

# BACHELOROPPGAVE

## Tilknytning mellom det premature barnet og foreldre

av

Silje Kathrin Nyberg

kandidatnummer

2

### Bonding between the premature child and parents

Bachelor i sykepleie

Sk 152

November, 2016

Veileder: Sissel Hjelle Øygard

Antall ord: 6945



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle

medforfattere. Opphavsrett  
brukt med skriftlig tillatelse.



slig beskyttet materiale er

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Kandidatnummer: 2

Navn: Silje Kathrin Nyberg

JA

NEI

**Mauren**

«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?»*

*(Hagerup, 2007)*

# **SAMMENDRAG**

## **Tittel**

Tilknytning mellom det premature barnet og foreldre

## **Bakgrunn for valg av tema**

I Norge blir det født ca 7% barn for tidlig hvert år, noe som tilsvarer så mange som 4000 barn (Markestad & Halvorsen, 2007). Et prematurt barn er avhengig av en tidlig og god tilknytning til sine foreldre for å kunne utvikle seg til et trygt og selvstendig individ (Ravn, 2009, s. 244). Jeg har valgt å skrive om tilknytning mellom det premature barnet og foreldre fordi dette er et aktuelt tema i dagens samfunn, samtidig som jeg har erfart i praksis hvor viktig sykepleiers kunnskaper er når det kommer til å bidra til tilknytning mellom det premature barnet og foreldre.

## **Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til tilknytning mellom prematurt barn og foreldre?

## **Fremgangsmåte**

Dette er en litteraturstudie som er basert på kunnskap fra faglig litteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis. Søk etter litteratur er gjort i databasene PubMed og Ovid med avgrensning til "full text".

## **Oppsummering**

Gjennom forskning og teori kommer det frem at felles for foreldrene er at de er engstelige for barnets tilstand og føler seg mindre trygg i foreldrerollen. Tilrettelegging av et godt samspill mellom det premature barnet og foreldrene bør skje så snart barnet er stabilt nok, for å styrke tilknytningen mellom det premature barnet og foreldrene.

## **Konklusjon**

Det viser seg gjennom litteraturstudien at samspillet mellom det premature barnet og foreldrene er grunnleggende for barnets utvikling samtidig som foreldrene føler seg tryggere i foreldrerollen. Jeg har gjennom teori, forskning og egne erfaringer kommet frem til ulike tiltak som sykepleier kan bidra med for å fremme tilknytning.

## Innhold

<b>1 Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	1
1.3 Avgrensninger til problemstilling.....	1
1.4 Oppgavens oppbygning .....	2
<b>2 Metode .....</b>	<b>3</b>
2.1 Valg av metode .....	3
2.2 Søkeprosessen etter forskning .....	3
2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur .....	4
2.4 Kildekritikk .....	5
<b>3 Teori .....</b>	<b>6</b>
3.1 Det premature barnet.....	6
3.2 NIDCAP-metoden .....	7
3.3 Kengurumetoden.....	7
3.4 Foreldrenes behov for informasjon og veiledning.....	7
3.5 Samspillet mellom det premature barnet og foreldre .....	8
3.6 Sykepleiers rolle ovenfor det premature barnet.....	8
3.7 Omsorgsteori.....	9
3.8 Kriseteori .....	9
3.9 Mestring.....	10
3.10 Lover og forskrifter .....	10
3.11 Presentasjon av forskning .....	10
<b>4 Drøfting .....</b>	<b>13</b>
4.1 Tilrettelegging for samspill mellom det premature barnet og foreldre .....	13
4.2 Fremme tilknytning ved hjelp av informasjon og støtte .....	15
4.3 Fremme tilknytning ved hjelp av kengurumetoden.....	17
<b>5 Konklusjon .....</b>	<b>19</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>20</b>

## 1 Innledning

Et normalt svangerskap varer i cirka 40 uker. Et barn som er født før det er gått 37 uker kalles prematur (Saugstad, 2009, s.13). Sett fra et samfunnsperspektiv blir det på verdensbasis født så mange som 15 millioner barn for tidlig hvert år i følge WHO (2015). I Norge blir det født rundt 7,5% barn for tidlig, noe som tilsvarer så mange som 4400 barn i året (Markestad & Halvorsen, 2007). Overlevelsen ved for tidlig fødsel har økt betydelig de siste årene, men samtidig kommer det frem at barn som overlever en for tidlig fødsel har større risiko for å få skader og sykdommer som kan påvirke utvikling og helse (Markestad & Halvorsen, 2007). I følge Kunnskapssenteret (2015) vil dette kunne gi økte kostnader for samfunnet på grunn av intensiv behandling, opplæring på skole over flere år og økt bruk av helsetjenester.

Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til å ivareta det premature barnet, hvor omsorg er et sentralt begrep. Sett fra et sykepleierperspektiv skal kvaliteten på omsorgen til nyfødte være sammensatt av kompetanse, positive holdninger og motivasjon (Tandberg, 2009, s. 13). Sykepleierteoretikeren Kari Martinsen uttrykker at omsorg i helsepolitisk sammenheng omfatter pleie, hjelp og støtte (Martinsen, 2003, s. 21). Yrkesetiske retningslinjer formidler at et krav til sykepleier er å ivareta den enkeltes pasient behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet premature barn fordi jeg synes at dette er et interessant og aktuelt tema, samtidig som det er noe jeg ønsker å få mer kunnskap om gjennom å skrive denne oppgaven. Etter å ha vært i praksis både på barneavdelingen på Førde Sentralsykehus og på barselavdelingen på Kvinneklinikken i Bergen, har jeg fått et lite innblikk i hvordan det er å jobbe med premature barn og hvor viktig sykepleierens kunnskap og veiledning til foreldre er for tilknytningen mellom prematurt barn og foreldre. Jeg har selv erfart i nær familie hvordan det er å få et for tidlig født barn, noe som også har bidratt til personlig interesse for temaet.

### 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til tilknytning mellom prematurt barn og foreldre?

### 1.3 Avgrensninger til problemstilling

På grunn av at det er flere grader av for tidlig fødte barn har jeg valgt å fokusere på barn som er født i uke 32-36. Disse barna har andre behov enn premature barn som er født tidligere enn uke

32. Jeg vil undersøke hvordan sykepleier kan bidra til tilknytning mellom prematurt barn og foreldre mens de fortsatt er på sykehuset.

