubMed brukt. CINAHL er en database som er relevant og egnet på grunnlag av at der er et stort utvalg av sykepleieforskning. Det ble benyttet begreper (suggest subject terms) som CINAHL foreslo for å finne relevante søkeord. På noen av søkeordene var det mange irrelevante treff som ikke omhandler pasientgruppen oppgaven handler om, det ble da knyttet sammen flere søk med AND, samt at antall søkeord ble utvidet. Artiklene ble valgt ut fra gjennomgang av sammendragene og relevans i forhold til problemstillingen.

For å få et bredt treff ble det benyttet engelske søkeord og søkeordene som ble brukt var premature, premature babies, premature infant, preterm infants, pain, pain assessment, pain management, nurse og kangaroo mother care. Det ble søkt etter artikler av nyere dato, søket ble avgrenset med publiseringsdato fra 2006 samt med full tekst for å kunne få tilgang til hele dokumentet til hver artikkel. Før hele artikkelen ble lest ble det kontrollert at den var etisk godkjent.

3.2.1 Tabell 1 – CINAHL

| Søk i CINAHL 25.02.16 | | | |
|-----------------------|------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Premature infant | | 21 200 |
| S2 | Pain management | | 26 466 |
| S3 | S1 AND S2 | | 98 |
| S4 | S1 AND S2 | Published: 20060101- 20161231 | 67 |
| S5 | S1 AND S2 | Subject major: pain | 29 |

Her ble artikkelen *”Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pain Management in Preterm Infants”* av Axelin, Salanterä, Kirjavainen & Lehtonen (2009) valgt.

3.2.2 Tabell 2 – CINAHL

| Søk i CINAHL 14.01.16 | | | |
|-----------------------|------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Premature | | 24 645 |
| S2 | Pain assessment | | 27 656 |
| S3 | Nurse | | 337 007 |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | | 45 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | Full text | 9 |
| S6 | S1 AND S2 AND S3 | Published: 20060101- 20151231 | 7 |

Fra CINAHL søk nr S6 ble artikkelen ”Nurses’ attitudes and perception of pain assessment in neonatal intensive care” av Pölkki, Korhonen, Laukkala, Saarela, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2014) valgt.

3.2.3 Tabell 3 – PubMed

| Søk i PubMed 27.01.16 | | | |
|-----------------------|------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| #1 | Preterm infants | | 83 732 |
| #2 | Pain | | 633 002 |
| #3 | Nurse | | 313 045 |
| #4 | #1 AND #2 AND #3 | | 90 |
| #5 | #4 | Full text | 76 |
| #6 | #5 | Published in the last 10 years | 49 |
| #7 | #6 | Humans | 44 |

Fra PubMed søk nr #7 ble denne artikkelen valgt, ”Nurses’ perspectives on the suffering of preterm infants” av Korhonen, Haho & Pölkki (2013).

3.2.4 Tabell 4 – CINAHL

| Søk i CINAHL 09.01.16 | | | |
|-----------------------|------------------|------------------------|----------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Premature babies | | 1 589 |
| S2 | pain | | 135 354 |
| S3 | S1 AND S2 | | 44 |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | Full text | 11 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | Published: | 6 |

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| | | 20060101- 20151231 | |
|--|--|-----------------------|--|

Fra CINAHL søk nr S5 ble artikkelen ”*The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies*” av Lopez, Subramanian, Rahmat, Theam, Chinna og Rosli (2014) valgt.

3.2.5 Tabell 5 - CINAHL

| Søk i CINAHL 05.02.16 | | | |
|-----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Premature Infant | | 21 160 |
| S2 | Pain | | 186 808 |
| S3 | Kangaroo Mother Care | | 471 |
| S4 | S1 AND S2 AND S3 | | 23 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | Published: 20060101- 20161231 | 21 |
| S6 | S1 AND S2 AND S3 | Full text | 6 |

Fra CINAHL søk nr S6 ble artikkelen ”*Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial*” av Gao, Xu, Gao, Dong, Fu, Wang, Zhang & Zhang (2015) valgt.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 67) forklarer at kildekritikk er de metodene som brukes for å avgjøre om en kilde er sann eller ikke. Ut fra dette må man da vurdere og karakterisere benyttede kilder for å undersøke om de har relevans for oppgaven, om de er gyldige og holdbare (Dalland, s. 67 og s. 73). I oppgaven er det benyttet noen kilder som er eldre enn 10 år og disse kildene er pensumlitteratur, anbefalt litteratur eller primærkilder. Ingen av forskningsartiklene i oppgaven er

eldre enn 8 år. Dette har vært et bevisst valg for å tilstrebe litteratur som er av nyere dato og som sikrer troverdighet og relevans til problemstillingen. En god indikasjon på at artiklene er fagfellevurdert er at de har blitt trykt i anerkjente tidsskrift.

I oppgaven er det benyttet en forskningsartikkel i fra Malaysia og en i fra Kina. Dette begrunnes med at de er svært relevante i forhold til oppgaves problemstilling. Dette begrunnes med at smertebehandlingen som er brukt i forskningsartiklene stort sett er like i forhold til hvordan man ville behandlet de premature barna i Norge og om vårt syn på omsorg og respekt. I tillegg har forskningsartiklene svært gode resultater.

De resterende tre forskningsartiklene stammer fra Finland. Disse tre finske forskningsartiklene har i varierende grad noen av de samme forskerne. Min vurdering på grunnlag av dette er at forskningsartiklene belyser ulike problemstillinger og har ulike mål og ikke har noe negativt å si for oppgavens resultat. For å vurdere artiklene kritisk er det brukt Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten sine sjekklister. Resultatene i artiklene er relevante for oppgavens problemstilling og kan la seg lett videreføres. Alle artiklene er skrevet på engelsk og oversatt av undertegnede så mistolkninger av artiklene kan forekomme. Det blir også benyttet en fagartikkel.

