



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Kari Eldal		

Deltakar

Namn:	Johanne Fauske Bygstad
Kandidatnr.:	32
HVL-id:	140696@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 7297 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Foreldre til nyfødde, sjuke barn

Johanne Fauske Bygstad

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag, ved Høgskulen på Vestlandet

Rettleiar: Kari Eldal

01. desember 2017

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10*

Samandrag

Bakgrunn: Det opplevast som traumatisk og vanskeleg for foreldre når barnet blir innlagt på neonatalavdelinga. Helsepersonell treng kunnskap om empati og kommunikasjonsteknikkar for å kunne støtte foreldre på ein god måte. Det er viktig at foreldre har ei kjensle av at både dei og barnet er ivaretatt, då foreldra er den største støttespelaren til barnet.

Hensikt: Hensikta med litteraturstudiet er å belyse tema om foreldre si oppleving av det å få eit sjukt barn, og korleis ein som helsepersonell kan jobbe for å fremje forståing, meistring og meining i ei tøff tid.

Metode: Dette er ein systematisk litteraturstudie, basert på både kvantitative og kvalitative forskingsartiklar.

Resultat: Litteraturstudiet viser at foreldra treng informasjon om deira nyfødde barn, både når det gjeld diagnose og prognose. Dei treng å få ha sin reaksjon, og vi som helsepersonell bør ha kunnskap om ulike krisereaksjonar for å forstå kva foreldra går igjennom. Vi bør også ha kunnskap om kommunikasjonsteknikkar og ulike stresslidingar som er vanlege å få ved ei traumatisk oppleving.

Konklusjon: Målet med litteraturstudiet var å belyse foreldre si oppleving av det å få eit sjukt barn, og korleis ein som helsepersonell kan vere der for foreldra på ein god måte igjennom ei tøff tid.

Igjennom forskingsartiklane ser ein at foreldra sine behov er samansette av fleire variablar. Blant anna at det er god kommunikasjon mellom foreldra og helsepersonell. Foreldra har eit stort behov for informasjon om barnet sin helsetilstand og diagnose, og dei er bekymra for framtida.

Helsepersonell treng mykje kunnskap om kommunikasjonsteknikkar, og ein bør ha relasjonskompetanse og empati. Foreldre som fekk god støtte igjennom støttegruppe opplevde at stress og depresjon vart betre, i forhold til dei som ikkje var i støttegruppe.

Nøkkelord: Neonatal, foreldre, barn, kommunikasjon, krisereaksjon, meistring.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensing	2
1.3 Hensikt	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 Metode	3
2.1 Datainnsamling	3
2.1.1 Inkludering og ekskludering	3
2.1.2 Søkjestrategiar	3
2.2 Kvantitativ og kvalitativ meotde	4
2.3 Analyse	5
3.0 Teoribakgrunn	6
3.1 Reaksjonsfasar	6
3.2 Stresslidingar og depresjon	7
3.4 Reaksjonar på sjukdom og liding	7
3.7 Foreldre sine rettar	9
4.0 Resultat	11
4.1 Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit	11
4.2 Stress in parents of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit	11
4.3 A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit	12
4.4 Hvordan møte foreldre til eit nyfødt, sykt barn	12
5.0 Diskusjon	13
5.1 Foreldre og krisereaksjonar	13
5.2 Stresslidingar og depresjon	15
5.3 Reaksjonar på sjukdom og liding	17
6.0 Konklusjon	20
Bibliografi	21

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO skjema.

Vedlegg 2: Skjema for presentasjon av forskning.

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Då eg var i fordjupingspraksis på nyføddavdelinga, møtte eg mange foreldre som hadde fått eit barn som var fødd for tidleg, eller eit barn som var sjukt. Eg erfarte at dette for dei fleste foreldre opplevast som traumatisk, vanskeleg, uverkeleg, urettferdig og i mange tilfelle blir det eit sjokk. Det er ikkje i alle situasjonar ein veit at barnet er sjukt då det vert fødd. Foreldra kan kjenne meir på sorg enn på glede etter fødsel, og ein kan oppleve seg sjølv som ein fæl person som tenkjer slik om sitt eige barn. Det handlar om forventningar ein har til det å bli foreldre, og korleis dette brått blir endra til noko ein ikkje hadde førestilt seg (Moe, Skisland & Söderhamn, 2017).

Nokre barn har ei usikker framtid ved fødsel. Det som skal vere starten på eit liv, kan av og til vere slutten på livet (Christoffersen & Teigen, 2013). Eller ein kan få beskjed om at barnet ikkje vil overleve i meir enn nokre timar, dagar eller år. Når noko du har gleda deg over lenge blir snudd på hovudet, blir sorga ofte veldig stor. Mange klarar ikkje å innsjå kor alvorleg situasjonen faktisk er, noko som er heilt naturleg i ein sorgprosess (Christoffersen & Teigen, 2013).

Nokre foreldre vil gå i seg sjølv, kjenne på det at ein skulle gjort ting annleis under graviditeten. "Kanskje barnet mitt ville vore friskt dersom eg ikkje hadde brukt nikotin", er ein naturleg reaksjon. Skuldkjensla kan vere stor, og ein kan kjenne på det at det er sin eigen feil at barnet er sjukt. Dette er ikkje noko god kjensle for foreldre å ha, og dette er viktig at personale på ei nyføddavdeling klarar å få fram (Christoffersen & Teigen, 2013).

Foreldre reagerer veldig ulikt. Det er ingen måte som er feil å reagere på, men vi som sjukepleiarar bør kunne møte foreldre i ulike situasjonar, som har ulike reaksjonar (Moe, et al., 2017). Det er nettopp difor eg har valt å skrive om foreldre til nyfødde, sjuke barn. Eg meiner det er eit viktig tema innan sjukepleie til nyfødde. Foreldre er ein stor del av barnet sitt liv, og dei bør takast like mykje vare på som det barnet blir.

1.2 Problemstilling med avgrensing

”Korleis støtte og skape god relasjon til foreldre med eit nyfødd, sjukt barn?”

Oppgåva vil omhandle korleis ein som sjukepleiar kan møte, hjelpe og ta seg av foreldre til eit nyfødd, sjukt barn. Eg vil ta for meg krisereaksjonar, meistring, ulike stresslidingar og depresjon, kunnskap og erfaring. Dette er vesentleg å kunne noko om for ein sjukepleiar som jobbar på nyføddavdeling. Eg har valt å inkludere både fullborne og premature barn, då artikkane eg har nytta skriv veldig generelt. Eg inkluderar også både foreldre som veit at barnet var sjukt i svangerskapet, og foreldre som får eit sjokk då barnet er fødd på grunn av sjukdommar ein ikkje har visst om i svangerskapet. Det kan også vere fint å drøfte forskjellen mellom desse gruppene, og sjå om foreldre som har visst om det kan ha kome lenger i sorgprosessen. Eg har valt å ekskludere ulike kulturforskjellar, sjølv om dette er vesentleg i dagens samfunn. Dette er fordi oppgåva ikkje skulle bli for stor.

