



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Foreldre til barn på nyfødtintensiv

**Anne Skeie**

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt  
for helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie  
Førde

Veileder: Kari Eldal

Innleveringsdato: 01.06.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Tittel:** Foreldre til barn på nyfødtintensiv.

**Bakgrunn for valg av tema:** 6,5 prosent av barna som blir født fødes for tidlig, og 7000-8000 barn blir innlagt på nyfødtintensiv årlig. For de fleste foreldre er det å få barnet sitt innlagt på nyfødtintensiv en skremmende situasjon. En viktig jobb sjukepleieren har er å hjelpe foreldrene til å mestre denne situasjonen, og gjøre sjukehus opplevelsen best mulig for dem. Dette er et tema jeg mener er viktig, og igjennom denne oppgaven tenker jeg å tilegne meg kunnskap om å ivareta foreldrene.

**Problemstilling:** «Hvordan ivareta foreldre til barn på nyfødtintensiv?»

**Metode:** I denne oppgaven er det brukt systematisk litteraturstudie. Det er brukt kvantitative og kvalitative forskningsartikler, teori fra bøker, lover, retningslinjer og egne erfaringer, for å opplyse kunnskap som kan brukes i drøftingsdelen.

**Oppsummering:** Det at barnet blir innlagt på nyfødtintensiv avdeling er en belastning på foreldrene, da de vil oppleve stress, tap av kontroll og ofte havne i en krise. For å ivareta foreldrene er det viktig at sjukepleierne og annet helsepersonell hjelper foreldrene til å mestre denne opplevelsen. Det er også viktig å vite at foreldrene sine behov vil variere, og at mor og far ofte har forskjellige behov. Det bør derfor vurderes hvilke støtte mor og far trenger. Støtten sjukepleierne gir, kan bli gitt på ulike måter. Det kan variere fra følelsesmessig støtte, å la foreldrene snakke om sin opplevelse, å gi informasjon, veilede i deltakelse av pleie eller det å bare være til stede når de møter barnet sitt.

**Nøkkelord:** For tidlig født barn, Foreldre, Nyfødtintensiv avdeling, Prematur

## Innhold

1.0 Innleiing.....	1
1.1 Samfunns perspektiv .....	1
1.2 Sjukepleiefaglig perspektiv.....	2
1.3 Ordforklaring .....	2
1.4 Fremgangsmåte i oppgaven .....	2
2.0 Metode .....	3
2.1 Søkeprosessen.....	3
2.2 Valg av litteratur.....	4
2.3 Kildekritikk.....	4
3.0 Teoridel .....	5
3.1 Krisereaksjoner.....	5
3.2 Samtale og informasjon.....	6
3.3 Foreldrerollen.....	6
3.4 Lover og forskrifter .....	7
3.5 Nasjonale retningslinjer.....	7
4.0 Funn .....	8
4.1 Forskningsartikkel 1.....	8
4.2 Forskningsartikkel 2.....	8
4.3 Forskningsartikkel 3.....	9
4.4 Forskningsartikkel 4.....	10
5.0 Drøfting.....	11
5.1 Forelderens behov.....	11
5.2 Skape tillit gjennom informasjon .....	13
5.3 Foreldrene sin deltakelse i pleien.....	14
6.0 Konklusjon .....	16
Referanse.....	17
Vedlegg 1 .....	

## 1.0 Innleiing

For de fleste er det å bli gravid, noe av det beste som kunne ha skjedd. I 9 måneder lever de fremtidige foreldrene i lykkerus, og venter i spenning på å møte barnet. Etter bare 5 uker slår hjertet, og rundt uke 18-20 kjenner kvinnen liv (Nylander, 2017, s. 54,107). For noen går lykkeruset over til en uventet og skummel situasjon, da barnet kommer for tidlig.

Det å få et for tidlig født barn, vil si at de er født før svangerskapsuke 37. 6.5% av barna som blir født, fødes for tidlig (Grønseth & Markestad, 2017, s.221). At et barn blir innlagt på nyfødtintensiv rammer ikke bare foreldrene, men hele familien (Tandberg & Steinnes, 2009, s.14). Det vil ofte komme brått på foreldrene og de vil sitte igjen med mye engstelse (Saugstad, 2009, s.153). Mødrene vil ofte få skyldfølelse og klandre seg selv. Sjukepleierne må hjelpe familien til å mestre denne nye livssituasjonen, da nyfødtintensiv kan virke som en skremmende verden (Tandberg, 2009, s.224). Oppholdet på sjukehuset skal hjelpe foreldrene til å bli klar til å ta seg av barnet når de blir utskrevet, og foreldrene må derfor gradvis ta over omsorgen for barnet på avdelingen (Saugstad, 2009, s.149).

Jeg har et sterkt ønske om å jobbe på nyfødtintensiv, og hjelpe barn og foreldre som er i denne situasjonen. Gjennom denne oppgaven ønsker jeg derfor å tilegne meg mer kunnskap om hvordan best mulig ta vare på foreldrene til barn på nyfødtintensiv, som jeg kan ta med meg videre i arbeidslivet.

### *Problemstilling med avgrensning*

#### **«Hvordan ivareta foreldrene til barn på nyfødtintensiv?»**

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på hvordan sjukepleierne kan ivareta foreldrene til barn på nyfødtintensiv. Jeg ønsker å foreta meg foreldre til barn som er født for tidlig, som vil si før svangerskapsuke 37, og ligger på nyfødtintensiv avdeling i Norge. Jeg kommer ikke til å fokusere på tiden etter sjukehusoppholdet, ta med kulturelle eller religiøse perspektiv, og heller ikke ta med de ulike behandlingene som er på nyfødtintensiv. I oppgaven vil fokuset være på foreldrenes behov, tillit, og deltakelse i pleien.

## 1.1 Samfunns perspektiv

Rundt 7000-8000 barn blir innlagt på nyfødtintensiv hvert år (Tandberg & Steinnes, 2009, s.11). I lag med barna kommer foreldrene, som trenger støtte for å mestre den tøffe situasjonen. Erfaringer foreldrene får på sjukehuset, vil de ta med seg når de utskrives. Det er også viktig da mange foreldre opplever psykiske problemer i forbindelse med innleggelsen til barnet (Tandberg, 2009, s.224).