3.3.1 Kritisk vurdering av hver artikkel

Etter kritisk vurdering av forskningsartikkelen *Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pain Management in Preterm Infants* av Axelin et al. (2009) har jeg kommet frem til at artikkelen er av god kvalitet og relevant for problemstillingen til oppgaven. Studiens formål kommer godt frem og den forsker på effekten av forskjellige metoder til bruk som smertelindring hos premature hvor metodene sammenlignes mot hverandre. Forskningsartikkelen av kvantitativ design og er en tverrsnittstudie noe som er relevant for studien.

Forskningsartikkelen *Nurses' attitudes and perception of pain assessment in neonatal intensive care* av Pölkki, et al. (2014) er av kvantitativ design og en tverrsnittstudie. Metoden er aktuell for studien og hensikten med studien kommer tydelig frem. Studien gransker sykepleieres oppfatninger og holdninger til vurdering hos smerte blant premature barn, demografiske faktorer

knyttet til holdningene og oppfattelser av smerte. Resultatene av studien kommer godt frem og har gitt ny kunnskap om hva som kan forbedres hos sykepleierne.

Nurses' perspectives on the suffering of preterm infants av Korhonen, et al. (2013) er av en kvalitativ studiedesign. Målet for studien var å få frem sykepleiernes oppfatninger av de lidende premature barna samt å utvikle intervensjoner som kunne lindre. Studien er særs aktuell for oppgaven fordi den øker kunnskapen om temaet blant sykepleiere og andre fagfolk. Det er behov for å kunne utvikle lindrende intervensjoner for ikke verbalisert lidelse for pasientgruppen.

Studien *The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies* av Lopez, et al. (2014) er en kvantitativ studie, en såkalt kvasiekperimentell studie. Studien er god og relevant for oppgaven. Hensikten var å fastslå hvilken effekt støttende samling av det premature barnet hadde ved venepunksjon for reduksjon av smerte. Studien er så absolutt aktuell for enhver sykepleier som jobber med pasientgruppen

Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial av Gao et al. (2015) er en studie av kvantitativ design. Formålet med studien var å fastslå virkningen av smertelindring ved gjentakende bruk av kengurumetoden og om den endret seg ved gjentakende smertefulle prosedyrer. Denne studien er også av god kvalitet og passer godt inn i oppgaven. Kengurumetoden som studien forsker på er en svært god metode som spesielt inkluderer foreldrene i smertebehandlingen og viktigheten av sykepleieres støtte til foreldrene.

3.4 Etikk i oppgaveskriving

I en del forskningsprosjekter blir sykepleiere spurt om å være deltakende eller om de kan skaffe til veie pasienter som deltakere hevder Slettebø (2012, s, 210). Derfor er viktig at en som sykepleier kjenner til de viktigste forskningsetiske prinsippene og at en har kunnskap om hvordan en kan veilede pasienter som blir forespurt om å være deltaker i en studie påpeker han.

Forsberg & Wengström (2013, s. 69-70) anbefaler at før man starter å arbeide med en systematisk litteraturstudie bør man gjøre etiske overveielser. Det er viktig å velge studier som har fått

godkjenning fra en etisk komité, å rapportere alle artiklene som en har brukt i studien samt å lagre disse på et trygt sted i minimum 10 år, presentere alle resultatene som både støtter opp og ikke støtter opp hypotesen poengterer de.

Olsson & Sörensen (2003, s. 56) skriver at mennesker ikke må utsettes for fysisk eller psykisk ubehag eller smerte ved forskning og at man som menneske har rett til integritet og beskyttelse mot innsyn i privatlivet sitt. De skriver videre at deltakere i forskningsprosjekter blir beskyttet av ulike regelverk i forhold til konfidensialitet, taushetsplikt og anonymitet. Olsson & Sörensen (2003, s. 61-62) poengterer også at man ikke skal drive forskningsfusk, men være bevisst på sine kilder og ikke plagiere andres tekst.

I oppgaven er det lagt vekt på at artiklene som er brukt er godkjent av en etisk komité.

4 RESULTAT

I resultatdelen presenteres forskningsartiklenes hensikt, utvalg, metode og resultat. Alle forskningsartiklene handler om hvordan man skal kunne utøve smertelindring med ulike metoder og gi omsorgsfull sykepleie til for tidlig fødte barn.

4.1 Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pain Management in Preterm Infants

Studien til Axelin, Salanterä, Kirjavainen & Lehtonen sin hensikt var å sammenligne effekten av FTP (facilitated tucking by parents), oral glukose, opioid (oxycodone) og placebo (vann) som smertelindring ved blodprøvetaking fra hæl og ved suging av svelg hos for tidlig fødte barn.

Metoden som ble brukt var en (randomisert placebo-kontrollert) tverrsnittstudie som ble gjennomført over en 2 årsperiode fra 2005 – 2007. Utvalget bestod av 20 for tidlig fødte spebarn født før/inntil uke 31+0 og deres foreldre. Dataene ble samlet inn ved bruk av videoopptak og fysiologiske målinger ved bruk av EMBLA sleep recovering polygraph. Studien er etisk godkjent.

Resultatene av studien viser at PIPP skåre ved blodprøvetaking fra hælen var signifikant lavere under prosedyren hvor glukose ble gitt oralt og ved bruk av FTP sammenlignet med placebo. Det var ingen forskjell mellom oxycodone og placebo. NIPS skåren viste at de premature hadde mindre smerter under prosedyren hvor FTP ble brukt og ved bruk av oxycodone, men ikke ved glukose gitt oralt sammenlignet med placebo. NIPS skåre samsvarte med PIPP skåre under blodprøvetaking fra hælen ved bruk av de forskjellige intervensjonene. Ved suging av svelg var PIPP skåren signifikant lavere under prosedyren hvor glukose ble gitt oralt og ved bruk av FTP sammenlignet med placebo. NIPS skåre klassifiseringen indikerte kun mindre smerte under prosedyren ved bruk av FTP sammenlignet med placebo. Glukose gitt oralt og oxycodone skilte seg ikke ut fra placebo. NIPS skåre samsvarte ikke med PIPP skåre under suging av svelget ved bruk av de forskjellige intervensjonene.