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven inneholder fem kapitler og er oppbygd etter høgskolen i Sogn og Fjordane sine retningslinjer for bacheloroppgave. Jeg starter med innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensning. I kapittel to presenteres metode, søkeprosess og kildekritikk. Videre i kapittel tre presenteres teori som er knyttet opp mot problemstillingen min. Her vil jeg ha med ulike teorier, faglig litteratur, sykepleierteori, artikler og lovverk. Deretter vil jeg drøfte problemstillingen ut ifra funnene fra teori, forskning og egne erfaringer fra praksis. Til slutt vil jeg avslutte oppgaven med konklusjon som synliggjør hvordan jeg har svart på problemstillingen min.

## 2 Metode

Metode blir brukt som et hjelpemiddel til å samle inn informasjon og kunnskap som brukes når man vil undersøke noe (Dalland, 2007, s. 81). Her kommer det frem hvilken fremgangsmåte som er brukt for å finne svar på problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 70). Jeg vil i dette kapittelet si noe om hvilken metode, hvilke søkeord og databaser jeg har brukt for å finne vitenskapelige artikler, og hvor jeg har funnet annen litteratur. Deretter vil jeg avslutte kapittelet med kildekritikk.

### 2.1 Valg av metode

Metoden jeg har valgt i denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur som allerede er skrevet av andre (Thidemann, 2015, ss. 79-80). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren oppdatert kunnskap som er knyttet opp til problemstillingen og vise hvordan en er kommet frem til denne kunnskapen.

### 2.2 Søkeprosessen etter forskning

Jeg har valgt å bruke internasjonale databaser og har brukt engelske søkeord for å finne flest relevante artikler. Jeg begynte med å søke i forskjellige databaser, men endte til slutt opp med å bruke PubMed og Ovid, der jeg fant flest relevante artikler for problemstillingen min.

Jeg begynte søket i databasen Ovid der det dukket opp flere søkeord som jeg fikk bruk for:

- Premature infants
- Parent-infant bonding
- Parenteral involvement
- Skin-to-skin
- Neonatal Nurse
- Neonatal Care

Søkeprosessen varte fra 4/10 - 13/10. Jeg begynte å søke i PubMed med avgrensning til "full text". Denne avgrensningen brukte jeg i alle søkene. For å finne frem til artikler så jeg først på overskriftene og leste sammendrag for å se hvilke artikler som var relevant å ha med. Deretter leste jeg nøye gjennom artiklene, før jeg valgte ut hvilke artikler som passet best til oppgaven min.

I første søk brukte jeg søkeordene "premature infants" som ga 50536 treff, "parents" som ga 2631 treff, "neonatal care" som ga 979 treff og "nurse" som ga 215 treff. Kombinerte disse med



AND og endte opp med 6 treff. Her fant jeg artikkelen "Pathways to emotional closeness in neonatal units – a cross national qualitative study" (Flacking, Thomson & Axelin, 2016).

Mitt andre søk var også i PubMed der jeg kombinerte søkeordene "Premature infants", "Parents", "Bonding", "Neonatal care", og "Nursing" med AND og fikk 14 treff. Her endte jeg opp med artikkel nr. 5 "Balancing preterm infant's developmental needs with parents' readiness skin-to-skin care: A phenomenological study" (Kymre & Bondas, 2013).

Mitt tredje søk ble gjort i databasen Ovid der jeg søkte med ordene "parenteral involvement" som ga 1132 treff, "nursing" som ga 286464 treff og "neonatal care" som ga 643 treff. Kombinerte disse med AND og fikk 6 treff. Her fant jeg artikkelen "Parental involvement in Neonatal Comfort Care" (Skene, Franck, Curtis, & Gerrish, 2012)

Mitt fjerde søk ble gjort i PubMed der jeg brukte søkeordene "Premature infants" som ga 50536 treff, "Neonatal nurses" som ga 3269 treff og "skin-to-skin" som ga 763 treff og kombinerte disse med AND. Dette søket ga 46 treff. Her endte jeg opp med å bruke "Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent-infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care" (Mörelius & Anderson, 2015).

Siste søk ble også gjort i PubMed der jeg brukte søkeordene premature infants, intensive care, parents, early bonding og nurses. Her kombinerte jeg søkeordene med AND. Dette ga 3 treff. Jeg leste to av artiklene og kom frem til å bruke "Parents expectations of staff in the early bonding prosess with their premature babies in the intensive care setting" (Guillaume et al., 2013).

### 2.3 Søkeprosessen etter annen litteratur

Jeg har brukt pensumbøker som "Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter", "Metode og oppgaveskriving for studenter", "Jobb kunnskapsbasert!" og "Riktig kildebruk" som ble anbefalt av høyskolen å bruke til bacheloroppgaven. For å finne andre fagbøker som var relevant for oppgaven min oppsøkte jeg høgskolen i Bergen sitt bibliotek, der jeg fikk hjelp av en av bibliotekarene til å finne bøker om premature barn; "Når barnet er født for tidlig", "Nyfødtsykepleie 1", "Nyfødtsykepleie 2" og "Neonatologi". I tillegg har jeg brukt nasjonale faglig retningslinjer som gjelder premature barn; "Faglig retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn" samt lover som var aktuelle for oppgaven, hentet fra Lovdata.no.

## 2.4 Kildekritikk

Det er flere spørsmål man bør spørre seg når man skal finne forskningsartikler. Det første jeg så på var om artikkelen hadde en klart formulert problemstilling. I en god artikkel skal problemstillingen komme tydelig frem og være lett å finne. Videre så jeg på hvilken metode som var brukt og om den var egnet til å svare på spørsmål i artikkelen. Resultatene i studien bør komme klart frem og være enkle å oppsummere (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 70). Jeg har også vurdert artiklene ut i fra relevans for problemstillingen min.

For å kvalitetssikre artiklene har jeg vurdert artiklene ut i fra IMRAD-prinsippet. De fleste vitenskapelige artikler bruker dette prinsippet som en mal til oppbygning av artikkelen. IMRAD står for Introduksjon, der det kommer frem grunner til hvorfor forfatterne ønsker å gjøre studien, **M**etode, hvordan studien ble gjennomført og hvordan resultatene ble analysert, **R**esultat, hva som ble funnet i studien og (**A**nd) **D**iskusjon, der det kommer frem hva forfatterne av artikkelen mener at resultatene betyr (Nortvedt, et al., 2012, s. 69).

For å sikre at litteraturen jeg har brukt i oppgaven er oppdatert har jeg i hovedsak brukt litteratur som er utgitt etter år 2000. Jeg har for det meste brukt primærkilder, men der det ikke har vært mulig å få tak i primærkilden har jeg brukt sekundærkilder. Dette kan i verste fall ført til at teorien er blitt tolket feil. Bøkene jeg har funnet om premature barn er alle funnet på bibliotek fra høgskole. Dette mener jeg kvalitetssikrer bøkene slik at de er gode nok til å ha med i oppgaven.