## 1.2 Sjukepleiefaglig perspektiv

Dette er et viktig tema om en jobber på nyfødtintensiv, siden man hele tiden er i direkte kontakt med foreldrene til barna. Gjennom yrkesetiske retningslinjer (Norsk sjukepleierforbund, 2016) ser man at sjukepleiere skal vise omtanke og respekt for pårørende. I helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §4) står det at helsepersonell skal jobbe forsvarlig og omsorgsfullt. Disse to viser til at sjukepleiere skal ta seg av både pasienter og pårørende, på en omsorgsfull måte. Gjennom denne oppgaven kan man få kunnskapen man trenger for å ta seg av foreldrene til barn på nyfødtintensiv.

## 1.3 Ordforklaring

**Nyfødtintensiv avdeling:** Er en avdeling for barn som er født for tidlig, barn som er født til termin men har medfødte lidelser, og barn som har akutt sjukdom på grunn av svangerskap eller fødsel (Tandberg & Steinnes, 2009, s.11).

**For tidlig født barn:** Det vil si at de er født før svangerskapsuke 37. (Grønseth & Markestad, 2017, s.221).

**Ivareta:** Ta vare på/ta hånd om (Språkrådet, udatert)

## 1.4 Fremgangsmåte i oppgaven

I begynnelsen av oppgaven vil jeg presentere temaet mitt, der det vil stå hva problemstillingen min er, avgrensingene som er valgt, og sjukepleie- og samfunnsperspektiv innenfor oppgaven. Videre i oppgaven vil jeg gå inn på metode, hvor jeg beskriver hvordan forskningen og annen teori er funnet, for å løse problemstillingen. I metode delen vil det bli gått igjennom kildekritikk, der jeg går inn på hvorfor akkurat den teorien og forskningen er blitt tatt med. Deretter vil funnene i forskningen og teorien bli presentert, i to ulike kapitler. Teori og forskning vil bli drøfta opp mot egne erfaringer og til slutt vil oppgaven munne ut i en konklusjon, der jeg svarer på problemstillingen min ut ifra drøftingen. I oppgaven er det også med sammendrag, innholdsliste og referanseliste.

## 2.0 Metode

I denne oppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode. Litteraturstudie går igjennom skriftlige kilder systematisk. Det å systematisere vil si å samle inn data, gå kritisk igjennom dataen og så sammenfatte alt til slutt. Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren forståelse og oppdatert kunnskap om tematikken problemstillingen spør om, og forklare hvordan man er kommet fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 79-80).

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke har kvalitativ eller kvantitativ design. I kvalitativ design blir det brukt ved analyse ikke-statistiske metoder, og er for å undersøke subjektive menneskelige opplevelser, erfaringer, oppfatninger, og holdninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2014, s.72). I kvantitativ design blir det brukt målbare enheter når man samler data. Det gjør at man kan finne gjennomsnitt eller prosentdelen av en undersøkelse (Dalland, 2013, s.112).

### 2.1 Søkeprosessen

For å finne databaser gikk jeg inn på «finn databaser, nettressurser og ordbøker», inne på «biblioteket» på skolen sin hjemmeside.

Jeg startet med å velge norske søkeord som jeg mente var aktuelle for å finne forskning, og deretter bruke de norske søkeordene for å finne engelske søkeord igjennom «SweMeed+». Der fikk jeg søkeordene «infant», “premature infants”, “neonatal prematurity”, “parents”, “neonatal intensive units”, “neonatal intensive care unit”, “neonatal”, “sick”, “stress” og “nursing intervention”. Når jeg skulle søke etter forskningsartikler brukte jeg «academic search elite», og koblet den opp mot «chinal full text». Jeg skrev inn søkeordene og trykte så på «search and», for å kombinere flere søkeord. Ved de første forsøkene hadde jeg avgrensningen «2007-dd», «research», «engelsk» og «infants», men tok etter hvert vekk avgrensningen «infants» for et bredere søkeresultat. Jeg fant tilsammen sju artikler, men kun to var aktuelle for min problemstilling.

Jeg brukte så «Medline via Ebsco» for å se om jeg fant flere artikler. Der brukte jeg søkeordene «neonatal», «parents» og «stress». Avgrensningen jeg brukte her var «2008-dd», «engelsk» og «review». Jeg kombinerte søkeordene ved å trykke på «search and». Her fant jeg tre artikler, men kun en var aktuell for min problemstilling. Se vedlegg for mer detaljert søkeprosess (Vedlegg 1).

Jeg brukte også en forskningsartikkel som jeg fant før jeg begynte på oppgaven. Den fant jeg inne på «www.sykepleien.no». Jeg skrev inn «prematuro» i søkefeltet, og så haket av for kun forskning.

For å finne bøker brukte jeg «oria» inne på skolen sin hjemmeside. Jeg skrev inn ordet «nyfødt» og fant boka «Nyfødtsjuepleie 1». Når jeg lette etter boka på biblioteket på skolen, fant jeg andre relevante bøker. I tillegg har jeg brukt fire bøker fra pensum.

## 2.2 Valg av litteratur

I denne oppgaven har jeg valgt fire forskningsartikler, som jeg fant relevante for min problemstilling. Forskningsartiklene handler om hvordan foreldrene opplever det å få barnet sitt innlagt på nyfødtintensiv. Alle forskningsartiklene har resultat, som kan overføres til praksis.

De fleste bøkene jeg har med i oppgaven handler om barn på nyfødtintensiv, men de har med foreldrene sin opplevelse. I tillegg har jeg brukt noen bøker vi hadde på pensum, for å få kunnskap om hvordan skrive metoddelen i oppgaven og hva man skal se etter i en forskningsartikkel.

Jeg har med retningslinjer, lover og forskrifter siden jeg mener det er relevant å ha med hva foreldrene har rett på, hva barnet har rett på og hva sjukepleierne er pliktig til å gjøre. Dette er for å få inn et synspunkt på hva sjukepleieren må gjøre, og ikke bare hva de bør gjøre.

## 2.3 Kildekritikk

Sammendragene var det første jeg leste når jeg fant forskningsartiklene for å få et kjapt overblikk hva studien handlet om. Om studien så relevant ut, ut ifra sammendraget, gikk jeg videre for å sjekke om forskningsartikkelen var relevant for min problemstilling. For å vurdere det har jeg brukt IMRAD-prinsippet. Det går ut på å se om studien har introduksjon som forteller hva forfatteren ønsker med studien, om den har en metodedel som forteller noe om hvordan studien er utført og analysert, om den har en resultatdel som sier noe om hva de fant igjennom studien og til slutt om det var en diskusjonsdel som sier noe om hva forfatteren mener resultatene kan bety. Videre så jeg i resultatene og diskusjonen om dette var noe jeg kunne ta videre i praksis, og om den ikke kunne brukes i praksis la jeg den til side (Nortvedt et al., 2012, s.69, 71).