1.3 Hensikt

Hensikta med litteraturstudie er å belyse tema ”foreldra til nyfødde, sjuke barn”, og korleis ein som helsepersonell kan jobbe for å fremje forståing, meistring og mening.

1.4 Begrepsavklaring

Neonatal: Nyføddperioden, dei fyrste fire vekene etter fødsel. Barn som ligg på neonatalavdelinga er barn som treng ekstra oppfølging. Her ligg barna frå dei er fødd, til dei er klare for heimreise. Friske barn ligg på barselavdelinga (Bratlid, 2017).

Helsepersonell og sjukepleiar: Eg har valt å bruke både helsepersonell og sjukepleiar i denne oppgåva. Dette fordi det ikkje berre er sjukepleiarar som jobbar på ei neonatalavdeling.

Premature: Barn som er fødd før termin. Barn fødd til og med i veke 37 betegnast som premature. Ein kan i Norge i dag redde barn som blir fødd heilt ned i veke 24 (Nesheim, 2014).

Nyfødde, sjuke barn: Felles kjenneteikn på barn som treng innlegging på nyføddavdelinga (Bratlid, 2017). Eg har valt å ikkje fokusere på ein spesifikk sjukdom eller diagnose.

2.0 Metode

Ei føresetnad for at ein skal kunne gjere eit systematisk litteraturstudie er at det fins eit tilrekneleg tal studiar av god kvalitet, som kan utgjere grunnlag for bedømmingar og resultat. Mange kliniske spørsmål kan ein finne svar på igjennom eit systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman har definert eit systematisk litteraturstudie som at den utgår frå eit tydeleg formulert spørsmål som systematisk vert funne svar på igjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, ss, 26).

2.1 Datainnsamling

Starten av prosessen med bachelorskriving starta med ei førelesning om litteratursøk, søkjekriteriar, databasar og det å søkje systematisk. Deretter hadde eg ein til ein undervisning med ein bibliotikar, som forklarte meg korleis eg skulle søkje, og kva databasar eg burde nytte innan det feltet eg ville skrive om. Eg fekk og tips til søkjeord og synonymord eg kunne nytte i søkjeprosessen.

2.1.1 Inkludering og ekskludering

Målet med denne oppgåva var å finne ut korleis ein som helsepersonell kan ta vare på foreldra til nyfødd, sjuke barn på ein god måte. Eg har i dette litteraturstudiet valt å inkludere nyfødd, sjuke barn og premature. Dette for å få ein peikepinn på korleis foreldra opplever det å bli foreldre og få vite at barnet er sjukt. Eg vil inkludere barn som ligg på sjukehus, og ekskludere barn som er heime. Dette på grunnlag av eigne observasjonar eg har gjort i praksis, og fordi det kan vere vanskeleg å sjå foreldra då dei er heime.

I dette litteraturstudiet har eg valt å inkludere både kvalitative og kvantitative forskingsartiklar. Eg har inkludert språka norsk, dansk, svensk og engelsk. Dette fordi det er desse språka eg meistrar. Eg har ekskludert artiklar som var eldre er 2010, då eg helst ville ha med så ny forskning som mogleg. Dette er også noko vi fekk beskjed om på førelesning. Eg har også sett på om artiklane var mogleg å relatere til norsk lov, og norske sjukehus.

2.1.2 Søkjestrategiar

Eg har valt å nytte eit PICO skjema som vi har fått utdelt av Høgskulen på vestlandet (vedlegg 1). Dette skjemaet vart vi oppmoda om å bruke når vi skulle søkje etter forskning. Dette for å lette det vidare arbeidet. Eit PICO skjema er oversikteleg og enkelt å bruke. P står for Problem (pasient i mitt tilfelle), I står for Intervention (tiltak), C står for Comparison (samanlikning) og O står for Outcome (resultat). Eg brukte P, I og O. C var ikkje relevant, då forskarane hadde ulike mål for artiklane.

Eg nytta databasane Cochrane library og MedLine (via Ebsco), frå Høgskulen på vestlandet si heimeside. Eg vurderte at det ikkje var behov for å søkje i fleire databasar, då eg fann det eg var ute etter i desse databasane. Eg var veldig spent då eg starta å søkje, for mange av databasane som vi hadde fått oppmoding om å bruke, omhandlar mykje medisin og rein sjukdom, ikkje så mykje om kjensler og psykiatri. Eg har også brukt ein norsk artikkel som eg fann lenge før eg starta med bacheloroppgåva, så den er ikkje funne ved å søkje i database.

Eg har ikkje avgrensa til engelsk eller kortid artiklane var publiserte. Ved treff på fleire artiklar, hadde eg gjort søka meir avanserte. Den eldste artikkelen eg har valt ut er frå 2013, på grunn av ynskje om oppdatert forskning i oppgåva.

Cochrane library: Ordet "neonatal" fekk 657 treff. Eg la til ordet "parents", og fekk 210 treff. Ved å leggje til ordet "crisis", fekk eg 13 treff. Ingen av desse artiklane synast eg at var relevante for tema. Dei var meir medisinske, konkret for legar eller om foreldre under graviditet.

MedLine (via Ebsco): Ordet "neonatal" fekk 203802 treff. Eg la til ordet "parents" og fekk 6420 treff. Ved å leggje til ordet "crisis", fekk eg 77 treff. Her valde eg ut 1 artikkel. Så tok eg vekk ordet "crisis" og la til ordet "stress" og fekk 50 resultat. Her valde eg ut 2 artiklar.

Eg valde ut artiklane på bakgrunn av kva som stod i abstraktet. Eit viktig moment var korleis foreldra var tatt vare på medan dei var på sjukehus. Eg såg også etter om artiklane var forskning eller fagartiklar, og om det var brukt kvalitativ eller kvantitativ metode i forskinga.

Eg opplevde det som utfordrande å kunne finne gode artiklar, då eg er usikker på kva eg skulle sjå etter, og korleis eg skal leite. Eg synast også det var vanskeleg å lese fagspråk på engelsk, men eg meistrar språket ok slik at eg kan forstå samanhengen.

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Metode er eit reiskap vi brukar når vi skal undersøkje noko. Metoden kan hjelpe oss til å samle inn data, altså den informasjonen ein treng i undersøkinga (Dalland, 2017, s. 52). Ein har to ulike måtar å drive datasamling på. *Kvantitativ metode* gjer oss data i form av målbar eining. Svare vi får kan framstillast i tal. Tala gjer det mogleg for oss å føreta rekneoperasjonar. Anten det er for å finne gjennomsnitt, eller prosent. Døme på kvantitativ metode kan vere spørjeskjema til ei gruppe menneske. *Kvalitativ metode* tek sikte på å fange opp meining og oppleving som ikkje lar seg talfeste eller måle. Døme på kvalitativ metode kan vere intervju av enkeltpersonar (Dalland, 2017, s. 52).