Jeg har kun brukt engelske forskningsartikler i oppgaven min. På grunn av vanskelige faguttrykk og ord har jeg brukt Google translate til å oversette. Dette kan ha ført til mulige feiltolkninger.

Som nevnt tidligere har jeg brukt databasene PubMed og Ovid for å finne forskning. Dette kan samtidig ha ført til at jeg har gått glipp av andre gode artikler. Jeg valgte å ikke ha med avgrensning på årstall, men var likevel oppmerksom på årstallet når jeg valgte ut artiklene for å forsikre meg om at jeg fant forskning med oppdatert kunnskap om emnet. Forskningsartiklene jeg har valgt å ha med i oppgaven er under fem år gamle, noe jeg mener er en styrke for oppgaven, fordi forskningen er relativt ny.

## 3 Teori

### 3.1 Det premature barnet

I følge Saugstad (2009, s. 13) varer et normalt svangerskap mellom 37 og 42 uker der gjennomsnittet er 40 uker. Om fødselen skjer før det er gått 37 uker er barnet født prematurt som betyr at barnet er født for tidlig. Ordet prematur kommer fra latin, der "pre" betyr før og "matur" betyr moden.

Videre kommer det frem at det er flere grader av for tidlig fødte barn – fra lett prematur til ekstremt prematur. Det finnes tre grupper for tidlig fødte barn blir delt inn i:

1. Lett premature barn, født mellom uke 32–36. Disse barna har som oftest ingen alvorlige problemer. Noen ganger kan barnet ha umodne lunger slik at de trenger ekstra oksygentilførsel. Før barnet er rundt 34-35 uker har de ofte problemer med å spise selv. Barnet trenger da hjelp til dette ved hjelp av sonde. Barna kan også ha vansker med å holde kroppstemperaturen oppe, de må da ofte ligge i kuvøse for overvåkning av temperatur, hjerteraksjon og åndedrett.
2. Moderat premature barn, født mellom uke 28-31. De siste 10-20 årene har det skjedd store fremskritt i behandlingen til disse barna. Flere av disse barna har umodne lunger og trenger derfor hjelp med å puste ved hjelp respirator eller av CPAP som er en forkortelse for det engelske ordet "continous positive airway pressure".
3. Svært premature barn, født før uke 28. Disse barna har som oftest umodne lunger og trenger hjelp til pusting via respirator eller CPAP. Jo mindre barna er når de blir født, jo større er sjansen for sykdommer eller skader (Saugstad, 2009, ss. 51-52).

Man kan spørre seg hvorfor noen barn blir født for tidlig. Dette er noe som er forsket på i flere tiår uten at forskerne har kommet frem til noen konkrete svar. Det er derimot kartlagt årsaker til at en fødsel starter for tidlig. De viktigste faktorene er at det oppstår blødninger under graviditeten, infeksjon hos kvinnen, svak livmorhals, stress og tungt kroppsarbeid, flerlinger, svangerskapsforgiftning, arv, tidlig vannavgang eller misdannelser hos fosteret (Saugstad, 2009, s. 16).

Det er kjent at premature barn lettere kan få skader som følge av behandling på grunn av dårlig immunforsvar. Infeksjoner rammer for tidlig fødte barn oftere enn barn som er født til termin. Kroppen har enda ikke rukket å produsere egne antistoffer og har bare fått en liten mengde antistoffer fra moren. De hvite blodlegemene, som er viktig for å bekjempe infeksjoner, er også umodne (Saugstad, 2009, s. 69).

### 3.2 NIDCAP-metoden

Det ble på 1980-tallet utviklet et pleieprogram for nyfødte; NIDCAP som er den engelske forkortelsen for Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Saugstad, 2009, s. 146). Dette programmet ble utviklet av utviklingspsykolog Heidelise Als ved Harvard Medical School. Ved bruk av NIDCAP-modellen blir barnas reaksjon på behandling og pleie nøye studert, ofte av en NIDCAP-ekspert, for å tilpasse individuell behandling. En NIDCAP-ekspert er utdannet til å kunne tolke barnets signaler ved å se på visse bevegelsesmønstre, fargeforandringer eller om barnet har pustestopp eller oksygenmangel. Det er ikke gjort nok forskning til å si sikkert at NIDCAP-metoden har sikker effekt, men det er gjort flere studier som blant annet sier at barna som fikk NIDCAP-pleien minsket behovet for respirator og tiden med oksygen. Barna fikk også høyere resultat på intelligenstagstester ved ett års alder og hadde færre problemer med hyperaktivitet og konsentrasjonsproblemer enn barna som ikke fikk NIDCAP-pleie (Saugstad, 2009, ss. 147-148).

### 3.3 Kengurumetoden

Kengurumetoden kommer fra det engelske ordet kangaroo mother care method (KMC) som ble praktisert i Colombia (Nyquist, 2008, s. 145). Kengurumetoden anvendes ved at barnet ligger med fremsiden mot mor eller fars brystkasse og med hodet snudd til siden ved hjelp av bærestropp, bluse eller et bæresjal (Saugstad, 2009, s. 149). Metoden innebærer kontinuerlig hud-mot-hud kontakt og kan benyttes fra barnet er 32 uker. Metoden bidrar til at barnet raskere tilpasser seg omgivelsene utenfor livmoren, får en dypere søvn, samtidig som den har en positiv effekt på den psykomotoriske utviklingen. Det kommer også frem at foreldrene kommer forttere inn i forelderrollen, blir mindre deprimerte og er mer årvåken ovenfor barnets signaler (Nyquist, 2008, s. 145).

### 3.4 Foreldrenes behov for informasjon og veiledning

Foreldre til et prematurt barn har ofte andre behov for støtte og omsorg enn det foreldre til et fullbårent barn har (Sandtrø, 2009a, s. 75). I følge Saugstad (2009, ss. 153-154) kan det å få et for tidlig født barn komme som et sjokk for de fleste foreldre. Det kan ofte vekke følelser som usikkerhet og engstelse og foreldrene har ofte mange ubesvarte spørsmål. Vil barnet overleve? Og vil det ta noen skade på noen måte? Noen foreldre føler at det er deres feil at barnet ble født for tidlig, dette gjelder særlig kvinnene som ofte tenker på om det er noe de kunne gjort annerledes i svangerskapet. Informasjon gis som oftest av en barnelege og en sykepleier som jobber med for tidlig fødte barn. Det er viktig at informasjonen som blir gitt er saklig med informasjon om barnet og fremtiden. Dette skaper trygghet hos foreldrene.