Svakheter med tre av forskningsartiklene og to av bøkene som er brukt, er at de er fra andre land og kan dermed ha funn og teori som ikke stemmer overens med hvordan de er i Norge.

Jeg ekskluderte forskningsartikler som ikke handlet om foreldrene sin opplevelse på at barnet var innlagt på nyfødtintensiv, eller om de kun fokuserte på en av foreldrene. Dette var fordi jeg i min oppgave ønsker å fokusere på begge foreldrene.

For å få oppdatert kunnskap, har jeg valgt å bruke forskningsartikler fra de siste fem årene. Derimot har jeg også tatt med en artikkel som er fra 2007, siden jeg anser det som like relevant i dag som i 2007. De fleste av bøkene jeg har brukt er fra de siste fem årene, for mest mulig oppdatert kunnskap. To av bøkene er derimot fra de siste ti årene, men det er ikke kommet noen flere utgaver og jeg tenker derfor at de blir aktuelle for problemstillingen min.

## 3.0 Teoridel

I teoridelen vil jeg presentere teori om ulike krisereaksjoner der jeg mest går inn på de i akuttfasen og bare nevner de andre fasene. Jeg vil også gå inn på hvilke behov foreldrene har, hva sjukepleiere bør gjøre i møte med foreldrene, hvordan og hvilken informasjon som skal gis, og foreldrene sin mulighet til å være med i pleien.

Pierre Budin blir sett på som grunnleggeren innenfor nyfødt medisin, og var den første som tok i bruk kuvøser. Han var opptatt av at mor og barn måtte knyttes til hverandre, og lot derfor mødrene være med i stell av barnet (Saugstad, 2009, s. 20-21).

### 3.1 Krisereaksjoner

Foreldrene til barn på nyfødtintensiv kan komme i en krise og sjukepleierne må hjelpe familien til å mestre denne nye livssituasjonen (Tandberg, 2009, s.224). Krise er en naturlig reaksjon, og er noe alle vil oppleve i livet. Krise kan utløses av ulike årsaker som for eksempel sykdom, skade, ulykke, dødsfall, skilsmisse eller tap av jobb (Renolen, 2015, s.183). Årsaken til at krise blir utløst kommer an på den enkelte personen, og det trenger ikke å ha en sammenheng mellom barnets tilstand og foreldrene sin reaksjon (Tandberg, 2009, s.225). Cullberg hadde fire faser folk opplevde når de kom i krise. De to første fasene, er de man kaller akuttfasene. Den første er sjokkfasen, som er den korteste. Den kan vare opptil et døgn. I denne fasen vil personen oppleve uvirkelighetsfølelse, og vil ofte ha problemer med å huske. Informasjon som blir gitt i denne fasen, vil derfor ha lett for å bli glemt. Personen vil kunne oppleve ulike reaksjoner, og personen som hjelper vil få en «moderlig» rolle. Den andre fasen er reaksjonsfasen. I denne fasen vil personen prøve å finne mening med kaoset og vil ha et behov for å snakke om følelsene sine. Den som hjelper vil derfor få en lyttende rolle. En person i krise vil ofte få skyldfølelse og bearbeide seg sjøl (Renolen, 2015, s.185-186, 192). Mange av foreldrene får erfaringer som vil endre livet deres (Tandberg, 2009, s.224).

Sjukepleierne kan ha vansker med å oppdage krise hos foreldrene, siden de kan tenke på det som normal oppførsel, og blir derfor heller sett på som «vanskelige» foreldre. Foreldrene kan virke pågående med mye spørsmål, der de «sjekker» opp svarene de får, for å få en kontroll over situasjonen. Dette kan oppleves som mistillit hos sjukepleierne. Derfor er det viktig at sjukepleierne har kunnskap om krisereaksjoner, og hvordan møte dem. Det er viktig å være konkret, tydelig og så praktisk som mulig, og det er viktig at sjukepleierne tåler pågående foreldre. Det kan være lettere for foreldrene å forholde seg til få personer, og derfor bør antall personell på barnet være begrenset (Tandberg, 2009, s.226-227).



## 3.2 Samtale og informasjon

Foreldrene har rett til å være deltakende i beslutningene om barnet, og trenger derfor informasjon for å kunne ta beslutninger (Örtenstrand, 2015, s.465). Informasjonen skal inneholde barnet sin helsestatus, sykdom, symptomer, komplikasjoner og hvilken behandling barnet får eller skal få. Informasjon må alltid være ærlig, og det er viktig å ikke utelate noe. Om det er mistanke om sykdom hos barnet, skal foreldrene ha informasjon, selv om man ikke vet alle svarene (Peitersen, Pedersen & Pryds, 2014, s.378). Det at foreldrene får mulighet til å snakke om opplevelsen sin kan være selve støtten, og vil kunne hjelpe dem med å bearbeide situasjonen. Sjukepleierne må være aktiv lyttende, uten å gi råd. For at fokuset kun skal være på foreldrene, kan det være lurt å ta dem med på et annet rom (Tandberg, 2009, s.227-228). Informasjon kan hjelpe foreldrene til å føle at de får en kontroll over situasjonen. Foreldrene burde få en samtale med sjukepleierne minst en gang i uken. Å lytte til foreldrene, møte de med respekt og godta de følelsene de har, vil være med å bygge tillitt (Tandberg, 2009, s.230-232). Noen foreldre er redde for å mase på personalet, og det er derfor viktig at personalet tar initiativ til å spør om det er noe foreldrene lurer på (Saugstad, 2009, s.155).

## 3.3 Foreldrerollen

Det å ta foreldrene med i omsorgen til barnet, har vist at det kan redusere stress, depresjon og angst. Det å føle seg som en forelder vil ha innvirkning på samspillet mellom foreldrene og barnet. For at foreldrene skal bli mest mulig trygge i omsorgsutøvelsen må de få veiledning, informasjon og få være delaktige i pleien (Tandberg, 2009, s.233). De vil ofte kjenne igjen signaler fra barnet om hvordan barnet har det, og vil kunne ha viktig informasjon om forandringer i barnet sin tilstand (Örtenstrand, 2015, s.464-465). Personalet bør si høyt til foreldrene at det er deres barn, og at det er de som er foreldrene, da noen foreldre føler seg skjøvet til siden og at barnet bare er på lån til dem. Da sjukehuset skal hjelpe foreldrene til å bli klar til å ta seg av barnet når dem blir utskrevet, og foreldrene må derfor gradvis ta over omsorgen for barnet på avdelingen (Saugstad, 2009, s.149, 156).