2.3 Analyse

Analyse tyder å dele opp i mindre delar. Eit vitenskapleg analysearbeid inneber å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre bitar, undersøkje dei einskild og deretter setje det saman til ein heilskap. Når ein har gått igjennom heile materialet på eit systematisk vis, kan visse kategoriar vere større enn andre. Vi vel då ut hovudkategorien og jobbar vidare med den (Forsberg, et al., 2013, s.166).

Då eg skulle analysere, tok eg utgangspunkt i Evans (2002) sin firestegs analysemodell. Denne går ut på:

1. Å samle forskingsartiklar
2. Identifisere nøkkelfunn i kvar artikkel
3. Finne tema frå artiklane
4. Samle og beskrive alle funna

Eg nytta eit hjelpeskjema utdelt av Høgskulen på Vestlandet (vedlegg 2) som arbeidsverktøy for å presentere og få oversikt over artiklane og funna. Eg starta med å søkje opp artiklar, og samle dei i eit eige dokument. Eg tok vare på dei brukte søkjeorda i same dokument, og kva databasar eg synast var best. Deretter las eg igjennom artiklane grovt, og fokuserte mest på funn, resultat og samandrag. Eg laga mitt eige samandrag frå artiklane, og la hovudfunna inn i det førenemde hjelpeskjema (vedlegg 2). Her la eg også inn forslag til drøfting, ut ifrå dei funna eg hadde gjort. Eg samla alle overskriftene på artiklane inn i same skjema. Funna vart lagt fram i prosjektplanen. Der skreiv eg meir om kvart funn. Funna frå artiklane blir presenterte under resultat.

3.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil eg skrive om dei ulike reaksjonsfasane, kort om ulike stresslidingar, kort om depresjon, vanlege rekasjonar på sjukdom og liding, og rettar foreldre har medan dei er innlagde på sjukehus med barnet sitt.

3.1 Reaksjonsfasar

Vi delar inn i fire fasar når ein er i krise:

Sjokkfasen: Dei fyrste minutta eller timane etter hendinga. Konsentrasjon og merksemd kan vere svekka, men ein ser på tross av dette få reaksjonar. Ein er ofte prega av forvirring, indre kaos og usikkerheit. Menneske sin naturlege reaksjon på ei akutt hending delast ofte inn i tre F'ar: Freeze (stå i ro), fight (sloss, yte motstand) eller flight (flukt). Hjernen vel ein av desse tre ut ifrå personlegdom (Skants 2014, ss.182).

Reaksjonsfasen: Etter sjokkfasen. Ein startar å forstå det som har hendt. Då er det vanleg å verte fortvila, rastlaus og engsteleg (Skants 2014, ss.182).

Bearbeidingsfasen: Reaksjonane er ikkje alltid til stades, og ein kan seie at ein tek pausar frå reaksjonane. Kjensler og tankar kan vere fråverande eller veldig i bakgrunnen, men desse kjem tilbake etter ei stund. Ein kan også oppleve at ein ynskjer å unngå situasjonar eller stadar som minner ein om hendinga (Skants 2014, ss.182).

Nyorienteringsfasen: Når ein startar å tilpasse seg slik situasjonen er, og prøver å kome tilbake i kvardagen (Skants 2014, ss.182).

I nokre tilfelle kan pårørande også oppleve ein usikkerheitsfase. Denne fasen er før sjokkfasen. I denne fasen er ein usikker på kva som vil skje, eller kva som har skjedd. Det er vanleg med fantasiar og kva som kan ha skjedd/skjer, og engstelse. Fasen er ofte prega av store svingingar i kjenslene, alt etter kva informasjon ein har fått. Denne fasen opplevast som belastande og svært vanskeleg dersom den pågår over fleire timar/døgn. Pårørande kan på sikt oppleve å få psykiske plagar, sjølv om det ikkje alltid er noko alvorleg med pasienten. Med tanke på reaksjonane i denne fasen, minner det om reaksjonsfasen (Skants 2014, ss.182).

3.2. Stresslidningar og depresjon

Gode og vonde kjensler som glede, nyfikkne, sinne, skuld, skam, tristheit, misunning og sjalusi kan lett vekslast med angst. Det er eit nært forhold mellom angst og depresjon, og ein ser at så mange som 60% - 70% som har hatt angst utviklar depressive symptom (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, ss. 290). Traume skil seg frå andre angsttypar ved at det ligg ei årsak til symptomdanning bakom. Posttraumatisk stressforstyrning og akutt stressforstyrning er begge reaksjonar på traumatiske hendingar, eller på ein situasjon som opplevast som truande. Desse framkalla situasjonane vil sannsynlegvis opplevast som ubehagelege og truande for folk flest. Mareritt, uro, flashbacks (gjenoppleving), innsnevring av merksemd og tilbaketrekking er diagnosekriteriar. Både posttraumatisk stressforstyrning og akutt stressforstyrning har til felles at dei har reaksjonar med ulik intensitet og varigheit, på grunn av ytre påverknad (Skårderud et al., 2015, s 295).

Depresjonens fyrste kjenneteikn er utrøysteleg tristheit, ei kjensle av å vere verdiløus og utan håp for framtida. Ein kan då bli tafatt og initiativløus, mimikklaus og bevege seg sakte og kraftløst. Karakteristiske symptom på depresjon er at ein vert nedstemt, manglar glede og har lite energi. Det er også vanleg med skuldkjensle, nedsett konsentrasjonsevne og nedsatt sjølvkjensle. Nedsatt appetitt, søvnforstyrning og forstopping er fysiske symptom som ofte høyrer med til depresjon. I nokre tilfelle får kvinner depresjon etter fødsel, såkalla fødselsdepresjon (Skårderud et al., 2015, s.138).

Sjukdom fører ofte til varierende grad av tristheit, nedtryktheit og depresjon. Ein kan definere depresjon som sinne som vendast inn mot seg sjølv. Å sjå at barnet sitt blir dårlegare opplevast som ei nådeløus smerte, og det å måtte innsjå at barnet kanskje ikkje blir friskt er både skremmande og deprimerande. Å vite at ein ikkje kan stoppe sjukdomsprosessen, at det ikkje er håp om betring, kan opplevast som ei knusande erkjening. Å føle seg hjelpeløus eller makteløus er vanleg når ein innser at ein ikkje kan endre skjebnen (Travelbee 2005, ss. 105-106).

3.4 Reaksjonar på sjukdom og lidning

Det er mange ulike måtar å reagere på ved sjukdom og lidning, og ingenting er ein fasit (Travelbee, 2005, s.103). Det er vanskeleg å seie noko generelt, når temaet er så individuelt og unikt. Likt for dei fleste er at dei ynskjer å finne årsak/grunn til sjukdom. Dei vil også vite kva sjukdommen inneber, og kva som har ramma den dei er glad i. Spørsmålet "kvifor meg?" eller "kvifor ikkje meg?" er reaksjonar dei fleste står over for i sjukdom hos seg sjølv eller dei ein er glad i (Travelbee, 2005, s.103).