I *faglig retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* kommer det frem at foreldrene må bli så trygge som mulig når det kommer til å ta vare på barnet sitt mens de fortsatt er på nyfødtavdelingen. Det er nødvendig med grundig opplæring der foreldrene tar aktivt del i pleien til barnet med veiledning fra sykepleier som har kompetanse i samspillveiledning. Dette for å lære barnet å kjenne ved å tolke dets signaler og behov noe som også bidrar til tilknytning (Markestad & Halvorsen, 2007).

### **3.5 Samspillet mellom det premature barnet og foreldre**

Hvilke kunnskap foreldre har om det premature barn og hvordan de opplever det å få et prematurt barn kan påvirke deres samspill med barnet (Ravn, 2009b, s. 248). Hvordan samspillet blir har også noe med hvordan barnets utviklingsnivå, modenhet og sykdomstilstand er. Et godt samspill gir både barnet og foreldrene gode felles opplevelser samtidig som det virker positivt inn på barnets utvikling. Samspill er et begrep som blant annet handler om koordinerte aktiviteter som skaper en felles enhet mellom barnet og den voksne (Ravn, 2009b, s. 247). Videre kommer det frem at samspill er grunnleggende for at barnet skal eksistere.

For at det premature barnet skal utvikle seg til et trygt individ med god psykisk helse er det grunnleggende at samspillet mellom barnet og foreldrene er god og skjer så tidlig som mulig (Ravn, 2009b, s. 244). Videre kommer det frem at premature barn har et annet utgangspunkt for nærhet og samspill med foreldrene sine enn det barn som er født til termin har. Den viktigste kommunikasjonsmetoden for premature barn er berøring (Steinnes, 2009a, s. 51). Sansene hos et nyfødt barn er spesielt godt utviklet i ansiktet og i håndflatene. For å stimulere berøringssansen kan foreldrene holde rundt barnet med varme hender.

### **3.6 Sykepleiers rolle ovenfor det premature barnet**

Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til barnets utvikling. Sykepleie til premature barn omfatter både å forebygge og behandle (Steinnes, 2009a, s. 27). Sykepleiere på nyfødtavdelinger skal ha gode kunnskaper om hvordan tilrettelegge for et godt samspill (Ravn, 2009b, s. 249). Samspillet mellom sykepleier og det premature barnet er unikt fordi sykepleier har mye av ansvaret for barnet gjennom døgnet og har mye fysisk kontakt med barnet gjennom sykehusoppholdet. I samhandlingen med barnet må sykepleier være oppmerksom på barnets signaler og tolke disse riktig for å unngå overstimulering, eller at barnet blir stresset eller utilpass. Signaler om stress kan ofte observeres som uregelmessig respirasjon, apnéer eller cyanoser. For å roe ned barnet er det hensiktsmessig med moderat belysning, riktig temperatur,

forsiktige bevegelser og beroligende lyder (Ravn, 2009b, s. 257). Observasjon er et absolutt krav for forsvarlig utøvelse av sykepleie av det nyfødte barnet på nyfødtavdelingen (Tandberg & Steinnes, 2009b, s. 12).

### 3.7 Omsorgsteori

Sykepleierteoretikeren Kari Martinsen uttrykker at omsorg i sykepleierfaget har tre ulike dimensjoner; praktisk, relasjonell og moralsk. Både relasjon og moral er med på å legge grunnlaget i nyfødt sykepleien (sitert i Tandberg, 2009b, ss. 13-14). Omsorg, nestekjærlighet og moral er sentrale begreper i Martinsens omsorgsfilosofi (Austgard, 2002, s. 18). Hvordan omsorg kommer til uttrykk er avhengig av pasientens unike behov og varierer fra situasjon til situasjon (Austgard, 2002, s. 19).

Omsorg handler om fellesskap og er en sosial relasjon (Martinsen, 2003, s. 71). Det handler om å ha forståelse for andre som man får ved felles opplevelser. Dersom omsorgen skal være ekte må man anerkjenne den andre ut ifra den andres situasjon.

I følge Martinsen (2003, s. 44) er avhengighet et begrep som er nært knyttet til omsorg. Omsorg forutsetter avhengighet på ulike plan. Et prematurt barn er sårbart og er avhengig av den hjelpen og omsorgen det kan få, for å kunne overleve (Sandstrø, 2009a, s. 59).

### 3.8 Kriseteori

En krise blir beskrevet av Hilgaard, Keiser og Ravn som en tilstand hos et menneske, som er utløst av en hendelse, som oppfattes som et tap eller trussel om tap av noe som er grunnleggende hos en person (sitert i Tandberg, 2009b, s. 225).

Det å forholde seg til andre innebærer at en fagperson til tider må sette sin egen verden til side, slik at andres opplevelser får komme frem (Røkenes & Hansen, 2012). I et yrke der man jobber med mennesker handler det i stor grad om å forholde seg til andres følelser, som for eksempel mennesker som er krisepreget.

Det finnes flere anerkjente teorier om kriser, men den mest kjente blant helsepersonell er den svenske psykiateren Johan Cullberg sin teori (Tandberg, 2009b, s. 224). Teorien til Cullberg går ut på at livet er som en kontinuerlig prosess der de ulike livsfasene påvirker og avløser hverandre. Teorien hans er tolket slik at en fase etterfølges av den neste fasen. Dette gjelder sjeldent i praksis der det viser seg at mennesker i krise kan gå frem og tilbake i de ulike fasene

(Tandberg, 2009b, s. 225). I praksis vil den første perioden være preget av sjokk der en vil miste oversikten og oppleve forvirring rundt situasjonen man er i. Sinne, angst og fortrenning er vanlige reaksjoner i denne fasen. Sjokkfasen går raskt over og erstattes med reaktivfasen der en tvinges til å ta stilling til situasjonen. I reparasjonsfasen finner man en form for tilpasning og perioden går gradvis over til den siste fasen som er nyorienteringsfasen. I denne fasen kan man snakke om hendelsen uten at vonde følelser tar overhånd.

### 3.9 Mestring

Mestring er et begrep som i psykologien blir brukt om en persons evner til å håndtere situasjoner, livshendelser og påkjenninger som overgår det man klarer ved vanlig rutine (Malt, 2009).

For å oppnå mestring er det viktig at foreldrene får gode opplevelser i samhandlingen med barnet mens de fortsatt er på sykehuset, for å bli godt kjent med barnet sitt før hjemreise (Moss, Hval, Hellerud & Petersen, 2006, s. 6).