Kortsiktige bivirkninger knyttet til smertelindring var mer vanlig med både vann og glukose gitt oralt sammenlignet med oxycodone og FTP. Videre så en at spebarn med høyere gestasjonsalder hadde lavere PIPP skåre under suging av svelget og flere tidligere smertefulle prosedyrer var relatert til lavere NIPS skåre under blodprøvetaking fra hælen.

4.2 Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care

Hensikten til Pölkki, Korhonen, Laukkala, Saarela, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä (2008) sin studie var å beskrive sykepleiernes holdninger og oppfatninger av vurdering av smerte i nyfødttintensiv avdelinger og demografiske faktorer knyttet til disse holdningene og oppfattelser av smerte. Følgende problemstillinger ble tatt opp:

1. Hvordan så sykepleierne på viktigheten av smertevurdering i nyfødttintensiv avdelingen?
2. Hvordan vurderer sykepleiere premature barns opplevelser av smerte og uttrykkelse av smerte?
3. Hvilke demografiske faktorer (alder, utdanning, arbeidserfaring og arbeidsenhet) er knyttet til sykepleiernes holdninger om, og oppfatninger av smertevurdering hos premature barn.

Metoden som ble brukt var en tverrsnittstudie av beskrivende og sammenhengende design hvor det ble brukt spørsmålsskjema. Dette ble utført våren 2006.

Utvalget bestod av 257 finske sykepleiere ved studiens slutt. De var rekruttert fra de fem universitetssykehusene i Finland og arbeidet enten ved en nyfødttintensiv avdeling eller ved en avdeling som hadde omsorg for premature spebarn som trengte intensiv overvåkning.

Arbeidserfaringen til respondentene ved en nyfødttintensivavdeling var gjennomsnittlig 9,4 år.

Resultatene i tabell 1 i studien viser at kun 3 % av sykepleierne mente at vurdering av smerte hos for tidlig fødte ikke var viktig. 75 % av utvalget mente at det var viktig å bruke smerteskalaer og 88 % at systematisk dokumentasjon for vurdering av smerter er nødvendig for å kunne holde en høy kvalitet på smertebehandlingen. Over halvparten av respondentene var enige om at de kunne vurdere spebarnas smerte uten smerteskala.

Tabell 2 viser at så mye som 96 % av sykepleierne var samstemte om at nervesystemet til premature er modent nok til å føle smerte i likhet med babyer født til termin, men at de ikke alltid er i stand til å uttrykke dem. I midlertidig var en fjerdedel av utvalget uvitende om at premature spebarn kan være mer sensitiv for å kunne føle smerte i forholdt til terminfødte barn. De fleste sykepleierne (97 %) vurderte at for tidlig fødte spebarns smerteuttrykk kan være påvirket av flere faktorer samtidig. 89 % fastslo at babyens helsetilstand kunne ha innvirkning på uttrykkelse av smerte, 84 % mente at andre stressfaktorer som sult og kulde så vell som barnets alder og utviklingsfaktorer (79 %) også hadde innvirkning på uttrykkelse av smerte. Det kommer også frem av tabell 2 at rundt halvparten av sykepleierne var uenige om at fysiologiske forandringer og forandringer i atferd ikke nødvendigvis fortalte noe om barnets lidelse og smerten. I midlertid så var 52 % av utvalget uvitende om at forandringer av hormonell karakter kunne oppstå uten opplevelse av smerte.

Studien avslørte også at sykepleiere med høyere utdanning var mer enige om en de andre sykepleierne at nervesystemet til premature er modent nok til å ha evnen for å føle smerte og at et prematurt spebarns smerteuttrykk kan være påvirket av flere faktorer samtidig.

4.3 Nurses' perspective on the suffering of preterm infants

I studien til Korhonen, Haho & Pölkki (2013) var hensikten å få frem hvilke oppfatninger sykepleierne hadde til de lidende premature barna samt kunne utvikle lindrende intervensjoner til pasientgruppen ut fra sykepleiernes oppfatninger.

Utvalget bestod av sykepleiere som jobbet ved en nyfødtintensiv avdeling ved et sykehus i Finland. 19 av avdelingens sykepleiere inkludert 3 sykepleierstudenter deltok i studien som foregikk fra januar til februar i 2008. Gjennomsnittsalderen var 32 år og foruten sykepleierstudentene var gjennomsnittlig arbeidserfaring ved en nyfødtintensiv avdeling 7 år, og gjennomsnittlig arbeidserfaring som barnesykepleier 10 år.

Studien er av en kvalitativ design og resultatene ble delt i 4 kategorier ut fra beskrivelsene sykepleierne hadde gitt:

Lidelse styrt av modenhet: Funnene viser at det er noen forskjeller hos for tidlig fødte og fullbårne barn. For tidlig fødte barns lidelse viste seg å være større og tydeligere på grunn av barnas svakhet og deres umodne evner til å takle lidelse sammenlignet med barn født til termin. På grunn av ulikheten ble det lagt vekt på å bruke forskjellige begreper ved dokumentasjon.

Forekomst av lidelse: Denne varierte i stor grad i forhold til sykepleiernes oppfatninger. Lidelsen ble sett som varierende på mange måter, alt fra omfattende lidelse til minimale uttrykk, også hos noen uten signaler. Nivået av uttrykt lidelse var avhengig av de premature spebarnas medisinske tilstand.

Den individuelle terskelen av lidelse: I samsvar med sykepleiernes oppfatninger eksisterte det en individuell terskel og ble sett som varierende hos de for tidlig fødte spebarna. Noen tolererte mer behandling uten å uttrykke lidelse, mens noen så ut til å lide tilsynelatende uten grunn. Sykepleierne i studien var enige om at alle de premature spebarna var i stand til å uttrykke sin lidelse, men at terskelen var varierende hos de enkelte individene.