Å reagere med "kvifor meg", er den vanlegaste reaksjonen ved sjukdom og liding. Denne reaksjonen kjem av manglande aksept av sjukdom. Manglande akseptasjon kan føre til andre kjenslemessige reaksjonar av varierende styrke, intensitet og varigheit. Sinne er den vanlegaste reaksjonen på manglande akseptasjon. Deretter har vi sjølvmedkjensle, depresjon, djup angst, fortvila, "ikkje bry seg" haldning og apatisk likegyldigheit. Desse reaksjonane botnar i frykt og angst. Det er vanleg at personen søker etter kvifor dette har skjedd, og kan ynskje å halde nokon ansvarleg (Travelbee, 2005, ss. 103-104).

Nokre personar kan skulde på seg sjølv eller andre nære rundt seg for å ha forårsaka sjukdom (Travelbee, 2005, s.104). I nokre tilfelle kan ytre påverknad eller andre menneske bli ankla for sjukdommen. I staden for å gå i seg sjølv, kan ein klandre andre. Ein kan også skulde på ytre omstende, uflaks eller skjebne. Nokre kan også tru at ein blir sjuk/får eit sjukt barn på grunn av at ein har trossa religionen sin, og at ein difor får sjukdom som straff. Det å reagere med anklager er ein normal reaksjon ved sjukdom. Også helsearbeidarar kan klandre ein person for sin sjukdom, med tanke på ytre påverknadar ein har påført seg sjølv (Travelbee, 2005, s. 104).

Forvirring kan ofte sjåast saman med skuldingar. Sjølv om personen skuldar seg sjølv eller nokon andre for å ha fått eit sjukt barn, kan ein likevel spørje om kvifor barnet blei sjukt. Ein kan kjenne på ei såra rådvillheit og forvirring, kombinert med ei kjensle av å vere urettferdig eller urimeleg behandla, og at sjukdommen ikkje gjer noko meining. Det kan i slike tilfelle vere vanskeleg å finne ein syndebukk å vere sint på. Desse kjenslene kan føre til depressiv episode eller sjølvmedlende haldning (Travelbee 2005, s.105).

Foreldre ynskjer at barnet sitt skal bli frisk. Dei *lengtar* etter betring. Ynskje om at barnet skal bli sterkt, det å kunne delta i aktivitetar når det veks opp, kan opplevast som lengsel. Det er vanskeleg å innsjå at uansett kor mykje ein håpar, lengtar, ber og ynskjer, så vil ingenting endre seg (Travelbee, 2005, ss. 108).

"Å synast synd på seg sjølv" byggjer ofte på sinne mot seg sjølv. Kor lenge sinne varer og kor stor intensiteten er kan variere, og ein kan utvikle ei "ikkje bry seg" haldning. Dersom vedkommande føler at sjukdommen er urettferdig, unødvendig, eller ei plage som vedkommande burde vore forutan, er det ikkje uvanleg å kjenne på sinne og raseri. Det kjennest ubehageleg å oppleve kor sårbar ein er, og det er vanskeleg å godta. Det er ekstra vanskeleg dersom ein ikkje har førebudd seg

i heile tatt, og ikkje trudde dette kunne skje. Som i tilfelle der foreldre får eit sjukt barn, som dei i utgangspunktet trudde var friskt (Travelbee, 2005, ss. 108-109).

Akseptasjon er den minst vanlege reaksjonen ved sjukdom og liding. Men det utelukker ikkje at ein som sjukepleiar ikkje vil møte denne typen reaksjon. Sjølv om ein aksepterer sjukdommen, vil ein likevel trenge støtte og råd.

3.7 Foreldre sine rettar

Samværsretten:

Lov om pasient og brukarrettigheter § 6-2 (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999 § 6) seier at barn har rett til å ha minst ein av foreldra hjå seg under heile sjukehusopphaldet. Dersom barnet har livstruande eller alvorleg sjukdom, har begge foreldre rett til å vere hjå barnet (Helsediektoratet, 2017). Personalet pliktar å avklare oppgåvefordeling med foreldra, og avlaste foreldra ved behov. Foreldra bør ha tilgang til eigne rom der dei kan trekkje seg tilbake og kvile. Nyføddavdelinga bør også vere opplagt slik at foreldre kan vere saman med barnet når dei ynskjer. Foreldre bør også få tilbod om hudkontakt med barnet (Helsedirektoratet, 2017).

Retten til informasjon:

I følge pasient- og brukarrettighetslova § 3-4 og § 3-5 (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999 § 3) har foreldre til barn under 16 år, rett til fortløpande informasjon om barnet sin sjukdom. Personale er pliktige til å sikre at mottakaren av informasjonen har forstått innhaldet og betydninga av opplysningane. Informasjonen skal vere tilpassa mottakaren og gjevast på ein omsynsfull måte (Helsedirektoratet, 2017). Foreldre bør få tilbod om jamnlege samtalar med personale i nyføddavdelinga. Samtalane bør innehalde informasjon og diskusjon om barnets tilstand og behandlinga barnet får. Avdelinga skal tilby foreldre kontakt med sosionom, psykolog eller anna støttepersonell medan barnet er innlagt (Helsedirektoratet, 2017).

I følge nasjonale faglege retningslinjer anbefalast det at foreldre og familien til for tidleg fødde eller sjuke barn, bør bli tilbydd ein meir omfattande og målretta oppfølging i primær- og spesialisthelsetenesta. Omfanget vil vere avhengig av grad av prematuritet og komplikasjonar knytt til for tidleg fødsel og nyføddperioden (Helsedirektoratet, 2017). Foreldre sin tryggleik i omsorgsutøvinga må understøttast ved at deira bekymringar og usikkerheit blir møtt med relevant kartlegging av barnet sitt og familien sitt behov. Foreldre held sjølv kontakten med pårørande og

søsken, men avdelinga skal leggje til rette for at søsken får besøke den nyfødde. Ved framandspråk skal tolk nyttast, og barn skal ikkje nyttast som tolk (Helsedirektoratet, 2017).

4.0 Resultat

4.1 Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit

Dette er ein kvantitativ forskingsartikkel. Denne artikkelen nytta 30 foreldrear som fylte ut eit spørjeskjema. Artikkelen forklarar korleis foreldre opplever stress knytt til deira nyfødde, sjuke barn. Stress forklarar både fysiske og kjenslemessige utfall som angst, depresjon, trøyttheit og søvnforstyrningar (Busse, Stromgre, Thornga & Thomas, 2013). Stress hjå foreldre til nyfødde sjuke eller for tidleg fødde ungar er godt dokumentert, og angst og depresjon er ofte eit fylgje av stresset. Fokuset på trøyttheit og søvnforstyrningar er derimot vanlegvis ikkje like godt dokumentert. I denne artikkelen er det rapportert om høge søvnforstyrningar, og eit gjennomsnitt på under sju timar per natt hos mødre med barn innlagt på neonatalavdelinga. Den nasjonale søvnforeininga seier at mellom sju og åtte timar per natt er å føretrekkje. Søvnproblem etter fødsel utgjer ei spesiell bekymring, då forholdet mellom søvnproblem og fødselsdepresjon er vesentleg (Busse et al., 2013).