### 3.10 Lover og forskrifter

Det finnes ulike lover og forskrifter som regulerer barns rettigheter på sykehus. Noen av disse finner man i Pasientrettighetsloven, kapittel 6. Jeg viser her til pasientrettighetsloven (1999) § 6-2, forskrift om barns opphold i helseinstitusjon som sier at barn har rett til å kunne være sammen med minst en av foreldrene under opphold på helseinstitusjon. I § 6, andre ledd står det videre at "personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre mens de er hos barnet"

Retningslinjer utgitt av Sosial- og helsedirektoratet har til hensikt å sikre god kvalitet ved oppfølging av for tidlig fødte barn. Det blir lagt vekt på å støtte opp om foreldrenes utøvelse av omsorg ovenfor barnet ved å møte deres og barnets behov med relevant kartlegging (Markestad & Halvorsen, 2007).

Helsepersonelloven (1999) er også aktuell. I § 4 står det at "helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig".

### 3.11 Presentasjon av forskning

**Parental involvement in Neonatal Comfort Care** (Skene, Franck, Curtis, & Gerrish, 2012) bygger på er en kvalitativ studie der forskerne ville finne ut hvordan foreldre samhandler med

sitt premature barn i en neonatal avdeling. I begynnelsen var foreldrene usikre og redd for å røre barnet i frykt for å forårsake skade eller ubehag. Etter de første dagene i neonatal avdeling begynte nesten alle foreldrene å fokusere mer på barnet enn omgivelsene. Informasjon fra sykepleierene hjalp foreldrene til å ta mer initiativ i omsorgen til barna. De ble også etter hvert mer oppmerksom på hvilken adferd og lyder som signaliserte ubegag eller komfort. Ved at sykepleierene ga veiledning til foreldrene førte dette til at foreldrene gradvis ble mer selvsikre til å gi omsorg til barnet sitt.

**Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents** (Guillaume, et al., 2013). Artikkelen bygger på en kvalitativ studie der 30 mødre og 30 fedre av barn som er født i uke 32 ble intervjuet under oppholdet på en neonatal avdeling i Frankrike. Under intervjuet ønsket de å få frem foreldreerfaring fra før fødsel til en måned etter fødsel. De første ukene ved sykehusinnleggelse opplevde foreldrene at det var vanskelig å oppnå en tidlig tilknytning til det premature barnet. Forfatterne av artikkelen ønsker å finne ut hvilken oppfatning foreldrene har av den første samhandlingen med barnet og identifisere handlingene til omsorgspersoner som bidrar til eller hindrer utviklingen. Et viktig funn i denne studien var at foreldrene forventet at sykepleier viderefremmet informasjon til dem ved å vise kunnskapen i praksis istedenfor å kun gi informasjonen muntlig. Det at sykepleierne hadde en omsorgsfull holdning og ga informasjon som var tilpasset behovene til ulike tider hjalp foreldrene til å skape en tilknytning til sitt premature barn.

I artikkelen **Pathways to emotional closeness in neonatal units – a cross national qualitative study** (Flacking, Thomson & Axelin, 2016) kommer det frem at fysisk nærhet har stor betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn, men ikke hvordan, når og hvorfor foreldrene opplever følelsesmessig nærhet til sine spedbarn i en neonatal avdeling. Denne studien ble utført på tre forskjellige neonatalavdelinger i Sverige, England og Finland. Usikkerhet rundt barnets overlevelse kan vekke forskjellige følelser hos foreldrene som angst og stress og at de føler seg mindre trygg i foreldrerollen. Dette fører ofte til at foreldrene trekker seg unna og ønsker at personalet tar seg av barnet. Resultatene viste at mødre til et prematurt barn ikke opplevde samme tilknytning til barnet de første 6 månedene som mødre til et fullbårent barn. Videre sier forskningen at ulike metoder for tilknytning som hud-mot-hud kontakt reduserer forekomsten av depresjon hos mor. Hos fedre viste det seg at tidlig kontakt med barnet reduserte stress og angst hos far.



**Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent–infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care** (Mörelus & Anderson, 2015). Denne forskningsartikkelen bygger på en kvalitativ studie der et spørreskjema ble administrert til 129 sykepleiere på tre nyfødteintensivavdelinger for å finne ut hva sykepleierne mente om nesten sammenhengende hud-mot-hud kontakt for premature barn mellom 32 og 36 uker gamle. Sykepleierne mente at kenguru metoden førte til at foreldrene ble tidligere kjent med barnet sitt, men at det både var positive og negative sider med metoden som jeg vil komme tilbake til i drøftingskapittelet.

**Balancing preterm infant's developmental needs with parents' readiness skin-to-skin care: A phenomenological study** (Kymre & Bondas, 2013).

Denne studien bygger på en kvalitativ metode der 18 sykepleiere fra Sverige, Norge og Danmark ble intervjuet på arbeidsplassen. Målet med denne studien var å få frem sykepleiernes erfaringer med hud-til-hud kontakt mellom det premature barnet og foreldrene i en neonatal intensiv avdeling. Et av funnene i studien var at sykepleierne opplevde en lik ballanse mellom å ivareta barnets utviklingsbehov og det å ta hensyn til foreldrenes ønske om hud-mot-hud kontakt med barnet. Sykepleierne erfarte at det premature barnet var mer komfortabel ved hud-mot-hud kontakt i forhold til å ligge alene i kuvøsen. Gjennom ny kunnskap hadde foreldrene et større fokus på det premature barnets behov for hud-mot-hud kontakt. Samtidig mente sykepleierne i studien at det var en utfordring å gi barnet nødvendig behandling når det hadde hud-mot-hud kontakt med foreldrene.

## 4 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan bidra til tilknytning mellom det premature barnet og foreldrene.

Å gi omsorg til et prematurt barn og foreldrene kan være en utfordring for sykepleier (Sandtrø, 2009a, s. 57). En av grunnene til dette er at nyfødte barn ikke kan uttrykke behov og følelser med ord, men kun ved hjelp av kroppsspråk. Et prematurt barn har behov for medisinsk-teknologisk omsorg. Det er imidlertid viktig å kombinere dette med individualisert tilnærming der sykepleier tar hensyn til barnets behov for helhetlig omsorg, noe som innebærer psykologiske, humane og følelsesmessige forhold (Sandtrø, 2009a, s. 58). Ved å inkludere foreldrene i pleien til barnet vil det trygge dem i foreldrerollen og bedre kommunikasjonen til sykepleier, i følge Lawhon (sitert i Sandtrø, 2009a, s. 75).