Mødrene og fedrene kan ofte ha ulike behov. Mødrene opplevde ofte sorg og depresjon. Mødrene hadde mer behov for å bli bekreftet som en mor, og trenge en større grad av kontroll. Fedrenes opplevelse av farskap er også knyttet opp mot kontroll, og de opplevde ofte stress over å ikke kunne beskytte barnet. Fedrene bekymret seg for både moren og barnet. Mødrene har lett for å søke støtte i vanskelige situasjoner, mens fedrene ofte trakk seg unna. Det er derfor behov å gi ulik støtte og informasjon til foreldrene. Fedrene har lett for å føle seg unormal, og det kan derfor være lurt å tilby informasjon og støtten innenfor et «pakketilbud» (Tandberg, 2009, s.234).

Mye av fokuset inne på nyfødtintensiv er ofte på moren. Fedrene har ofte vansker med å bare sitte å se på barnet, og føler seg mer nyttig når de har noe å gjøre. Det kan være å støtte moren, eller å

gjøre praktiske oppgaver som å skifte bleie. Det er ofte mødrene sitt samspill med barnet som blir prioritert, men man bør oppmuntre far til tidligst mulig å være deltakende i omsorgen. En kan la foreldrene få være med å støtte og holde barnet, når det blir utført ulike prosedyrer. Det er viktig å godta at noen foreldre trekker seg vekk, da dette er en beskyttelsesmekanisme (Tandberg, 2009, s.234-236).

### 3.4 Lover og forskrifter

Alt helsepersonell skal jobbe forsvarlig og omsorgsfullt, ut ifra deres kunnskap. Helsepersonell skal også hindre at andre personer skal få tak i opplysninger om sjukdomsforhold eller andre personlige forhold om personer, som helsepersonell får vite igjennom jobben (Helsepersonelloven, 1999, §4, §21). Barn som en innlagt har rett til å ha med seg minst en foreldre, men om barnet har en livstruende sykdom skal begge foreldrene få være til stedet under innleggelsen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2; Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6). Personalet skal avklare med foreldrene hva de kan og ønsker å gjøre. Når barn er innlagt har de rett på besøk utenom faste besøktider, så lenge ikke en medisinsk årsak tilsier noe annet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6). Foreldre til barn under 16 år, har rett på medvirkning av helsehjelpen og informasjon om barnets tilstand, om ikke noe tilsier annet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-4). Sjukepleiere skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sjukepleieforbund, 2016).

### 3.5 Nasjonale retningslinjer

I de nasjonale retningslinjene som handler om kompetanse og kvalitet på en nyfødttintensiv avdeling, står det at foreldrene bør få regelmessige samtaler med personalet, der informasjon som gis skal være godt forberedt og helst bli utlevert på et annet rom. Samtalene skal handle om barnet sin helsetilstand, behandlingen, og annen informasjon foreldrene trenger (Helsedirektoratet, 2017, s. 38-39).

## 4.0 Funn

### 4.1 Forskningsartikkel 1

Forskningsartikkelen til Moe, Skisland & Søderhamn (2017), «Encountering parents of a sick newborn child», har kvalitativ design, med fenomenologisk tilnærming. Hensikten med studien var å beskrive sjukepleiernes erfaringer med hva som er viktig når man møter foreldrene til barn på nyfødtintensiv, og skal ha en samtale med dem. Det var fem informanter imellom 30-50 årene, som alle var utdannet sjukepleier. Fire av dem var utdannet barnesjukepleier. Intervjuene varte i ca. 47 minutter, og ble tatt opp på lydopptaker. Det var to åpne hovedspørsmål, men de stilte oppfølgingsspørsmål for å få et mer informasjonsrikt svar (Moe, Skisland, & Søderhamn, 2017).

I denne studien fant de ut at det å skape relasjon ved hjelp av å bruke empati hjalp foreldrene til å åpne seg. Det var viktig å legge vekk holdninger som «sjukepleieren vet best», og vise forståelse over situasjonen dem er i. Sjukepleierne må ha kunnskap om krisereaksjoner og at foreldrene kan ha ulike reaksjoner, og ha kunnskap om at det som kan være enkelt for sjukepleierne kan gi krisereaksjoner hos foreldrene. De må dermed ikke se på foreldrene som vanskelige, men heller tenke at de opplever krise. Sjukepleierne opplevde at det var vanskelig for foreldrene å være borte fra barnet (Moe et al., 2017).

Videre fant de ut at det var viktig å se de enkelte foreldrene, og møte de i den prosessen de er i, og vite at behovene deres forandrer seg hele tiden. Sjukepleierne må lytte og fange opp hva behovene deres er. Det kunne være en utfordring for sjukepleierne å fokusere på foreldrene, siden sjukepleierne hadde andre oppgaver de måtte gjøre. For å holde fokuset på foreldrene kan det være lurt å ta dem med inn på et annet rom med gode stoler, for å prate om situasjonen. Sjukepleierne må åpne for gjensidig informasjonsutveksling, og gi informasjon fra første møte og til barnet forlater avdelingen. Informasjonen bør være tilpasset etter foreldrene sitt behov og gi forståelse for barnet sin situasjon. (Moe et al., 2017).

Et annet funn var at foreldrene bør få fortelle sin opplevelse av situasjonen, noe som kan hjelpe dem med å sette ord på hva de føler, siden nyfødtintensiv kan virke som en ny og skremmende verden. De fant ut at det var viktig å inkludere foreldrene i omsorgen av barnet, som vil hjelpe dem med å knytte seg til barnet. Dette må skje på foreldrene sine premisser. Om behovene til foreldrene ikke ble sett, kunne det føre til usikkerhet og stress (Moe et al., 2017).

### 4.2 Forskningsartikkel 2

Forskningsartikkelen til Sarapat, Fongkaew, Jintrawt, Mesukko og Ray (2017), "Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants", har kvalitativ beskrivende

design. Hensikten med studien var å kartlegge forelderens oppfatninger og omsorgspraksis, angående involvering i omsorg av barnet deres på nyfødtintensiv og de sosiokulturelle påvirkningene. I studien var det 22 foreldre, to besteforeldre og tre sjukepleiere. Data ble samlet inn imellom September 2014 og Oktober 2015 gjennom dybdeintervjuer, deltakelse observasjoner, feltnotater og klinisk dokumentasjon. Informantene ble intervjuet en til fire ganger, der hvert intervju varte imellom 20-90 minutter (Sarapat et al., 2017).