4.2 Stress in parents of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

Dette er ein artikkel frå ei tverrsnittstudie. 373 innleggingar av barn med foreldre, var evaluert. Artikkelen omhandlar at å føde eit barn som treng innlegging på neonatalavdeling er krevjande (Palma, Vom Wussow, Morales, Cifuentes & Ambiado, 2016). Dei såg om komplikasjonar i svangerskapet, prenatal diagnose eller prenatal sjukehusinnlegging påverkar stressnivået eller tilstadeveringa av prematuritet, respiratoriske sjukdommar, medfødde misdanningar, eller krav til mekanisk ventilasjon (livberging). Konklusjonen var at foreldra sin stressreaksjon var uavhengig av kjønn og dei variablane nemnt ovanfor (Palma et al., 2016).

Palma et al (2016) fann i si studie at når barnet blir innlagt på neonatalavdelinga, så er det ofte uventa. Dette opplevast stressande for familien. Foreldra hadde ei førestilling om å kunne ta vare på barnet sitt då det vart fødd. Når foreldre og barn vart skilt frå kvarandre og barnet vart innlagt på ei neonatalavdeling der ein sjølv ikkje får gje den omsorga ein ynskjer, opplevast det som traumatisk for foreldra. Familiar er psykisk sårbare etter å ha fått eit for tidleg fødd eller eit sjukt barn. Sjølv om dette ikkje gjeld alle foreldre til sjuke barn, er det anslått at mellom 20 % og 30 % av foreldrene får eit psykisk problem i løpet av det fyrste året etter fødsel. Dette kan for eksempel vere akutt stressliding, posttraumatisk stress eller fødselsdepresjon. Når det gjeld fødselsdepresjon kan opptil 70 % av mødre til sjuke barn oppleve dette. I tillegg kan den nye situasjonen påverke forholdet mellom foreldra (Palma et al., 2016).

4.3 A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit

Kvantitativ spørjeundersøking, artikkel frå Iran. Denne studien valde ut 50 foreldre til premature spedbarn. Dei delte dei i to, 25 foreldrepar i kvar gruppe, ei kontrollgruppe og ei intervensjonsgruppe. Kontrollgruppa blei behandla slik som vanleg på avdelinga, og intervensjonsgruppa fekk nytte eit to-dels familiestøtteprogram (Abdeyazdan, Shakkolahi, Mehrabi & Hajiheidari, 2014). Målet med forskinga var å bevise to hypotesar: At foreldre i intervensjonsgruppa opplevde mindre stress og depresjon enn foreldra i kontrollgruppa (Abdeyazdan et al., 2014).

Artikkelen byggjer på foreldre som det viktigaste medlemmet av omsorgsteamet til eit prematurt barn. Foreldra er mindre i fokus enn barnet, noko som kan føre til at foreldra ikkje får tilstrekkeleg støtte av personalet (Abdeyazdan et al., 2014). Studia hadde som formål å evaluere effekta av familien sin støtteintervensjon på stressnivå blant foreldre til premature spedbarn. I starten var det inga forskjell mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa. Etterkvart vart det stor reduksjon av stress og depresjon i intervensjonsgruppa, mens kontrollgruppa fortsatt var lik. Tidleg opplæring og emosjonell støtte til foreldra reduserte tilsynelatande stress. Liknande intervensjonar kan vere effektive for å gje foreldra kjensla av å gje omsorg for barnet sitt, og fyller foreldrerolla (Abdeyazdan et al., 2014).

Rundt 13 millionar på verdsbasis blir kvart år fødd for tidleg (Abdeyazdan et al., 2014). Sjølv om mange nyfødde treng opphald på neonatalavdeling, er desse avdelingane i nokre land berre laga for den nyfødde. Foreldre kan bli nekta adgang, og då spesielt faren. Til tross for tilstadeværinga til mødre, fekk dei lite informasjon og opplæring angående deira barn og korleis dei skulle ta vare på dei. Forskinga viste at foreldre opplevde høgt nivå av psykisk lidning, som akutte angstlidingar, posttraumatisk stressforstyring og depresjon (Abdeyazdan et al., 2014).

4.4 Hvordan møte foreldre til eit nyfødt, sykt barn

Dette er ein norsk artikkel frå ei kvalitativ studie. Formålet med studia var å sjå den enkelte forelderen, og etablere ein relasjon mellom foreldre og helsepersonell basert på empati. Det blei gitt rom for gjensidig informasjonsutveksling mellom foreldre og helsepersonell, der foreldra si oppleving av meistring blei fremja (Moe, Skisland & Söderhamn, 2017). Mange foreldre opplevde det som stressande når det nyfødde barnet deira vart innlagt på ei neonatalavdeling (Moe et al., 2017). Alle foreldre hadde ulike måtar å reagere på, men fellestrekk var skuld og skam, makteslausheit, tap av kontroll og angst. Korleis foreldra reagerte, trong ikkje nødvendigvis å ha samsvar med diagnosen til

barnet. I studia fann dei at skrekk, ubearbeida sorg og engstelse kan vere eit hinder for tilknytning og samspel mellom foreldre og barn (Moe et al., 2017).

Studia konkluderte med at relasjonskompetanse og gode metodar for kommunikasjon og informasjonsformidling var nødvendig for sjukepleiar å ha kompetanse om. Dette var for å førebyggje at foreldra sin emosjonelle påverknad vart ei vedvarande belastning (Moe et al., 2017). Psykolog Lisbeth Holter Brudal har utarbeida "Empatisk kommunikasjon", som er ein trinnvis oppbygging av dialog (Moe et al., 2017).

5.0 Diskusjon

5.1 Foreldre og krisereaksjonar

Det er ikkje i alle situasjonar ein veit at barnet er sjukt når det blir fødd. Dei fyrste minutta og timane foreldra har med det nyfødde barnet, er dei i sjokkfasen (Skants 2014, ss.182). Foreldra er ofte ikkje førebudd på barne sin utsjånad og barnet sin storleik dersom det er fødd prematurt. Foreldra treng ikkje nødvendigvis å ha så mange reaksjonar og kjensler i denne fasen. Ein er ofte prega av indre uro, forvirring og usikkerheit. Som tidlegare nemnt reagerer foreldra ofte med anten freeze (stå heilt i ro), fight (sloss, yte motstand) eller flight (flykte, fjerne seg frå situasjonen). Det er tilfeldig kva av desse reaksjonane ein får, og det er hjernen i underbevisstheita som "vel" ein av desse (Skants 2014, ss.182). Forskinga seier at foreldre reagerer ulikt, men at det opplevast som skremmande er eit fellestrekk for mange. Eigne erfaringar tilseier at det er det viktig at sjukepleiar er der for både barn og foreldre i ein skremmande fase av livet. Det kan vere mange spørsmål foreldra har, og dei kan kjenne seg usikre og redde for å gjere barnet vondt (Moe et al., 2017). Eg har erfart at foreldra ofte ynskjer å trekkje seg tilbake etter fødselen. Barnet blir då liggande åleine på neonatalavdelinga, mens foreldre trekk seg tilbake på eit eige rom. Foreldra bør ha tilgang til eigne rom, der dei kan trekkje seg tilbake og kvile. Nyføddavdelinga bør vere tillaga slik at foreldre kan vere saman med barnet når dei sjølv ynskjer (Helsedirektoratet, 2017).