### 4.1 Tilrettelegging for samspill mellom det premature barnet og foreldre

Et barn som er født for tidlig og deres foreldre er i en sårbar situasjon når det kommer til utvikling av et godt samspill (Ravn, 2009b, s. 258). Det kan være vanskelig for foreldre å tolke signaler fra sitt for tidlig fødte barn. Dette er noe Skene, Franck, Curtis, & Gerrish (2012) viser til i forskningsartikkelen sin, der det kommer frem at premature barn ikke er i stand til å uttrykke ubehag eller andre følelser på lik måte som et fullbåret barn. Foreldre kan ha vanskeligheter med å forstå signalene til sitt for tidlig fødte barn, noe som gjør tilknytningen vanskeligere. Sykepleiere på en nyfødtavdeling har derfor en viktig rolle når det kommer til tilrettelegging for samspill (Ravn, 2009b, s.244). Det at sykepleier lærer foreldrene til å forstå, kommunisere og stimulere barnet sitt på en optimal og individuell måte er med på å skape et godt omsorgsmiljø. I studien til Skene et al. (2012) kommer det frem at etter hvert som foreldrene lærer mer om barnet sitt gjennom observasjon, fysisk kontakt og sykepleiers støtte og veiledning, blir de mer selvsikre og involvert i omsorgen til barnet. Ved å la foreldrene gradvis ta over stell og oppfølging av barnet vil dette også være med å bidra til mestring hos foreldrene (Moss, et al., 2006, s. 7). Dette støtter forskningen til Flacking, Thomson & Axelin (2016) oppunder. De kommer frem til at gjennom daglig omsorg med barnet gir dette økt engasjement hos foreldrene, samtidig som de får en følelse av forpliktelse for barnet.

Tidlig i praksis møtte jeg en mor som skulle få holde barnet sitt på brystet for aller første gang. Det var et overveldende øyeblikk, men samtidig fortalte moren at hun fikk en ny motivasjon og en følelse av kjærlighet ovenfor barnet som hun tidligere ikke hadde kjent på når barnet lå i kuvøsen.

Forskning sier ifølge Ravn (2009b, s. 248) at foreldrenes samspillferdigheter har en viktig betydning for barnets tidlige kognitive utvikling og at det sosiale samspillet er med på å påvirke tilknytningen mellom barnet og foreldrene. Sykepleiers oppgave vil da være å tilrettelegge for felles gode opplevelser gjennom berøring, blick og gode lyder mellom barnet og foreldrene (Ravn, 2009b, s. 249). Gjennom dagligdagse rutiner som stell, bading og mating har sykepleier gode muligheter for å gi foreldre opplæring i dette (Moss, et al., 2006, s. 9). I fordypningspraksisen min ble stellesituasjonene samtidig brukt til å gi foreldrene veiledning i hvordan barnet reagerte på ulike sanseinntrykk. Et eksempel var å vise hvordan barnet reagerte med blikket og fulgte mor når hun flyttet seg fra den ene siden av barnet, til den andre. Jeg opplevde at dette var stort for foreldrene og at de fikk større forståelse for barnets sosiale ferdigheter. Moss et al. (2006, s.9) sier at ved å kommunisere med barnet gjennom ansiktsuttrykk og se at barnet imiterer ansiktsuttrykkene tilbake, vil dette gjøre foreldrene oppmerksom på barnets særegne måter å reagere på. Sykepleier bør derfor oppmuntre foreldrene til å utnytte tiden når barnet er våkent til å ha ansikt-til-ansikt samspill.

På en annen side er det også viktig å vite at det premature barnet har lettere for å bli overstimulert av omgivelsene (Moss, et al., 2006, s. 18). Barnet bør skjermes for sterkt lys, lyd, lukk og raske bevegelser. Premature barn trenger mye energi til vekst og utvikling og sover derfor mer enn fullbårne barn (Moss, et al., 2006, s. 14). Blir barnet utsatt for mye stress kan dette ha negativ betydning for barnets tilstand. Premature barn har et umodent nervesystem som gjør at barnet er særlig følsom for ytre påkjenninger. Er barnet utilpass ved våken tilstand kan dette ha negativ innvirkning på samspillet med foreldrene. Det er derfor viktig at foreldre lærer seg å gjenkjenne tegn på at barnet er i fysiologisk ubalanse. Observasjoner som sykepleier kan gjøre foreldrene oppmerksom på er endringer i respirasjonsmønsteret, hudfarge, hikking, svetting og gulping (Moss, et al., 2006, s. 20).

NIDCAP-metoden er utviklet for å tilpasse omgivelsene rundt barnet for å unngå stressfaktorer (Moss, et al., 2006, s. 22). Ved å sørge for at barnet skånes for sterkt lys og høye lyder er dette med på å redusere opplevelsen av stress hos barnet. Videre kommer det frem at ved direkte samspill mellom foreldrene og barnet kan sykepleier demonstrere ulike strategier for å stabilisere barnet. Ved å holde barnets hender samlet på brystet og hindre store bevegelser i armer og bein, vil dette være nok til å roe barnet. Andre metoder vil være å holde barnet vertikalt til skulderen, vugge barnet i en jevn rytme og nynne med en dempet og rytmisk stemme.

I følge Smith & Ulvlund vil et godt samspill mellom det premature barnet og foreldrene kjennetegnes ved at foreldrene tolker barnets signaler riktig og fanger opp dets initiativ. For å oppnå dette er det viktig at omsorgspersonene er samstemte. Dette innebærer at sykepleier veileder foreldrene i hvordan de skal tolke barnets signaler (sitert i Ravn, 2009, s. 249).

## 4.2 Fremme tilknytning ved hjelp av informasjon og støtte

En viktig del av sykepleiers oppgave på en nyfødtavdeling er å gi informasjon til foreldrene (Saugstad, 2009, s. 154). Mange foreldre kan føle seg usikker når de kommer inn i en nyfødtavdeling full av teknisk utstyr og et personale som tilsynelatende har mer kunnskap om barnet deres enn hva de selv har. (Saugstad, 2009, s. 153). Informasjon om barnets situasjon og hva som vil skje med barnet i tiden fremover er nødvendig for at foreldrene skal kunne slappe mer av (Saugstad, 2009, s. 154). Foreldrene trenger støtte for å dempe belastningene og for å kunne mestre den nye livssituasjonen. Som sykepleier har man derfor en viktig rolle som støttespiller for foreldrenes opplevelse av mestring, samtidig som man skal gi informasjon for å unngå u hensiktsmessig omsorgsadferd. Dette krever tålmodighet og respekt for foreldrenes oppfatninger. Når det kommer til barnets daglige omsorg er en grunnleggende regel å tenke at foreldrene alltid har rett. Verken sykepleier eller foreldre har fasiten på hvordan barnet reagerer, derfor vil tolkninger ofte innebære tvetydighet. Ved å la foreldrene si sin mening og respektere deres tolkning av barnets signaler er dette med på å fremme foreldrenes tillit til egen mestring (Moss, et al., 2006, s. 8).