Tolkning av signaler på lidelse: Sykepleiernes tolkninger var basert både på induerte tolkninger av de premature spebarnas ansiktsuttrykk og på fysiologiske og atferdsmessige signaler. De induerte tolkningene var basert på å gi en mening om det for tidlig fødte spebarnets vesen, som tenkning om hva det føler eller foretrekker, eller hvorvidt om det liker pleie eller ikke.

Resultatene av studien viser sykepleiernes oppfatninger knyttet til lidelse for tidlig fødte barn, og at lidelsen er individuelt bestemt blant de premature barna, dermed kreves det en sensitiv tilnærming til omsorg. Fra et etisk synspunkt, er det viktig å definere, oppfatte og lindre lidelsene til for tidlig fødte barn.

4.4 The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies

I Lopez, Subramanian, Rahmat, Theam, Chinna & Rosli (2014) sin studie ønsket forskerne å fastslå effekten av støttende samling av det for tidlig fødte barnet ved venepunksjon for å redusere smerte hos premature barn. Studien fokuserte på om det var noe forskjell i

smerteskalaen til premature som gjennomgikk venepunksjon ved normal NICU-rutine i forhold til bruk av støttende samling og om antall forsøk påvirker smerteskalaen.

Studiedesignet som ble brukt var kvasiekperimentell og studien foregikk i Malaysia. Utvalget bestod av 42 for tidlig fødte barn, 21 i kontrollgruppen og 21 i behandlings-gruppen.

Ut fra studiens funn og diskusjon ble der understreket at premature ikke bare føler smerte, men at de er ute av stand til å verbalisere den. Dette fører til en undervurdering og en underhåndtering av smerte. Funnene i studien tyder på at støttende samling kan lindre smerte og det fremheves at sykepleierne må kunne ta ansvar og utføre støttende samling når det er behov for det. Funnene kan også bidra til kunnskap om effekten av støttende samling som alternativ metode til smertelindring hos for tidlig fødte barn.

4.5 Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial

I Gao, Xu, Gao, Dong, Fu, Wang, Zhang & Zhang (2015) sin studie var hensikten å fastslå om den smertelindrende effekten ved gjentakende bruk av kengurumetoden endret seg ved gjentatte smertefulle prosedyrer. Man antok at effekten av gjentakende bruk av kengurumetoden som smertelindring forholdt seg stabil ved de gjentatte smertefulle prosedyrene.

Kvantitativ design er brukt som metode i studien i form av et randomisert kontrollert forsøk (RCT). Utvalget bestod av for tidlig fødte barn rekruttert fra en nivå III nyfødtintensiv avdeling ved et undervisningssykehus i Kina. Inklusjonskriterier for deltakelse i studien var for tidlig fødte spebarn med en gestasjonsalder mindre enn 37 uker som var født som enslig (ikke tvilling/flerling), mottatt pleie i kuvøse, forventet minst fire rutinemessige blodprøvetappinger innen 2 uker etter fødsel og ikke noen planlagt mottagelse av lammende-, smertestillende- eller sederende medikamenter 48 timer i forkant av en prosedyre. Alt i alt var det 128 deltakende premature i studien, men grunnet diverse årsaker var det kun 75 igjen ved studiens slutt. Deltakerne ble delt i to grupper. En gruppe skulle gjennomføre prosedyren i kuvøse, mens den andre gruppen skulle motta kengurumetoden. Analyse av dataene som ble samlet inn ble gjennomgått ved bruk av variansanalyse (ANOVA).

ANOVA-resultatene etter den tredje blodprøvetakingen viste betydningsfulle interaksjoner mellom varighet av gråt og varighet av ansiktsuttrykk mellom tilstand- og evalueringsfasen. Når man sammenlignet gruppene var hjerterytmen, varighet av gråt og ansiktsuttrykk betydelig lavere hos gruppen hvor kengurumetoden ble benyttet enn hos gruppen som ble behandlet i kuvøse fra blodprøvetaking til restitusjonsfasen.

Innenfor gruppene var det forskjeller i atferd og fysisk smerterespons etter tre repeterende blodprøvetakinger. Gråt, ansiktsuttrykk og hjerterytmeffrekvens ble uttrykt ulikt hos kengurumetodegruppen og kuvøsegruppen, det vil si det var en signifikant økning ved blodprøvetakingen og i restitusjonsfasen etterpå. Det viste seg igjen å være store forskjeller ved både gråt og ansiktsuttrykk mellom grunnlinjen og restitusjonsfasen for kuvøsegruppen og kengurumetodegruppen. Det ble ikke funnet betydelig store forskjeller i hjerterytmen mellom grunnlinjen og restitusjonsfasen hos gruppen som mottok kengurumetoden. For kuvøsegruppen var det derimot igjen en betydelig økning i hjerterytmen i restitusjonsfasen sammenlignet med grunnlinjefasen.

Studien beviser og konkluderer med at 30 minutter med kengurumetoden er effektiv for å redusere smerte under blodprøvetaking ved minst tre gjentatte blodprøveprosedyrer hos for tidlig fødte barn.

5 DRØFTING

Etter gjennomgang av faglitteratur og forskningslitteratur følger drøfting av relevante temaer. Funnene fra forskningsartiklene vil bli drøftet opp mot Kari Martinsens omsorgsteori og faglitteraturen. Drøftingen er delt inn i sentrale temaer i forhold til oppgavens problemstilling: *Hvordan kan premature barn få smertelindring gjennom omsorgsfull sykepleie?*