Medan barnet er til utredning, operasjon eller liknande, kan foreldra vere usikre og redde for kva som har skjedd. Denne fasen kallar ein for usikkerheitsfasen, og den kjem før sjokkfasen (Skants 2014, ss.182). Foreldra kan i denne fasen vere engstelege, og dei kan fantasere om kva som kan vere gale med barnet. Denne usikkerheitsfasen kan vere vanskeleg og krevjande å vere i, spesielt om den går over fleire timar eller døgn (Skants 2014, ss.183). Foreldra kan vere prega av store svingingar i reaksjonane, alt etter kva informasjon dei har fått. Helsepersonell har eit ansvar for å vere hos foreldre og berolige dei. Det er difor viktig at vi som sjukepleiarar eller helsepersonell gjer god informasjon, og prøver å hjelpe foreldra til å halde roen og ikkje lage fantasiar som gjerne ikkje samsvarar med fakta (Moe et al., 2017). På bakgrunn av erfaring meiner eg at foreldra treng god informasjon og tryggleik i ein slik fase.

Når sjokkfasen har lagt seg, kjem reaksjonsfasen. I reaksjonsfasen held ein på å innsjå at barnet er sjukt, og dette kan kjennast veldig urettferdig. Foreldre reagerer også ulikt her, men reaksjonar som skam, skuld, angst, makteslausheit og tap av kontroll er fellestrekk (Moe et al., 2017). Eg har sjølv sett desse reaksjonane hjå foreldre, og eg innser at helsepersonell kanskje har for lite kunnskap om korleis ein kan støtte foreldra. Det blir fort til at foreldra trekk seg tilbake og har reaksjonen sin åleine

på rommet, medan sjukepleiar tek seg av barnet. Eg opplevde at det såg ut som fokuset på foreldra sine kjensler vart nedprioritert i ein travel kvardag.

I bearbeidingsfasen er ikkje alltid reaksjonane til stades. Foreldra kan vere hjå barnet sitt, og ta pause frå reaksjonen ein eigentleg er midt i. Kjenslene er då i bakgrunnen eller i undermedvitte, men desse kjem tilbake etterkvart. Det er også mange foreldre som vel å unngå situasjonar eller rom som minner dei om hendingar dei har knytt til fødsel eller det å få vite at barnet er sjukt (Skants 2014, ss.182). Foreldra sin reaksjon samsvarar ikkje nødvendigvis med barnet sin sjukdom eller situasjonen ein er i. Ubearbeida sorg, stress og engstelse kan vere eit hinder for tilknytning mellom foreldre og barn (Moe et al., 2017). Eg har sett at foreldre i slike tilfelle kan stille "rare" spørsmål, og at dei gjerne kan stille same spørsmål fleire gonger. Dei får ikkje med seg informasjonen du som sjukepleiar prøver å gje. Det er difor viktig at vi er rolege, og gjentar informasjonen til foreldra har forstått den (Moe et al., 2017).

Når nyorienteringsfasen kjem, er barnet ofte utskrivingsklart, eller stabilt i sin sjukdom. Foreldra skal prøve å tilpasse seg den nye situasjonen, og prøve å kome attende i kvardagen igjen (Skants, 2014, ss.182). Som personale pliktar ein å avklare oppgåvefordelinga med foreldra, og avlaste foreldra ved behov (Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig å fremje tilknytning mellom foreldre og barn, og å førebyggje at foreldre sin emosjonelle påverknad ikkje blir vedvarande. Som sjukepleiar kan det vere nyttig å ha kunnskap om relasjonskompetanse og gode metodar for kommunikasjon med foreldra. Relasjonskompetanse er ferdigheitar, evne, kunnskap og haldningar som etablerer, utviklar og reparerer relasjonar mellom menneske (Moe et al., 2017). Det er viktig å gje nok, riktig og forståeleg informasjon (Moe et al., 2017). Sjukepleiar er pålagt til å gje støtte til begge foreldra (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan vere igjennom samtale, informasjon eller eit smil. Min oppleving er at ein ikkje alltid treng å sei så mykje, det å smile, vise omtanke og respekt kan vere nok. Gje foreldra ros og skryt, med mål om at foreldra skal kjenne meistring med barnet sitt.

5.2 Stresslidingar og depresjon

Det å få eit sjukt, nyfødd barn kan opplevast som eit traume. Ein har difor årsak til symptomutvikling (Skårderd, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, ss. 290). Forsking seier at stressreaksjonen til foreldra til sjuke barn, ikkje vert påverka om foreldra har visst om at barnet har vore sjukt før fødsel. Det er det at barnet blir innlagt på neonatalavdelinga, og at ein ikkje får vere der for barnet sitt på same måte som ein ville ha vore dersom barnet var friskt, som utgjør stressreaksjonen (Palma et al., 2016). Eg har erfart det motsatte, at foreldre som veit om at barnet er sjukt frå før, tilsynelatande er komt

lenger i sorgprosessen enn foreldre som får sjokk ved fødsel. Som helsepersonell er det viktig at vi inkluderer foreldra i omsorga for barnet. At foreldre får vere med barnet sitt og ta del i både stell, mat og kos med barnet, skapar gode relasjonar mellom foreldre og barn. Som sjukepleiar kan det vere nyttig å ha relasjonskompetanse, og å kunne nokre metodar for kommunikasjon. Ein må tore å ta tak i dei vanskelege samtaleemna, snakke med foreldra, gje rom for å lytte, og opptre empatisk. Dette er for å førebyggje at foreldra sin emosjonelle påverknad blir ei vedvarande belastning for dei (Moe et al., 2017).

Den nye situasjonen foreldra er i kan spele ei stor rolle i forholdet mellom foreldra. Det kan bli eit skilje mellom dei, mellom anna fordi mogelegheita for fysisk kontakt mellom foreldre og barn er forstyrra av medisinsk intervensjon eller at andre menneske brukar meir tid med babyen. Dette kan gje ei kjensle av inkompetanse og usikkerheit, som igjen påverkar bandet mellom foreldra (Palma et al., 2016). Av erfaring har eg sett at foreldre, då spesielt mødre, kan oppleve det som ubehageleg at andre menneske skal vere meir med deira nyfødde barn, enn kva dei sjølv er. Eg opplevde at mødrene ynskja at sjukepleiarane heller skulle ta vare på barnet, enn dei sjølv. Dette var i tilfelle der foreldra skulle prøve nye ting, og kanskje ikkje opplevde at dei meistra det like godt som sjukepleiar. Det er difor veldig viktig at sjukepleiarane er klar over dette og ikkje tar over barnet heilt. Ein må gje foreldra sjansen sjølv til å stelle sitt eige barn. Ein kan også informere om at dette er jobben vår, og at det er vår erfaring som gjer oss gode i samhandling med barn.