Med grunnlag i forskning kommer det frem at informasjon om barnets tilstand og hvilke metoder foreldrene kan benytte seg av har betydning for hvordan tilknytningen til barnet oppleves for foreldrene (Guillaume et al., 2013). Det kommer videre frem at foreldrene er avhengig av informasjon fra sykepleier for å få en følelse av tilknytning til barnet sitt. Det kommer også frem at foreldrene forventer at sykepleier videreformidler informasjon ved å vise kunnskapen i praksis, fremfor kun å gi informasjonen muntlig.

Det er samtidig viktig som sykepleier å være oppmerksom på foreldrenes reaksjoner og følelser knyttet til det å få et for tidlig født barn. I følge Tandberg (2009b, s. 224) sier forskning at det er normalt at foreldrene opplever en krisereaksjon. I følge Hillgard, Keiser og Ravn vil det alltid være individuelt hvordan trussel om tap oppleves (sitert i Tandberg, 2009, s. 226). I en krise vil det være normalt å reagere med sinne og frustrasjon. Det kan være vanskelig for sykepleier å oppdage en eventuell krisereaksjon hos foreldrene fordi oppførselen blir sett på som "normal" for den personen. Foreldre i krise vil ofte være pågående med mange spørsmål om barnets tilstand. Å ha kunnskap og forståelse for foreldrenes reaksjoner og følelser er nødvendig for å

kunne håndtere krisesituasjoner på best mulig måte. I møte med foreldre i krise er det viktig at sykepleier er så tydelig og konkret som mulig. Det kommer videre frem at det å lytte til hva foreldrene har å si, ofte kan være selve støtten. Dette er noe filosofen Kari Martinsen (2010, s. 24) fokuserer på i sin filosofi. Hun sier at sansingen setter oss i en tilbakeholdenhet. Dette kan tolkes som at noe må holdes tilbake for at noe annet viktig skal kunne slippes frem, som i denne sammenheng er at sykepleier holder tilbake slik at foreldrene får sette ord på følelsene, som igjen er med på at reaksjonene bearbeides (Tandberg, 2009b, s. 227). Ved å la foreldrene snakke om sine opplevelser, signaliserer sykepleier at foreldrene er viktige og betyr noe i seg selv og ovenfor barnet. Martinsen (2010, s. 20) sier noe om at situasjonene man står i som sykepleier er sammensatte og komplekse, der kunnskap og innsikt er viktig, samtidig som man viser følelser. Det kan være hensiktsmessig å vise at man som sykepleier også føler seg maktesløs i situasjonen, men ikke maktesløs i forhold til å gi hjelp og støtte til foreldrene (Tandberg, 2009b, s. 228).

*I faglig retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* blir det lagt vekt på at det er nødvendig å øke foreldrenes sensitivitet ovenfor det premature barnets signaler og behov for å redusere det omsorgsrelaterte stressnivået. Redusert stressnivå i omsorgspraksis vil gi økt trygghet hos foreldrene og bedre omsorgsutøvelsen for barnet, som igjen fører til et mer gunstig forhold for barnets utvikling (Markestad & Halvorsen, 2007).

Kommunikasjonen mellom sykepleier og foreldre, som foregår ved siden av barnets seng med utgangspunkt i barnets behov der å da, er verdifull, men samtidig har foreldrene behov for samtaler som omhandler deres behov for hjelp og støtte (Tandberg, 2009b, s. 228). Når jeg var i praksis opplevde jeg at personalet var flink til å tilpasse informasjonen ut i fra foreldrenes individuelle behov. Jeg møtte et foreldrepar som hadde en gutt født i uke 32. De var fortvilet over situasjonen og overvåket barnet i kuvøsen så ofte de hadde mulighet. For å flytte fokuset fra barnet til foreldrene, ble samtalen flyttet til et annet rom enn der barnet var, slik at foreldrene var i rolige omgivelser og fikk den informasjonen de hadde behov for. Jeg fikk inntrykk av at foreldrene ble roligere etter at de hadde fått informasjon og at de følte seg ivaretatt.

Ifølge Tandberg (2009b, s. 231) bør det være faste strukturer som sikrer at det blir gjort en vurdering, at det blir iverksatt et tiltak og at det til slutt blir gjort en evaluering for å kunne utføre eventuelle endringer. Jeg erfarte i praksis at det ble satt av tid til samtale med foreldrene tidlig i oppholdet, for å finne ut hvilket informasjonsbehov de hadde, hva den skulle inneholde og hvor ofte de ønsket å få informasjon. Flere av foreldrene uttrykte at ved å få informasjon og svar på spørsmålene sine, gjorde det dem tryggere i foreldrerollen. Det var flere av foreldrene

som fortalte at de hadde stor nytte av informasjonen vi ga og var takknemlig for støtten de fikk under oppholdet.

### 4.3 Fremme tilknytning ved hjelp av kengurumetoden

Et grunnleggende behov hos det premature barnet er hudkontakt med sine foreldre. Barnet bør komme på mors eller fars bryst så snart det er stabilt nok (Steinnes, 2009a, s. 53). Som tidligere nevnt i teoridelen kan behovet for hudkontakt ivaretas ved at foreldrene holder rundt barnet med varme hender.

Det er dokumentert at barn som holdes i kengurustilling, har en bedre temperaturregulering, dier lengre og får en lengre og dypere søvn (Steinnes, 2009a, s. 55). Videre kommer det frem at metoden også fører til fysiologisk stabilitet, rolig puls, redusert respirasjonsarbeid og oksygenbehov, samt færre apneer. Samtidig har metoden dokumenterte effekter hos foreldre. De blir raskere kjent med barnet sitt og lærer tidligere å tolke barnets signaler, noe som bidrar til tilknytning. Det øker også mengden morsmelk, som igjen fører til mestringsfølelse hos mor ved amming. Andre positive effekter av kengurumetoden er at både barn og mor opplever mindre stress, som både virker positivt inn på tilknytningsprosessen og på barnets kognitive utvikling (Steinnes, 2009a, s. 54).