5.1 Det premature barnet – smerte og ubehag

For tidlig fødte barn opplever et hektisk miljø med mye teknisk utstyr og atskillelige forstyrrelses momenter. Korhonen et al. (2013) sin studie viser hvordan enkelte av de premature barna viser lidelse ved berøring hvor bare et bleieskift kunne føre til at barnet uttrykte ubehag. Saugstad (2009, s. 46) forklarer at det er en uenighet om når fosteret kan kjenne smerte. Lindh og Lundqvist (2013, s. 224) henviser til studier som viser at et for tidlig født barn kan være i gestasjonsuke 35-37 før det kan skille mellom smerte og berøring. For det premature barnet vil det da være en enda større påkjenning hvis det ikke kan skille mellom disse, noe som kan føre til at barnet får mer ubehag en normalt kun ved at en berører barnet. Vi mennesker er nærmest født og oppdratt for å berøre og kjærtegne hverandre, være gode mot hverandre og vise omsorg. I et slik tilfelle hvor et for tidlig født barn ikke kan skille mellom smerte og berøring kan det være svært vanskelig for både mor og far samt helsepersonell å kunne gi god pleie og omsorg til barnet. Det kan være for mor og far rent følelsesmessig vanskelig å ikke kunne få berøre barnet sitt slik en ønsker. Av egen erfaring som mor var det svært vanskelig å ikke la vær å stryke på barnet. Man ble heller oppfordret til å holde og støtte godt rundt det, men den strykende hånden var godt innebygget i kroppen og vanskelig å legge bort.

Kari Martinsen (2003b, s. 69) skriver at forholdet mellom mennesker er det mest fundamentale i omsorgen. Dette speiler seg igjen i studien til Pölkki et al. (2010) hvor kun 3 % av sykepleierne mente at det ikke var viktig med smertelindring til premature. Det viser at sykepleierne har omsorg for de premature med at det er en god oppslutning om behov for smertelindring og at man vil dem vel.

I studien til Pölkki et al. (2008) kommer det frem at 96 % av sykepleierne var enige om at prematures nervesystem er modent nok til å føle smerte, men ikke alltid klarer å uttrykke dem. I motsetning forteller henvisningen til Lindh og Lundqvist (2013, s. 224) at premature ikke kan være i stand til å skille smerte og berøring. Det kan være vanskelig som sykepleier å føle at en strekker til med å gi omsorg til et prematurt barn uten å vite om det er smerter som gir ubehag eller om det er berøringen som er problemet. En kan stille spørsmål ved Pölkki et al. (2008) sin studie om hvorvidt enigheten blant sykepleierne med høyere utdanning sin mening om at for tidlig fødte barn er modent nok for å ha evne til å føle smerte. Kan det være sykepleiernes berøring av den for tidlig fødte som egentlig skyldes uttrykking av smerte? Saugstad (2009, s. 46) hevder også at sykepleiere som har jobbet på en moderne nyfødtafdeling har sett at premature født i uke 23-24 har reaksjon på smerte ved blodprøvetaking. Det kan være vanskelig å vite om det er smerten eller berøringen som gir ubehag for premature, men det svært viktig for sykepleier å vite at det faktisk kan skyldes begge deler. Her kommer omsorgsteorien til Martinsen (2003b) frem, hun sier at for å kunne møte det premature barnet med omsorg gjennom omsorgsarbeid innebærer det at sykepleier har forutsetninger som kunnskap, ferdigheter og organisasjon.

5.2 Prøvetaking og smertebehandling

Belliemi et al. (sitert i Haaland, 2009, s. 25) hevder at en bør praktisere bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Dette samstemmer noe med resultatene til Axelin et al. (2009) sin studie som viser at ved blodprøvetaking fra hælen var PIPP skåren signifikant lavere ved bruk av glukose og støttende samling enn ved placebo. Samtidig viste studien også at under prosedyren ved suging av den for tidlig fødtes svelg kom glukose bedre ut enn opioider som tangerte placebo på lik linje med blodprøvetakingsprosedyren. Derimot var NIPS skåren signifikant lavere ved bruk av støttende samling og opioider ved blodprøvetakingsprosedyren og under prosedyren av suging av svelg sammenlignet med placebo. Dette tyder på at det er fornuftig både å gjennomføre støttende samling og gi glukose oralt. Det skal nevnes at man fant flere uheldige effekter på å gi glukose og vann sammenlignet med bruk av støttende samling og opioider. Å gi opioider kan en heller være restriktiv med foruten at det er strengt tatt nødvendig. Det anbefales fra flere hold innen for nyfødte miljøet at bør en være kritisk til bruk av opioider skriver Skaug (2009, s.269). Dette fordi man har lite kunnskap om opioider og deres eventuelle langsiktige negative effekter. Særs er man bekymret for bruk av morfin som har vist skadelige effekter.

I Lopez et al. (2014) sin studie ble det understreket at premature barn føler smerte, men at de ikke klarer å verbalisere den. Dette stemmer med det Skaug (2009, s. 270) formidler. Hun sier at hos det premature barnet kan en rask sammentrekning av ansiktsmuskulaturen være den eneste reaksjonen på smerte. Dette kan skyldes at nervesystemets umodenhet hos det premature barnet forsinker tilbakemeldingene fra barnet forklarer hun.

5.3 Kengurumetoden i bruk for premature barn

I studien til Gao et al. kommer det frem at under første blodprøvetaking var det ingen signifikante forskjeller av hjerterytme, ansiktsuttrykk og varighet av gråt mellom kengurumetodegruppen og kuvøsegruppen. Tandberg og Steinnes (2009, s. 55) skriver at en av de mange fordelene med kengurumetoden er at den lindrer effektivt smerter ved prosedyrer hos de premature. Også Blomqvist og Nyqvist (2013, s. 96) støtter opp under at når det premature barnet ligger hud mot hud viser barnet mindre tegn til smerte når det utføres smertefulle prosedyrer Dette samsvarer videre med studien til Gao et al. (2015) hvor resultatene etter tredje blodprøvetaking viser at ved gjentakende bruk av kengurumetoden så var både hjerterytme, varighet av gråt og ansiktsuttrykk betydelig lavere hos kengurumetodegruppen enn hos kuvøsegruppen. Resultatene av studien til Gao et al. (2015) viste jo faktisk at flere av de premature barna som ikke gråt eller lagde grimaser ved bruk av kengurumetoden. Dette samstemmer med Tandberg og Steinnes (2009, s. 55) sine hevdelser om at kengurumetoden har en god effekt som smertelindring. I tillegg hjelper kengurumetoden ikke bare de premature barna, men også omsorgspersonene rundt de for tidlig fødte i den grad at det blir for sykepleier lettere å utføre en prosedyre som en vet kan være smertefullt eller ubehagelig. Det blir også en lettelse for både mor og far å se at sitt for tidlig fødte barn viser mindre reaksjoner på smertefulle og/eller ubehagelige prosedyrer som barnet utsettes for.