Posttraumatisk stress, akutt stressforstyrning og fødselsdepresjon er vanleg blant foreldre til nyfødde, sjuke barn. Sidan så mange som opptil 70% av desse mødrene utviklar fødselsdepresjon, er det viktig at ein som helsepersonell veit korleis ein skal møte foreldra til barna. Ein kan bruke empati, relasjonskompetanse og omsorg i samhandling med foreldrene. Eg har erfart at ein god samtale og gjerne latter, fremjar relasjon mellom foreldra og sjukepleiarane. Tillit er eit viktig nøkkelord til god relasjon. Søvnproblem etter fødsel gjev ei spesiell bekymring, då forholdet mellom søvnproblem og fødselsdepresjon er vesentleg (Busse et al., 2013). Ein veit også at 60% - 70% av dei som har hatt angst utviklar depresjon (Skårderd et al., 2015, ss. 290). Depresjonen kan utvikle seg over tid, og bli verre dersom ein ikkje tek tak i det. Sjukepleiar bør vere observant, og sjå etter teikn som tristheit, kjensla av å vere verdiløus, ikkje ha håp for framtida, skuldkjensle, nedsett konsentrasjonsevne og nedsett sjølvkjensle. Det er ikkje uvanleg at foreldre kjenner på skuldkjensle, og er redd for at det er noko dei har gjort eller ikkje gjort igjennom svangerskapet kan ha gjort barnet sjukt. Dette såg eg mykje av då eg var i praksis på nyføddavdelinga. Når foreldra innser at dei ikkje kan stoppe sjukdomsprosessen, eller at det ikkje er håp om betring, kan dette opplevast som ei knusande erkjenning. Å kjenne seg hjelpeløus eller makteløus er vanleg når ein innser at ein ikkje kan endre

skjebnen (Travelbee 2005, ss. 105-106). Avdelinga barnet er innlagt på skal tilby foreldre kontakt med sosionom, psykolog eller anna støttepersonell medan barnet er innlagt (Helsedirektoratet, 2017). Helsepersonell må tore å spørje foreldra kva dei ynskjer hjelp til, korleis det har det, og korleis dei opplever situasjonen. Det er viktig at sjukepleiarane blir kjende med foreldra når dei ligg på avdelinga lenge. Eg både sett og kjent på at dersom sjukepleiarane sjølv har vore involvert lenge, kan dei kjenne at dei blir personleg berørt. Det kan vere fint å vise foreldra at ein som profesjonell óg kan synast at situasjonen er vanskeleg, men det er viktig at foreldra ikkje ender opp med å trøyste sjukepleiaren. Ein må finne den gylne middelveg, slik at det blir ein fin balanse mellom nærleik og avstand.

Ein kombinasjon av pedagogisk og emosjonell støtte kan vere mest effektivt når det gjeld å redusere den psykiske påkjenninga foreldra opplever i løpet av barnet si sjukehusinnlegging. (Abdeyazdan et al (2014) beviste at å vere del av eit familiestøtteprogram reduserte stressnivået til foreldra. I følge nasjonale faglege retningslinjer anbefalast det at foreldre og familien til for tidleg fødde eller sjuke barn, bør bli tilbydd ein meir omfattande og målretta oppfølging i primær- og spesialisthelsetenesta. Omfanget vil avhenge av grad av prematuritet og komplikasjonar knytt til for tidleg fødsel og nyføddeperioden (Helsedirektoratet, 2017). Kommunikasjon som er basert på empati fremjar kunnskap og tryggleik under samtale med foreldra, og er nyttige å bruke for å oppnå god relasjon (Moe et al., 2017). Som sjukepleiar er det viktig at ein klarar å setje seg inn i foreldra sin situasjon, vise empati og medkjensle for korleis dei opplever situasjonen. Målet med empatisk kommunikasjon er at foreldra skal oppleve ein samheng mellom forståing, meistring og mening (Moe et al., 2017). Eg har erfart at når ein byggjer relasjon mellom foreldra og sjukepleiar, er det lettare for foreldre å snakke om ting som opplevast som vanskeleg. Utan tillit kan det vere vanskeleg for foreldra å betru seg til oss som sjukepleiarar.

5.3 Reaksjonar på sjukdom og liding

Sidan det er så individuelt korleis ein reagerer på sjukdom og liding, er det vanskeleg å sei korleis kvar enkelt forelder vil reagere (Travelbee, 2005, s.103). Det er difor viktig at vi som helsepersonell har kunnskap om ulike måtar å reagere på, og at vi veit korleis vi skal handtere desse for å hjelpe foreldra på ein god måte. Som nemnt treng ikkje nødvendigvis reaksjonen til foreldre å ha samsvar med diagnosen til barnet (Moe et al., 2017), dette har eg også erfart. Reaksjonen endrar seg etterkvart, ut ifrå kor langt dei har kome i sorgprosessen (Skants 2014, ss.182). Eg har også erfart at rekkefylja på fasane ikkje er eit gitt mønster, men at foreldra kan gå litt fram og tilbake mellom dei ulike fasane. Ulike moment som skrekk, ubearbeida sorg og engstelse kan vere eit hinder for

tilknytning og eit samspel mellom foreldre og barn (Moe et al., 2017). Uansett kva type sjukdom barnet har, eller kva som kan vere grunnen til at barnet har blitt sjukt, vil dei fleste foreldre finne årsaka til sjukdom (Travelbee, 2005, s.103). Eg har opplevd at i nokre tilfelle vil foreldra skulde på kvarandre for at barnet er sjukt.

Det er viktig å legge vekt på gjensidig informasjonsutveksling, der foreldra si oppleving av meistring blir fremja. Informasjonen skal vere tilpassa mottakaren og gjevast på ein omsynsfull måte (Helsedirektoratet, 2017). Når desse aspekta er tilstades, vil det bli eit godt møte og ein god samtale. Utan desse aspekta blir møta og samtalane mindre vellykka (Moe et al., 2017). Foreldre sin tryggleik i omsorgsutøvinga må understøttast ved at deira bekymringar og usikkerheit blir møtt med relevant kartlegging av barnet sine og familien sine behov (Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig at foreldra kjenner seg sett, og at det ikkje berre er barna som er i fokus. Støtteprogram for familien kan vere gode alternativ til slik omsorg (Abdeyazdan et al., 2014). Eg meiar at for å få dette til, kan det vere nyttig at sjukepleiar på nyføddavdelinga får meir kunnskap om støtteprogram og empatisk kommunikasjon. Kanskje igjennom kurs eller liknande.