I studien fant de ut at de fleste foreldrene følte seg usikker på tilstanden til barna på grunn av barnas lille kropp og at de hadde komplikasjoner. Foreldrene manglet selvtillit for å gi omsorg til barna, siden de var bekymret for å skade barnet, fordi de var små og kunne virke skjøre. Noen våget kun å ta på barna når de fikk veiledning av sjukepleierne, og gjorde kun ting som sjukepleierne ba dem om, som det å pumpe melk og skifte bleie. Foreldrene sitt svar på hvorfor de passivt fulgte sjukepleierens råd, var at de var redde for at det å ta initiativ kunne sette barnet i fare, og forverre tilstanden. Noen av foreldrene som ble separert fra barna blei engstelige siden de ikke visste hvordan statusen på barna var (Sarapat et al., 2017).

Nyfødtintensiv avdelingen i studien hadde retningslinjer for å ta foreldrene med i omsorgen for barnet. Noen av foreldrene fikk derimot ikke råd om grunnleggende omsorgstiltak, spesielt når det gjaldt det mest grunnleggende. Dette kom ann på sjukepleierens perspektiv (Sarapat et al., 2017).

### 4.3 Forskningsartikkel 3

Forskningsartikkelen til Maghaireh, D. F. A., Abdullah, K. L., Chan, C. M., Piaw, C. Y., og Kawafha, M. M. A. (2016), «Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the neonatal intensive care unit», er en systematisk oversikt over kvalitative forskningsartikler. Hensikten med studien var å kartlegge foreldreopplevelsen på en nyfødtintensiv avdeling. I studien brukte de seks databaser for å søke etter forskningsartikler, fra perioden 2004-2014. Kriteriene for å bruke forskningsartiklene var at de var kvalitative, at en kunne åpne hele artikkelen, at det handlet om foreldrene sin opplevelse, og at de var publisert i England. 3 forskere valgte relevante artikler og vurderte kvaliteten på artiklene, ved å bruke «Critical Appraisal Skills Programme (CASP)». 80 forskningsartikler ble identifisert, og ni forskningsartikler ble tilslutt valgt ut til studien (Maghaireh, et al., 2016)

I studien fant de ut at foreldrene opplevde det stressende å ha barnet sitt innlagt på nyfødtintensiv, da de hadde ventet i ni måneder på barnet. Faktorer som økte stressnivået inkluderte foreldrenes følelse av skam, skyld og sosialt stigma, endringer i rutinemessig liv, endringer i foreldrerollen, barnets helsetilstand, utilstrekkelig informasjon og dårlig kommunikasjon med personellet. Foreldrene følte et tap av kontroll over situasjon, og tap av kontakt med barnet. De opplevde

innleggelsen som en krisesituasjon. For mange var det stressende, siden det var en uvirkelig situasjon (Maghaireh et al, 2016).

Det å fokusere på familieomsorg, ved å la foreldrene få hjelpe til med omsorgen for barnet, kunne hjelpe foreldrene å knytte seg til barnet. I studien fant de ut at sjukepleierne har en viktig rolle i å hjelpe og støtte foreldrene igjennom den stressfulle perioden (Maghaireh et al, 2016).

#### 4.4 Forskningsartikkel 4

Forskningsartikkelen til Turan, Basbakkal & Özbek (2007), "Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care units", har kvantitativ design. Hensikten var å kartlegge effekten av stress reduserende sjukepleie intervensjon, hos foreldre med barn på nyfødteintensiv avdeling. I både forsøksgruppen og kontrollgruppen var det foreldre til 20 for tidlig fødte barn. Barna var født imellom svangerskapsuke 24-37. Foreldrene i forsøksgruppen fikk 30 minutter med undervisning om deres barn og om avdelingen, innen ei uke etter barnet var født. De ble etter hvert introdusert til avdelingen og personellet. Det ble gitt informasjon som de ønsket og spørsmålene deres ble svart. Kontrollgruppen fikk ikke noe mer enn rutinemessige prosedyrer. Stressnivået var målt etter at barnet var 10 dager. Dataen ble samlet inn igjennom «trait anxiety inventory» og «parental stressor scale: NICU» (Turan et al., 2007).

De kunne se at fedrene hadde høyere stress score, enn mødre. De konkluderte i studien med at det kunne komme av at fedrene følte de hadde mer ansvar på grunn av morens helse. De fant ut at det var viktig at sjukepleierne fokuserte på familiesentret sjukepleie. Informasjon burde handle om avdelingen og hvordan barnet vil bli tatt vare på. Det var viktig å gi støtte til foreldrene, gjerne følelsesmessig støtte som vil øke tilliten. Støtten kan også gis igjennom informasjon om tilstanden, behandlinger og prosedyrer, oppmuntre dem til å besøke og berøre barnet og ved å være med foreldre når de har sitt første besøk til barnet. Sjukepleierne burde unngå å bruke medisinske uttrykk (Turan et al., 2007).

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Forelderens behov

Ifølge studien til Maghaireh et al. (2016) kan foreldrene oppleve det som stressende å få et barn innlagt på nyfødtintensiv avdeling, når de har ventet på barnet i ni måneder. Stressnivået kunne bli påvirket av følelsen av skyld, endringer i dagliglivet og foreldrerollen, barnet sin helsetilstand, utilstrekkelig informasjon og dårlig kommunikasjon med personellet. Noen opplevde det å få barnet innlagt som tap av kontroll og en krise (Maghaireh et al, 2016). Både teori og forskningen forteller at sjukepleierne må ha kunnskap om ulike krisereaksjoner, siden det er ulikt fra person til person (Tandberg, 2009, s.226; Moe et al.,2017). Krise er en naturlig reaksjon som de fleste vil oppleve i livet, og kan utløses av ulike årsaker, for eksempel sjukdom. I den første fasen i krise vil sjukepleieren få en mer «moderlig» rolle, mens i den andre fasen vil sjukepleieren få en «lyttende» rolle. Dette er fordi personen i krise vil i de to første fasene ofte føle tap av kontroll, slite med hukommelsen og prøver å finne en mening med situasjonen (Renolen, 2015, s.183). Det trenger ikke være noe sammenheng mellom barnets helsetilstand og foreldrenes reaksjon. Av den grunn vil den utløsende faktoren til en krise, være varierende for hver enkel person (Tandberg, 2009, s.225). Gjennom praksis og skole lærer man at sjukepleierne skal jobbe omsorgsfullt og forsvarlig etter sin kunnskap, noe som man også finner i helsepersonelloven (1999, §4). Derfor vil det være en nødvendighet at sjukepleieren må ha kunnskap om krise, for å jobbe forsvarlig og omsorgsfullt på en nyfødtintensiv avdeling. Etter samtale med noen av foreldre fikk jeg vite at de ikke opplevde skyldfølelse, siden personellet hadde vært så tydelige på at dette ville skjedd uansett hva foreldrene hadde gjort annerledes. Det kan derfor tenkes at holdningen og informasjonen som sjukepleierne gir sammen med lege kan hjelpe foreldrene med å føle seg bedre. En viktig sjukepleie oppgave kan derfor være å hindre at foreldrene sitter igjen med skyldfølelse.