Ut fra resultatene i studien til Gao et al. mener de at det er fornuftig å tilby kengurumetoden til mødre slik at de kan trøste sine premature barn ved smertefulle prosedyrer. Cattaneo, Davanzo, Uxa & Tamburlini samt Feldman, Eidelman, Sirota & Weller (sitert i Steinnes, 2009, s. 56) mener det er viktig at foreldrene får informasjon om kengurumetoden så tidlig som mulig i forløpet. De skriver at i den vestlige verden fører kengurumetoden til at neonatalomsorgen blir

humanisert fordi foreldrene blir tidlig trukket inn som nødvendige omsorgsutøvere samt at foreldre rollen blir styrket. Min mening om disse uttalelsene er at de er fornuftige da det premature barnet både kan få en naturlig smertelindring tidlig i livet, de beste omsorgsutøverne barnet kan få som er sine foreldre og at båndet mellom barn og foreldre blir styrket. Da får sykepleier komme inn som omsorgsperson der som foreldrene ikke strekker til eller ikke har mulighet for å kunne være tilstede, sykepleier må være støttende og hjelpende under slike omstendigheter. Blomqvist og Nyqvist (2013, s. 112) uttrykker at foreldre som benytter kengurumetoden har behov for støtte. Det viktig at sykepleier for det premature barnet hjelper foreldre i dette slik at de orker og klarer å være nær sitt barn så store deler av døgnet som mulig. De skriver videre at sykepleier må gi tilstrekkelig informasjon om metoden og hvor verdifullt arbeidet er for barnet ved at foreldrene bruker kengurumetoden samt tilby sin hjelp for å lette hverdagen.

Kengurumetoden og NIDCAP-modellen er to gode modeller som kan godt og i mange tilfeller kombineres sammen. I følge Saugstad viser det seg at etter smertefulle prosedyrer så fører NIDCAP til at barnet sin egen reaksjon på smerte opphører hurtigere hos barna som mottar NIDCAP-behandling enn hos dem som ikke mottar NIDCAP-behandling (Saugstad, 2009, s. 148). Satt sammen med mine ord så kan NIDCAP-behandling på omtrent lik linje med kengurumetoden hjelpe til med å stabilisere det for tidlig fødte barnet hurtigere etter smertefulle/ubehagelige prosedyrer. En kombinasjon av disse to vil trolig utgjøre et enda større gode for det for tidlig fødte barnet.

5.4 Hvordan kan sykepleier bidra?

Skaug (2009, s. 267) tar opp at en lindrende og risikoforebyggende funksjon bør kjennetegne sykepleien til det nyfødte premature barnet. Grunnleggende, god smertebehandling er et overordnet prinsipp. Det kreves kunnskap av sykepleier om hvordan det premature barnet reagerer på og opplever smerte for å kunne oppnå en optimal behandling og forebygging av smerte. Hun sier videre at avdelingen må ha gode rutiner for smertevurdering og kunnskap om hvordan det premature barnet uttrykker sin smerte samt ha tro på det barnet forteller for at sykepleier skal kunne observere og det premature barnets smerteuttrykk. I del en av studien til Pölkki et al. (2008) samstemmer dette og studien viser at 75 % av utvalget mente det var viktig å

bruke smerteskalaer og 88 % at det var nødvendig med systematisk dokumentasjon for smertevurdering for å kunne holde en høy kvalitet av denne. Det er etter min mening viktig at sykepleier er klar over dette, slik at man kan utføre smertelindring og omsorg preget av høy kvalitet.

I studien til Pölkki et al. (2008) del to kom det frem at 96 % av utvalget var enig om at premature barns nervesystem var modent nok til å føle smerte. Skaug (2009, s. 267) påpeker at tilstander hvor premature/nyfødte ikke kjenner smerte, ikke husker smerte eller ikke tar skade av smertefulle prosedyrer er myter, og at en vet at dette med sikkert het at dette ikke er riktig. Tvert i mot så er smerteintensiteten hos de premature barna mer uttalt og mer sårbart for smertestimuli grunnet det umodne nervesystemet og muligheten for smertehekkende nedadstigende signaler hemmes i følge Howard, Mathew og Mathew (sitert i Skaug, 2009, s. 267). Skaug (2009, s. 268) påpeker at sykepleiere ofte ser at det premature barnet har smerter ved behandling og prosedyrer og at en ikke er like flink til å ta problemet på alvor. Min mening er at sykepleierne må innhente seg kunnskap om dette problemet i fagområdet, det premature barnet har like stor rett på god smertelindring som et hvilket som helst annet menneske enten det er ungt eller gammelt.

Sykepleierne er viktige ressurser i observasjonen av premature og det viser Korhonen et al. (2013) sin studie til også. Tolkning av signaler ble observert både ved at en så på de fysiologiske reaksjonene hos det for tidlig fødte barnet og endring av vitale målinger. Etter min mening er det en selvfølge at dette er noe en sykepleier til premature barn også skal kunne og deretter være kompetent nok til å gjøre tiltak for at det premature barnet har minst mulig lidelser.