Foreldre kjenner seg ofte urettferdig og urimeleg behandla. "Kvifor meg" reaksjonen er den vanlegaste reaksjonen foreldre får (Travelbee 2005, s.103). Denne reaksjonen kjem av at foreldre i starten ikkje aksepterer at barnet deira er sjukt, som igjen handlar om at dei vil flykte frå situasjonen. Det er heilt vanleg å reagere med sinne og flykt frå situasjonen i sjokkfasen (Skants 2014, ss.182). Foreldra kan leite etter personar å klandre, og personar til å halde ansvarleg for kva som er skjedd. Det kan vere både seg sjølv, kvarandre som foreldre, eller helsepersonell (Travelbee, 2005, ss. 103-104). Det er også verdt å nemne at ulike kulturar kan meine at skjebnen og straff er grunn til sjukdom (Travelbee, 2005, s.104).

I bearbeidingsfasen, vil foreldra gjerne vite kva sjukdommen inneberer. Helsepersonell skal vere nøytrale, og ikkje ha noko meining og kvifor barnet er sjukt. I fylgje Travelbee (2002, s.104) kan helsepersonell meine at foreldra sjølv er årsak til at barnet er fødd for tidleg, eller er sjukt. Det er viktig at helsepersonell ikkje gjer uttrykk for at ein har slike tankar. Foreldra kan klandre helsepersonell, og meine at dei har blitt dårleg oppfulgt eller dårleg behandla i svangerskap og under fødsel. Dette er metodar for å forsvare seg sjølv, og desse episodane kan overførast til depressiv episode eller sjølvmedlidande haldning (Travelbee, 2005, s.105). Som sjukepleiar må vi tole reaksjonar og kjensler frå menneske i krise, og ikkje ta dei personleg. Det treng nødvendigvis ikkje å vere sannheit i korleis foreldra opplever det, men akkurat der og då er det dette som kjennast rett for dei.

Foreldre kan kjenne på sorg, ynsker og lengsel, dette er normale kjensler å ha. Dei ynsker at barnet skal bli betre. Dei har meiningar og ynsker for framtida til barnet, som kanskje ikkje lenger er like reelle. Ein kan då seie at dei lengtar etter betring hjå barnet. Det å innsjå at barnet ikkje blir friskt, uansett kor mykje ein håpar, ber, ynsker og lengtar, kan opplevast som veldig vanskeleg (Travelbee, 2005, ss.108). Dette er sorg som foreldra må igjennom, og ikkje noko vi som helsepersonell kan prøve å unngå. Det vil kome uansett kva vi gjer eller seier. Det som er viktig er at vi kan bruke empati, og setje oss inn i situasjonen foreldra er i. Det er også viktig å anerkjenne foreldra sine kjensler (Moe et al., 2017). Det er dette dei treng i ein slik situasjon. Foreldre bør få tilbod om jamnlege samtalar med personale i nyføddavdelinga. Samtalane bør innehalde informasjon og diskusjon om barnet sin tilstand og behandlinga barnet får (Helsedirektoratet, 2017). Det å synast synd på seg sjølv handlar ofte om eit sinne ein har mot seg sjølv. Det kjennast ubehageleg å kjenne kor sårbar ein er, og det kan vere vanskeleg å godta (Travelbee, 2005, ss. 108). Eg har erfart at det er ekstra vanskeleg dersom vedkommande ikkje er førebudd, og ikkje trudde dette kunne skje. Som i tilfelle der foreldre får eit sjukt barn, som dei i utgangspunktet trudde var friskt.

I nokre tilfelle vil foreldra akseptere at barnet er sjukt i frå starten av (akseptasjon). Dette er den minst vanlege reaksjonen, men det er likevel viktig at vi som sjukepleiarar har kunnskap om reaksjonen. Eg har erfart at nokre foreldre kan ha denne reaksjonen, og opptre heilt vanleg og upåverka. Dette er ikkje synonym med at dei har det bra. Som sjukepleiar bør ein hugse på at dei fortsatt vil trenge støtte og råd i ein slik situasjon. Foreldra treng ikkje nødvendigvis å ha det bra, sjølv om dei viser det utad. Eg opplever at dette kan mange sjukepleiarar fort gløyme, sidan foreldra opptrer som at dei har det bra.

6.0 Konklusjon

Hensikta med litteraturstudiet var å belyse foreldre si oppleving av det å få eit sjukt barn, og korleis ein som helsepersonell kan møte foreldra på ein god måte i ei tøff tid. I forskingsartiklane ser ein at foreldra sine behov er samansette av fleire variablar. Eg vil konkludere med at det viktigaste momentet for god relasjon mellom foreldra og sjukepleiar, er empati og tillit. Utan empati og tillit vil ikkje foreldra betru seg til sjukepleiarane. Som sjukepleiar bør ein tore å snakke om dei vanskelege samtaleemna, ein bør vere ein god lyttar, og ein bør opptre empatisk og fagleg. Ein bør ha kunnskap om ulike krisereaksjonar, og vite korleis ein skal kommunisere for at foreldra kjenne seg sett og høyrte. Eg har erfart og meiner at nødvendig kunnskap, god og open kommunikasjon og gode relasjonar er med på å skape trygghet og fremjar oppleving av god behandling. Eg er overraska over omfanget av angst og depresjon hjå foreldre til sjuke barn. Eg hadde ikkje trudd at prosentandelen av foreldre som utviklar depresjon, var så stor. Eg meiner at helsepersonell bør ha meir kunnskap om psykiske plager, som stressreaksjon, posttraumatisk stressyndrom og depresjon. Eg ser også kor viktig det er med kunnskap om kommunikasjon og korleis ein skal opptre mot foreldre, og skulle ynskje dette meir av i pensum på sjukepleieutdanninga.

Bibliografi

- Abdeyazdan, Z., Shahkolahi, Z., Mehrabi, T., & Hajiheidari, M. (2014). A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19(4),349-353. Henta frå <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4145487/>
- Bratlid, D. (2017). *Spebarn og spebarnsmedisin*. Henta frå <https://sml.snl.no/neonatal>
- Busse, M., Stromgrem, K., Thorngate, L., & Thomas, K. (2013). Parents`Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *CriticalCareNurse* 33(4), 52-59. Doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2013715>
- Christoffersen, L. & Teigen, J. (2013). *Når livet slutter før det begynner*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Evans, D. 2002. Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2) 22-26
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur.
- Helsedirektoratet. 2017. "Rettigheter/Støtteordninger". Lest: 09.11.2017. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barnekreft/medisinsk-st%C3%B8ttebehandling/rettigheter-st%C3%B8tteordninger>
- Helsedirektoratet. 2017. "Nasjonalt faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødteintensivavdelinger". Lest 09.11.2017. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet/seksjon?Tittel=foreldre-er-en-viktig-10856>
- Moe, K., Skisland, A, V-S., Söderhamn, U. (2017). Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. *Sykepleien Forsking* 2017 12(62155), Doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.62155
- Nesheim, B-I. (2014). *Svangerskap og fødsel*. Henta frå

https://sml.snl.no/prematur_f%C3%B8dsel

Palma, E. I., Wussow, F. V. K., Morales, I. Cifuentes, J. R., & Ambiado, S. T. (2016). Stress in parents of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. *Revista Chilena De Pediatría* 88(3), 332-229. Doi: 10.4067/S0370-41062017000300004

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser – håndbok i psykososialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken. Sinn - Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.