Forskning og teori forteller at sjukepleierne kan se på foreldrene som «vanskelige» istedenfor å tenke over at de er i en krise, da de heller tror at det er normal oppførsel (Moe et al., 2017; Tandberg, 2009, s.226). Det å møte foreldrene i den prosessen de er i, unngå holdninger som «sjukepleiere vet best» og vise forståelse blir derfor viktig. Sjukepleierne bør tenke over at det som kan virke lett for dem kan utløse krise hos foreldrene og ikke ha en holdning som sier «jeg vet best». Det er viktig å vite at behovene til foreldrene forandrer seg hele tiden, og sjukepleierne bør derfor lytte til foreldrene. Om behovene ikke blir sett kan det føre til stress og usikkerhet (Moe et al., 2017). I både forskning, teori og nasjonale retningslinjer ser man at å holde fokuset på foreldrene kan til tider være utfordrende, siden sjukepleierne har mange andre oppgaver å fokusere på. Det kan derfor være lurt å ta foreldrene med inn på et annet rom, gjerne med noen gode stoler, der foreldrene

kunne få fortelle om sin situasjon (Helsedirektoratet, 2017; Moe et al., 2017; Tandberg, 2009, s.228). Gjennom praksis har jeg opplevd det hektiske livet til sjukepleierne, og at ofte blir viktige sjukepleieroppgaver prioritert vekk. Det er lett å glemme hvor viktig foreldrene er, siden hovedansvaret deres er på barnet. Noen av foreldrene jeg møtte gjennom praksis, ga uttrykk for at det var greit å få informasjon ved barnets kuvøse. Enkelte ganger var det allikevel ubehagelig for dem, da de andre foreldre som var tilstede på rommet fikk tilbud om hørselsvern istedenfor å måtte forlate rommet. Her bør det tenkes at de andre på rommet bør gå ut, når det skal bli gitt informasjon om et annet barn. Derimot kan det også bli sett feil på å be foreldre forlate barnet sitt, når man heller kan ta foreldrene med på et annet rom. Helsepersonell har også taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §21), noe som burde tenkes på her.

Gjennom teori og forskning ser man at far og mor kan ha ulike behov. Da mødre ofte trenger å føle mer kontroll enn fedrene, selv om fedrenes opplevelse av å være far kan være knytt opp mot kontroll. Mødre kan oppleve depresjon og trenger å bli bekreftet som mor, mens hos fedrene kan stressnivået øke om de opplever å ikke kunne beskytte mor og barn. Stressnivået hos fedrene kan også øke av at fedre føler et større ansvar på grunn av moren sin helse (Tandberg, 2009, s.234; Turan et al., 2007). Mor og far vil også ofte ha forskjellige behov når det gjelder nærkontakt, da mødre ofte søker støtte mens fedrene trekker seg unna. Sjukepleierne må derfor vurdere individuelt hvilken støtte og informasjon foreldrene trenger. Teori forteller at mye av hovedfokus på nyfødteintensiv er moren (Tandberg, 2009, s.234-235). Dette fokuset har vært i flere år, og stammer helt tilbake til 1880-tallet, da Pierre Budin begynte med de første kuvøsene. Han mente det var viktig at barn og mor måtte knytte bånd, og lot moren være med i stell av barnet (Saugstad, 2009, s.20-21). Gjennom erfaringer ser man at det stemmer at moren er i hovedfokus, men at fedrene ofte syntes det er greit. Jeg tenker at det er viktig at sjukepleierne uansett ikke glemmer å fokusere på fedrene og, siden de har like mye behov for å knytte seg til barnet.

Foreldrene kan oppleve at det var tøft å være borte fra barnet sitt, på grunn av barnet sin helsetilstand (Moe et al., 2017; Sarapat et al., 2017). Gjennom pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §6; 1999, §6-3) ser man at barn har rett på å ha foreldrene sine til stede om de er alvorlige sjuke, og har rett på å få besøk utenom de faste besøkstidene. Jeg har erfart at foreldrene og familie fikk være så mye de ville inne til barnet, så lenge det ikke var noe spesielt. Noen av foreldrene ga derimot uttrykk for at de følte det var greit å trekke seg vekk fra barnet for å dra på rommet eller for å spise. Dette var fordi de følte at barnet var i trygge hender, og at de hadde behov for å få litt tid for seg selv. Dette kan tenkes kan ha noe med hvordan sjukepleierne har møtt foreldrene og gitt de en trygghet.

## 5.2 Skape tillit gjennom informasjon

Maghaireh et al. (2016) poengterte i studien at å få barnet sitt innlagt på nyfødttintensiv kan føles uvirkelig, og kan dermed virke stressende på foreldrene. Sjukepleierne har en viktig rolle i å hjelpe og støtte foreldrene igjennom den stressende perioden, og de bør tenke på at stressnivået kan bli økt av dårlig kommunikasjon med personell og lite informasjon (Maghaireh et al., 2016). Å skape relasjon ved hjelp av å vise empati, kan bidra til at foreldrene åpner seg. Foreldrene bør få mulighet til å fortelle om sin opplevelse for å sette ord på sine følelser, siden det vil kunne være støtten i seg selv og hjelpe med bearbeidelsen (Moe et al., 2017, Tandberg, 2009, s.227-228). I studien til Turan et al. (2007) fant de ut at det er viktig å gi støtte til foreldrene, gjerne følelsesmessig støtte som kan bidra til å øke tilliten foreldrene har til sjukepleierne. Støtten kan også bli gitt igjennom informasjon, å oppmuntre dem til å besøke og berøre barnet. Når sjukepleierne gir informasjon bør de unngå å bruke medisinske uttrykk (Turan et al., 2007). Mine erfaringer er at mange sjukepleiere er flinke til å bruke ord som personer utenfor helsevesenet skal skjønne. Derimot er det mange ord som faller naturlig inn i språket til de i helsevesenet, som man ikke tenker over at andre ikke skjønner. Dette kan gjøre at man bruke medisinske uttrykk til foreldre uten å tenke over det. Jeg har derimot erfart at sjukepleier har omformulert ord som leger sier på en mer forståelig måte, og spurt spørsmål til legen som foreldrene ikke har kommet på å spørre om sjøl. Dette har skapt mye tillit mellom foreldrene og sjukepleierne, siden foreldrene følte de fikk støtte og forståelse av sjukepleiere. Når denne tilliten var skapt, kunne det virke som det var lettere for foreldrene å åpne seg for sjukepleierne.