På en annen side kommer det frem i studien gjort av Mörelius & Anderson (2015) at sykepleierne erfarte at sammenhengende hud-mot-hud kontakt, fører til at foreldrene ikke får nok tid til seg selv og til å ivareta sine behov, som i den sammenheng fører til stress. Dette gjelder spesielt mor som er den sentrale personen når det kommer til sammenhengende hud-mot-hud kontakt. Dette er imidlertid den eneste studien som har kommet frem til dette, men forfatterne av studien mener at det ikke er kengurumetoden i seg selv som er stressfremkallende, men det å være foreldre til et prematurt barn generelt. Det er uansett viktig at sykepleier er klar over disse stressfaktorene og finner individuelle løsninger som er tilpasset hver enkelt familie. I en omsorgsrelasjon er det nødvendig å forstå den andre ved å "sørge for" å se den andres situasjon fra deres synspunkt (Martinsen, 2003, s. 70).

Gjennom forskning kommer det frem at sykepleierne dokumenterte at barnet i større grad er komfortabel ved hud-mot-hud kontakt enn å ligge alene i kuvøsen (Kymre & Bondas, 2013). På den ene siden opplevde sykepleierne at kengurumetoden virket å være positiv i forhold til tilknytning mellom barnet og foreldrene. Men på den andre siden kunne det være en utfordring å få foreldrene til å holde barnet på grunn av usikkerhet og redsel for å skade barnet. Angst og usikkerhet kan være stressfremkallende både hos foreldrene og barnet. Sykepleierne opplevde i

den sammenheng å bruke de første dagene på å gi informasjon, veiledning og forberede foreldrene på å holde barnet.

I praksis opplevde jeg kengurumetoden som positiv når mor hadde fått informasjon på forhånd og var godt forberedt. Moren jeg møtte hadde tvillinger født i uke 35 og benyttet seg av denne metoden. Hun fikk utdelt en elastisk "strømpe" av barselavdelingen, som hun tredde rundt seg for så å legge barna vertikalt oppi den. Moren ga uttrykk for at både barna og hun selv ble roligere ved å ha hud-mot-hud kontakt og at hun følte at hun hadde mer kontroll over signalene som barna ga.

Det vil med andre ord være viktig at sykepleier gir kontinuerlig informasjon og veiledning, slik at foreldrene opplever at de mestrer foreldrerollen. Det er også viktig at sykepleier ser foreldrenes behov og finner løsninger som er hensiktsmessig for både foreldrene og barnet. Et eksempel er at foreldrene bytter på å ha barnet i kenguruposisjon (Mörelius & Anderson, 2015).

## 5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg tatt for meg hvordan sykepleier kan bidra til tilknytning mellom prematurt barn og foreldre. Et godt samspill gir både barnet og foreldrene gode felles opplevelser samtidig som det virker positivt inn på barnets utvikling. Det at sykepleier lærer foreldrene til å forstå, kommunisere og stimulere barnet sitt på en optimal og individuell måte er med på å skape en god tilknytning mellom barnet og foreldrene.

Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til å gi informasjon, veiledning og støtte. Det kommer frem i oppgaven at felles for foreldrene er at de opplever redsel for barnets tilstand, skyldfølelse og at de har liten kontroll over situasjonen. Det at sykepleier gir informasjon om barnets tilstand, samtidig som det blir gitt informasjon etter foreldrenes behov er viktig for å styrke tilknytningen mellom barnet og foreldrene.

Sykepleier må også oppmuntre foreldrene til å benytte seg av kengurumetoden. Metoden har mange fordeler som fremmer tilknytningen mellom barnet og foreldrene samtidig som det er dokumentert at kengurumetoden har en positiv effekt for utviklingen til barnet. Det å la foreldrene ta del i barnets omsorg bidrar til mestring og tillit til seg selv som foreldre som igjen vil virke positivt inn på tilknytningen.



## Litteraturliste

- Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Flacking, R., Thomson, G., & Axelin, A. (2016). Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross-national qualitative study, *BMC Pregnancy Childbirth*. doi: 10.1186/s12884-016-0955-3
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., . . . Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatrics*. doi: 10.1186/1471-2431-13-18
- Hagerup, I. (2007). *Samlede dikt*. Oslo: Aschehoug.
- Helsepersonelloven (1999). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Hentet 11. november 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Kunnskapscenteret (2015). *Prognose og oppfølging av ekstremt premature barn*. Hentet 17. november, 2016 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/prosjekter/prosjektplan-for-prognose-og-oppfolging-av-ekstremt-premature-barn>
- Kymre, I.G., Bondas, T. (2013). Balancing preterm infant's developmental needs with parents' readiness skin-to-skin care: A phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies On Health and Well-being*. doi: 10.3402/qhw.v8i0.21370
- Malt, U. (2009). *Store medisinske leksikon*. Hentet 1. november, 2016 fra <https://sml.snl.no/mestring>.
- Markestad, T., & Halvosen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (IS-1419). Oslo: Sosial - og helsedirektoratet.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Moss, N., Hellerud, A-K., Hval, M., Petersen, N. (2006). Temahefte om *samspillveileder: Nyfødt intensiv*. Buskerud: Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse.
- Norsk Sykepleierforbund (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 27. oktober 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo : Akribe AS.
- Nyquist, K-H. (2015). Amning av för tidlig födda barn. H. Lagercrantz, L. Hellstöm-Westas, M. Norman(Ed.). *Neonatologi* (2.utg., s. 139-146). Lund: Studentlitteratur AB.
- Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) *Barns særlige rettigheter*. Hentet 20. oktober 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Ravn, I. H. (2009b). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes(Ed.). *Nyfødtisykepleie 1: syke nyfødte og premature barn* (1. utg., ss. 244-258). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Røkenes, O-H., & Hansen, P-H. (2012). *Bære eller breste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandtrø, H. P. (2009a). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B.S. Tandberg & S. Steinnes (Ed.). *Nyfødtisykepleie 2: syke nyfødte og premature barn* (1. utg., ss. 57-79).Oslo: Cappelen Damm AS.
- Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus forlag AS.
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012, juli 12). Parenteral involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. doi: 1011/j.1552-6909.2012.01393.x
- Steinnes, S. (2009b). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Ed.). *Nyfødtisykepleie 2: syke nyfødte og premature barn* (1. utg., ss. 27-56). Oslo: Cappelen

Damm AS.

Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.). *Nyfødtsykepleie 1: syke nyfødte og premature barn* (1. utg., ss. 224-243). Oslo: Cappelen Damm AS.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

WHO. (2015). Hentet 9. oktober, 2016 fra World Health Organisation:  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/)