6 KONKLUSJON

Ved bruk av oppgavens fem artikler er det fremkommet forskjellige positive intervensjoner som er av ikke-medikamentell type. Disse er gjennomførbare og kan lett la seg anvende av sykepleiere og foreldre. Det er kommet frem at berøring av premature barn kan utløse følelse av smerte. Dette ser det ut som at de fleste sykepleierne er klar over, de viser omsorg for de premature og hjelper dem med å ha et liv med minst mulig lidelse og smerte. Støttende samling og glukose kom godt ut i forhold til bruk av både morfin og placebo og at en ved noen prosedyrer heller bør anvende disse to ikke-medikamentelle alternativene. Det fremkommer også at det er godt både for barn og foreldre å benytte kengurumetoden da den er en effektiv metode som lindrer smerte og ubehag hos det premature barnet samt at den fremmer tilknytningen mellom barn og foreldre. En av sykepleiers oppgaver blir da å informere foreldre om denne muligheten og på denne måten deltar sykepleier i omsorgen for å lindre ubehageligheter og smerte hos det premature barnet. Å holde en høy kvalitet på smertevurderingen fremkom også som en viktig del av omsorgen for det premature barnet. Oppgaven har vist meg hvor viktig det er at sykepleier har god kunnskap og kompetanse som omhandler fagområdet og hvilken betydning omsorg har for alle mennesker og ikke minst for de aller minste som opplever stor smerte i sin lille kropp.

REFERANSELISTE

- Axelin, A., Salanterä, S., Kirjavainen, J. & Lehtonen, L. (2009). Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pain Management in Preterm Infants. *The Clinical Journal of Pain*, 2009;25, 138-145. doi: 10.1097/AJP.0b013e318181ad81
- Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K. H. (2013). Vård enligt kängurumetoden. I P. Lundqvist (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. (2. utg., s. 91-126). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gao, H., Xu, G., Gao, H., Dong, R., Fu, H., Wang, D., Zhang, H. & Zhang, H. (2015). Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015) 1157-1165. doi: 10.1016/j.jnurstu.2015.04.006
- Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (1. utg., s. 14-26). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Korhonen, A., Haho, A. & Pölkki. (2013). Nurses' perspective on the suffering of preterm infants. *Nursing Ethics*, 20(7), 798-807. doi: 10.1177/0969733012475251
- Lindh, V. & Lundqvist, P. (2013). Smärtbehandling. I P. Lundqvist (Red.), *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. (2. utg., s. 223-247). Lund: Studentlitteratur AB.
- Lopez, O., Subramanian, P., Rahmat, N., Theam, L. C., Chinna, K. & Rosli, R. (2014). The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 183-191. doi: 10.1111/jocn.12657
- Ludvigsen, E., Szuts, E. L. & Bing, R. (2004). En god start på livet. *Sykepleien* 2004 92 (9):38-43. doi: 10.4220/sykepleiens.2004.0005
- Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-Filosofisk Essays*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Medisinsk Fødselsregister. (2015). *Lav Apgar score, prematur fødsel, overflyttet barneavdeling og lav fødselsvekt*. Hentet 11. januar 2016 fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Nyfødt Intensiv seksjon, St. Olavhospital, Universitetssykehuset i Trondheim. (2005). *Tiltak ved smerte hos nyfødte*. Hentet 28. februar 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/278422/smertefolder.pdf>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pölkki, T., Krohonen, A., Laukkala, H., Saarela, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (2008). Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 2010, 24, 49-55. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00683.x
- Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg., s. 210-226). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skaug, V. (2009). Smertebehandling. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (1. utg., s. 27-56). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (1. utg., s. 27-56). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.

VEDLEGG 1 – RESULTAT TABELL

| Artikkel | Hensikt | Metode og datainnsamling | Utvalg | Resultat |
|---|---|--|--|--|
| <p>Axelin, A., Salanterä, S., Kirjavainen, J. & Lehtonen, L. (2009). <i>”Oral Glucose and Parental Holding Preferable to Opioid in Pain Management in Preterm Infants”</i>.</p> | <p>Hensikten med studien var å sammenligne effektene av støttende samling, oral glukose, opioid (oxycodone) og placebo ved smertebehandling fra blodprøvetaking under hælen og suging av svelg. Begge disse prosedyrene er smertefulle rutineprosedyrer som utføres daglig på svært premature barn.</p> | <p>Dette er en tverrsnitt studie hvor scoringsverktøyene Premature Infant Pain Profile (PIPP) og Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ble brukt til smertevurdering hos de premature spebarna. Prosedyrene ble tatt opp på video og videre vurdert med scoringsverktøyet. I tillegg ble fysiologiske parametere som EKG, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens registrert og vurdert med</p> | <p>I løpet av en 2-årsperiode (2005-2007) deltok 22 for tidligfødte spebarn og deres foreldre.</p> | <p>Ved blodprøve tatt fra hælen var Premature Infant Pain Profile score signifikant lavere med glukose gitt oralt og ved bruk av støttende samling sammenlignet ved placebo. Ved suging av svelg var resultatet lavest med glukose gitt oralt sammenlignet med placebo. Opioidene tangerte placebo i begge prosedyrene.</p> <p>Ved Neonatal Infant Pain Scale var scoren</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | PIPP og NIPS. | | signifikant lavere ved bruk av støttende samling og opioider etter blodprøvetaking fra hælen, samt under suging av svelget ved bruk av støttende samling sammenlignet med placebo. Det ble funnet flere kortsiktige og uheldige effekter ved bruk av glukose og vann gitt oralt enn ved bruk av støttende samling og opioider. |
| Pölkki, T., Korhonen, A., Laukkala, H., Saarela, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (2010). "Nurses' | Studiens hensikt var å beskrive holdningene til sykepleiere og deres oppfatninger av vurdering av smerte samt de demografiske faktorer relatert | Metoden som er brukt er av kvantitativ design og er en tverrsnittstudie. Spørsmålsskjemaet som ble brukt var utformet på grunnlag av tidligere | Utvalget bestod av 257 finske sykepleiere rekruttert fra Finlands fem universitetssykehus våren 2006. Deltakerne jobbet enten ved en nyfødtintensiv | Resultatene av del en viste at kun 3 % av utvalget mente det ikke var viktig med smertevurdering hos de premature spedbarna. 75 % mente at det var |