I teori og forskning ser man at sjukepleierne bør åpne for gjensidig utveksling av informasjon, og gi informasjon fra første møte og til barnet forlater avdelingen. Informasjonen bør være tilpasset etter foreldrene sitt behov, og handle om barnet sin helsetilstand og behandling (Moe et al., 2017; Peitersen et al., 2014). Informasjonen bør også være ærlig, der det ikke blir utelatt noe informasjon. Dette gjelder også om det er mistanke om sykdom, og helsepersonellet ikke vet alle svarene (Peitersen et al., 2014, s.378). Ifølge Örtenstrand (2015, s.465) har foreldrene rett til å være deltakende i beslutningene om barnet, og trenger derfor informasjon for å kunne ta beslutninger. Dette blir bekreftet gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Mine erfaringer er at de fleste sjukepleierne var flinke til å informere foreldrene om maskinens funksjon, tallenes betydning og barnet sin helsetilstand. Til tross for dette, var ikke informasjonen gitt av enkelte sjukepleiere, alltid god nok. Det å for eksempel ikke vite hvorfor den ene maskinen pep, gjorde foreldrene engstelige da de ikke visste om noe galt skjedde. Foreldrene opplevde i større grad tillit dersom de var trygge på at sjukepleieren ga informasjon knyttet til barnets tilstand, uavhengig om det var dårlige eller gode nyheter.



I teori ser man at informasjon kan hjelpe foreldrene med å føle at de har kontroll over situasjonen. Foreldrene burde derfor ha samtale med sjukepleiere minst en gang i uken, der sjukepleierne kan lytte til foreldrene, møte dem med respekt og godta de følelsene de har. Dette vil være med å danne tillit til sjukepleierne (Tandberg, 2009, s. 230-232). Dette blir bekreftet gjennom yrkesetiske retningslinjer som sier at sjukepleiere skal vise respekt og omtanke for pårørende, samtidig sier de nasjonale retningslinjene at foreldrene bør få regelmessige samtaler med personalet, der informasjon skal være forberedt på forhånd, og handle om barnet sin helsetilstand, behandling og annen informasjon foreldrene trenger (Helsedirektoratet, 2017; Norsk sjukepleierforbund, 2016). Noen foreldre er redde for å mase på personalet. Derfor bør personalet ta initiativ til å spørre foreldrene om det er noe de lurer på (Saugstad, 2009, s.155). Gjennom egne erfaringer har jeg sett at informasjon hjelper foreldrene til å føle at de har kontroll over situasjon, siden de da sitter med mer kunnskap. Foreldrene jeg har møtt i praksis har gitt uttrykk for at sjukepleiere var flinke å ta seg av dem, og følte at de blei behandlet med respekt. Derimot har jeg også opplevd at det ikke alltid var faste samtaler med foreldrene, der de fikk snakke om hva de tenkte på.

I teorien til Tandberg (2009) kommer de frem at foreldrene noen ganger stiller de samme spørsmålene til forskjellige sjukepleiere, for å sjekke om de får samme svar. Dette kan oppleves som mistillit hos sjukepleierne. Sjukepleieren må tåle pågående foreldre, og være tydelige og konkrete i svaret de gir til foreldrene. Det bør også være få sjukepleiere på hvert barn, siden det kan være lettere for foreldrene å forholde seg til få personer (Tandberg, 2009, s. 226-227). Noen av foreldre i praksis har gitt uttrykk for at sjukepleieren føler de er for masete. Det å stille spørsmål var en måte for foreldrene å føle at de hadde kontroll over situasjonen. Jeg har også opplevd at noen foreldre fikk mange sjukepleiere å forholde seg til. Dette ga foreldrene uttrykk for gjorde situasjonen tøffere, siden de kunne få ulike svar og det ble vanskeligere å vite hva som var riktig, noe som skapte frykt.

### 5.3 Foreldrene sin deltakelse i pleien

I studien til Sarapat et al. (2017) fant de ut at en del av foreldrene var usikre og manglet selvtilit for å gi omsorg til barna, siden de var bekymret for å skade dem på grunn av komplikasjoner og deres lille kropp. Noen våget kun å ta på barna når de fikk veiledning og beskjed av sjukepleierne. I studien fikk foreldrene spørsmål om hvorfor de blindt fulgte sjukepleiernes råd. De svarte da at de var fordi de var redd for å forverre tilstanden til barnet (Sarapat et al., 2017). Min erfaring samsvarer med studien til Sarapat et al (2017), da jeg har opplevd at noen av foreldrene var redd for å ta i barnet sitt i frykt for å skade de. De følte da at det var betryggende at sjukepleierne tok seg av omsorgen, siden de da følte at barnet var trygg. Foreldrene ga uttrykk for at de var mest trygg da de gjorde som sjukepleierne ba om, og følget derfor rådene deres blindt. Jeg tenker dette er et viktig tema sjukepleierne må jobbe med, for å gjøre foreldrene trygge på å delta i omsorgen for barnet sitt.

Teori og forskning forteller at det å føle seg som en forelder og inkludere dem i omsorgen til barnet, vil hjelpe dem med å knytte seg til barnet. Dette må skje på foreldrene sine premisser, da noen trekker seg vekk for å beskytte seg selv (Maghariah et al., 2016; Moe et al., 2017; Tandberg, 2009, s.233, 236). Gjennom erfaring har jeg sett at det er veldig forskjellig hvordan foreldrene reagerte når de fikk et barn som havnet på nyfødttintensiv. Jeg har opplevd at noen foreldre ønsket å berøre barnet hele tiden, mens andre trakk seg mer unna. Videre har jeg erfart hvor viktig rolle sjukepleierne har i å prate med forelderen som trekker seg vekk, for å få de mer med i omsorgen til barna. Det er da viktig å ikke presse forelderen til å ta del i omsorgen, men la de få tid til å mestre opplevelsen.