| | | | | |
|---|----------------------|--|---|---|
| <p><i>attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care”.</i></p> | <p>til dette.</p> | <p>forskningslitteratur som omhandlet smertevurdering hos premature spedbarn. Spørsmålskjemmet bestod av to deler. Del en stilte spørsmål om deltakernes bakgrunn. I del to prøvde en å få frem informasjon om respondentenes holdninger og oppfatninger av smertevurdering ved nyfødt avdelinger.</p> | <p>avdeling eller en avdeling som hadde omsorg for premature spedbarn som trengte intensiv overvåkning.</p> | <p>viktig å bruke smerteskalaer og 85 % mente at systematisk dokumentasjon er nødvendig for en å få en høy kvalitet på smertelindringen som ble utført.</p> <p>Resultatene av del to viste at 96 % av utvalget var enige om at nervesystemet hos premature spedbarn er modent nok til å føle smerte, selv om 98 % mente de ikke kunne uttrykke det. De fleste sykepleierne mente også at flere faktorer kunne spille inn ved uttrykkelse av smerte.</p> |
| <p>Korhonen, A.,</p> | <p>Hensikten med</p> | <p>Denne studien er</p> | <p>Populasjonen bestod</p> | <p>Resultatene ble</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Haho, A. & Pölkki, T. (2013). <i>"Nurses' perspective on the suffering of preterm infants"</i>.</p> | <p>studien var å beskrive sykepleiernes oppfatning om begrepet lidelse blant for tidlig fødte spebarn. Målet var å avsløre sykepleiernes oppfatninger relatert til lidelse blant for tidlig fødte foreskrevet for å utvikle lindrende intervensjoner for denne populasjonen behandlet ved nyfødt-avdelingen.</p> | <p>av en beskrivende kvalitativ tilnærming med kjennetegn tilpasset etnografien. Metoden ble valgt på grunnlag av manglende forskning av fenomenet lidelse i sammenheng med omsorg til for tidlig fødte barn. Dataene av denne studien inneholder en kort avhandling skrevet av sykepleierne som jobbet ved nyfødtavdelingen. Datainnsamlingen foregikk i januar og februar 2008.</p> | <p>av sykepleiere som jobbet ved en nyfødtavdeling på et universitetssykehus i Finland. Totalt deltok 19 sykepleiere (inkludert 3 sykepleierstudenter). I gjennomsnitt hadde alle sykepleierne (bortsett fra studentene) jobbet i 7 år ved nyfødtavdeling og i 10 år med barnesykepleie.</p> | <p>sortert i fire kategorier etter sykepleiernes beskrivelser. Det ble funnet visse forskjeller mellom premature og syke fullbårne barn og stadiet av modning så ut til å spille en stor rolle. Det var også store forskjeller på hvordan barna uttrykte seg og hvilke terskler de hadde. Sykepleierne sine tolkninger av signaler ble observert både ved å se på barnets fysiologiske reaksjoner og endring av vitale målinger.</p> |
| <p>Lopez, O., Subramanian,</p> | <p>Hensikten med studien var å</p> | <p>Studiemetoden som er brukt er av</p> | <p>Utvalget bestod av 42 for tidlig fødte</p> | <p>Resultatene viser at PIPP skåre var</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>P., Rahmat, N., Theam, L. C., Chinna, K. & Rosli, R. (2014).</p> <p><i>”The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies”</i></p> | <p>fastslå effektiviteten av støttende samling av de premature barna for å redusere smerte ved utførelse av venepunksjon hos premature spebarn.</p> | <p>kvasi-eksperimentell design og bestod av en kontrollgruppe og en behandlingsgruppe.</p> <p>Datainnsamlingen foregikk ved bruk av videokamera for å registrere ansiktsuttrykk og atferdsmønster samt medisinsk utstyr til å registrere hjerterytme og oksygenmetning (SpO2). PIPP (Premature Infant Pain Profile) skåre ble brukt for å måle verdiene av resultatet. De premature barna ble holdt i 2 minutter før prosedyren og i inntil 30 sekunder etter prosedyren.</p> <p>Forskeren</p> | <p>barn, 21 i kontrollgruppen og 21 i behandlingsgruppen. Studien ble gjennomført fra desember 2011 til mars 2012.</p> | <p>signifikant lavere for behandlingsgruppen enn for kontrollgruppen.</p> |
|---|---|--|--|---|

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | assisterte de for tidlig fødte barna under prosedyren ved hjelp av støttende samling av barna. | | |
| Gao, H., Xu, G., Gao, H., Dong, R., Fu, H., Wang, D., Zhang, H. & Zhang, H. (2015). <i>”Effect of repeated Kangaroo Mother Care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial”</i> | Denne studiens hensikt var å fastslå om den smertelindrende effekten endret seg ved gjentakende bruk av kengurumetoden ved smertefulle gjentatte prosedyrer. | Studien er av en kvantitativ design, et såkalt Randomisert Kontrollert Forsøk (RCT). Datainnsamlingen foregikk ved bruk av digitalt lydbånd og videopptak. I tillegg ble fysiologiske reaksjoner ved smertestimuli målt ved forandringer i hjerterytmen ved hjelp av kontinuerlig overvåkende elektrokardiogram. | Utvalget bestod av for tidlig fødte spebarn fra en nivå III nyfødtintensiv avdeling i Kina fra mai 2012 til oktober 2013. Inklusjonskriteriene var barn med gestasjonsalder mindre enn 37 uker (ikke flerlinger), ivaretatt i kuvøse, antakelser at barnet skulle ha minst fire rutinemessige blodprøvetakinger i løpet av 2 uker etter fødselen og ikke planlagt mottakelse av lammende-, smertestillende- eller beroligende medikamenter | Resultatene gir et bevis på at det er effektivt å bruke kengurumetoden som smertelindring i 30 minutter før blodprøvetaking fra hælen når man har tatt minst tre blodprøver fra hælen tidligere. Man mener at ut fra studien er det fornuftig og kunne tilby mødre bruk av kengurumetoden for å trøste sine stabile premature barn ved gjentatte smertefulle prosedyrer. Det |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | innenfor 48 timer før gjennomføring av prosedyren. | er også viktig at sykepleierne informerer mødrene om denne metoden. |
|--|--|--|--|---|