Teorien forteller at en kan la foreldrene få være med å støtte og holde barnet, når de blir utført medisinske prosedyrer, da foreldrene etter hvert vil begynne å gjenkjenne signaler fra barnet om hvordan barnet har det (Tandberg, 2009, s.235; Örténstrand, 2015, s.463-464, 466). Fedre har ofte vansker med å bare sitte å se på barnet, og liker å føle seg nyttig ved å gjøre noe. Det kan være å støtte moren, eller gjøre praktiske oppgaver. Det er ofte moren som blir prioritert i å være med i omsorgen, men sjukepleieren bør oppmuntre faren tidlig til å delta i prosessen (Tandberg, 2009, s.235). I praksis ga foreldrene uttrykk for at det å være deltakende i omsorgen fikk de til å føle seg som en forelder. De fleste av sjukepleierne var flinke med å inkludere foreldrene i omsorgen, der de fikk hjelpe til under prosedyrer, og med å skifte bleie og bade barnet. Noen av foreldrene ga derimot uttrykk for at de kunne ha fått være mer med i omsorgen for barnet.

## 6.0 Konklusjon

Det at barnet blir innlagt på nyfødttintensiv avdeling er en belastning på foreldrene, da de vil oppleve stress, tap av kontroll og ofte havne i en krise. For å ivareta foreldrene er det viktig at sjukepleierne og annet helsepersonell hjelper foreldrene til å mestre denne opplevelsen. Sjukepleierne må ha kunnskap om krise og hvordan den vil kunne utløse ulike reaksjoner hos hver enkelt person, for å jobbe forsvarlig og vise omtanke og respekt. Det er også viktig å vite at foreldrene sine behov vil variere, og at mor og far ofte har forskjellige behov. Det bør derfor vurderes hvilke støtte mor og far trenger. Støtten sjukepleierne gir, kan bli gitt på ulike måter. Det kan variere fra følelsesmessig støtte, å la foreldrene snakke om sin opplevelse, å gi informasjon, veilede i deltakelse av pleie eller det å bare være til stede når de møter barnet sitt. For at foreldrene skal bli ivaretatt er det viktig at det er tillit mellom sjukepleiere og foreldrene, og sjukepleierne må derfor jobbe med å skaffe tillit. Dette vil de kunne gjøre ved å informere foreldrene, der informasjon er ærlig og blir gitt uansett om de ikke vet alle svarene. Det er også viktig at sjukepleiere ikke ser på foreldrene som vanskelige og at de tåler pågående foreldre, da det kan være krise reaksjoner hos foreldrene og en måte de prøver å skaffe seg kontroll på. Sjukepleierne må ta foreldrene med i deltakelse av pleien, da foreldrene ofte kan være redd for å ta på barnet for å skade de, og trenger veiledning og informasjon. Dette må derimot skje på foreldrene sine premisser.

Gjennom drøftinga ser man at for å ivareta foreldrene må man se foreldrene sine behov, gi de informasjon og ta foreldrene med i pleien av barnet. Det bør uansett bli fokusert mer på temaet da foreldrene ofte kan få lite fokus i en hektisk hverdag, og mange av foreldrene kan oppleve psykiske lidelser.

## Referanse

- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskrivning* (5utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barns%20opphold%20i>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. [Bergen]: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødtnetensivavdelinger (Veilder IS-2581/2017). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Sider/G-1187-Nasjonal-faglig-retningsl.aspx>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
- Maghaireh, D. F. A., Abdullah, K. L., Chan, C. m., Piaw, C. Y., & Kawafha, M. M. A. (2016). *Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the neonatal intensive care unit*. doi: 10.1111/jocn.13259
- Moe, K., Skisland, A. V.-S., & Söderhamn, U. (2017). *Encountering parents of a sick newborn child*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/05/hvordan-mote-foreldre-til-et-nyfodt-sykt-barn>
- Norsk sjukepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobbkunnskapsbasert- En arbeidsbok* (2.utg.). Oslo: Akribe.
- Nylander, G. (2017). *På vei: Unnfangelsen, svangerskap, Fødsel*. Oslo: Gyldendal Litteratur.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Peitersen, B., Pedersen, P. & Pryds, O. (2014). *Neontologi- Det raske og det syge nyfødte barn* (4.utg.). Danmark: Nyt nordisk forlag.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Sarapat, P., Fongkaew, W., Jintrawet, U., Mesukko, J., & Ray, L. (2017). *Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants*.  
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/78177>
- Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet blir født for tidlig*. Fagernes: Spartacus forlag.
- Språkrådet. (Udatert). *Bokmålsordboka | Nynorskordboka*. Hentet frå:  
<https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta>
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. | B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie1- Syke nyfødte og premature barn* (s. 224-243). Oslo: Cappelen Damm.
- Tandberg, B. S. & Steinnes, S. (Red.). (2009). *Nyfødtsykepleie 1- Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskrivning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Turan, T., Basbakkal, Z., & Özbek, S. (2007). *Effects of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x
- Örtenstrand, A. (2015). *Familjecentrerad neonatalvård* | H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas, & M. Norman (Red). *Neonatologi* (463-466). Lund: Studentlitteratur.

## Vedlegg 1

Søkedato	Database/ Begrensning	Søkeord	Antall treff	Det som blei gjort med treffa	Resultat
10.04.18	Academic search elite (inkl. Chinal)				
	<i>Begrensning:</i> 2007-dd, engelsk, infants, research	1. Infants	163253	Lagra antall treff	
		2. neonatal premature	311	Lagra antall treff	
		3. Parents	182226	Lagra antall treff	
		4. Neonatal intensive units	8	Lagra antall treff	
		5. Sick	56117	Lagra antall treff	
		6. Nursing intervention	2979	Lagra antall treff	
		7. Prematur infant	22266	Lagra antall treff	
		8. Neonatal intensive care units	13909	Lagra antall treff	
		1+3+4+5+6 -- 2+3+4+6	0 ----- 0		
	<i>Begrensning:</i> Tidsrom 2007-dd, engelsk, research	7+8+3+6 ---- 1+3+5+6+7+8	11 ----- 1	Tok ut 6 artikler. Leste sammendrag og resultat. ----- Tok ut 1 artikkel. Leste sammendrag og resultat.	1 brukt <hr/> 1 brukt

Søkedato	Database/ Begrensning	Søkeord	Antall treff	Det som blei gjort med treffa	Resultat
17.04.18	Medline (via EBSCO)				
	<i>Begrensning:</i> 2008-dd, engelsk og review	1. neonatal	10432	Lagra antall treff	
		2. parents	5057	Lagra antall treff	
		3. Stress	50858	Lagra antall treff	
		1+2+3	296	Tok ut 3 artikler. Leste sammendrag og resultat.	1 brukt