



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Tilknytning mellom mor og barn på
nyføddintensivavdeling

Av Rebecca Rennestraum Øen

Bachelor i sjukepleie SK152
Avdeling for helsefag
Rettleiar: Kari Eldal

Tal/ord: 7172
Innleveringsdato: 01.06.2017

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

Tittel

Tilknytning mellom mor og barn på nyføddintensivavdeling

Bakgrunn for val av tema

Kvart år leggest mellom 3000 og 6000 nyfødde inn ved ei nyføddintensivavdeling i Noreg (Barneombudet, 2013). For eit år sidan blei eg mor sjølv, noko som auka interessa mi for temaet, og spesielt rundt det å få eit prematurt eller sjukt barn som treng intensivbehandling. I tillegg til dette har eg lyst å jobbe med nyfødde barn.

Problemstilling

Korleis legge til rette for tilknytning mellom mor og barn på nyføddintensivavdeling?

Metode

I oppgåva er det nytta litteraturstudie som metode. Oppgåva er basert på fem forskingsartiklar, pensumlitteratur, anna faglitteratur samt egne erfaringar som sjukepleiarstudent og mor

Oppsummering

I denne oppgåva kjem det fram ei rekke tiltak som verkar positivt inn på tilknytingsprosessen mellom mor og barn. Oppgåva beskriv korleis sjukepleiar kan bidra til ei tidleg og trygg tilknytning mellom mor og barn på ei nyføddintensivavdeling. Ein kan blant anna nytte seg av hud-mot-hudkontakt, også kalla kengurumetoden, amming og familiebasert nyføddomsorg.

Nøkkelord

Tilknytning, nyføddintensivavdeling, mor og barn.

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Oppgåva si vidare oppbygging	2
2 Metode	4
2.1 Kva er ein metode?	4
2.2 Litteraturstudie	4
2.3 Søke- og utvalsprosessen	4
2.4 Kjeldekritikk	5
3 Teori	6
3.1 John Bowlby – tilknytningsteori	6
3.2 Amming	6
3.3 Hud-mot-hud/Kenguru metoden.....	7
3.4 Tilknytning og samspel mellom mor og barn	7
3.5 Familiebasert nyføddeomsorg	8
3.6 Kommunikasjon	8
3.7 Etikk.....	9
3.8 Lovverk	10
4 Resultat/Funn	11
5 Drøfting	14
5.1 Tilknytning mellom mor og barn.....	14
5.2 Nyføddeintensiv.....	16
5.3 Sjukepleiar si rolle.....	17
6 Konklusjon	20
Bibliografi	21
Vedlegg 1	24
Vedlegg 2	26

1 Innleiing

I 2017 blei det fødd 56 633 levandefødde barn i Noreg (Statistisk sentralbyrå, 2018). Pasientar som blir akutt alvorleg sjuke, eller har ein livstruande sjukdom, blir primært lagt inn på intensivavdeling. Sjuke nyfødde eller for tidleg fødde skrivast inn på eigne seksjonar eller postar for nyfødde, gjerne kalla nyføddintensivavdeling. Kvart år blir det lagt inn mellom 3000 og 6000 nyfødde ved ei slik avdeling i Noreg (Barneombudet, 2013). I Noreg ligg prematurt fødde barn, fullborne barn med medfødde lidingar og barn med akutt sjukdom oppstått i forbindelse med svangerskap og fødsel (Tandberg, 2009, s. 11). I Noreg er om lag 6,5% av fødslane premature, det vil seie at barnet er født før 37. svangerskapsveke (Grønseth & Markestad, 2017, s. 221). Kvart år blir det fødd omkring 4000 premature barn i Noreg. Det er dei premature barna som utgjør den største pasientgruppa på nyføddintensivavdelingane.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Når eit nyfødd barn leggst inn på ei nyføddavdeling, møter familien ei ukjent verd og forskjellige fagpersonar og høgteknologisk utstyr som kan verke skremmande. Tidlegare livserfaring og barnet sin situasjon har betydning for korleis innlegginga opplevast og tolkast av den enkelte familie (Tandberg, 2009, s. 224). Når eit barn blir fødd, er det ei god anledning for helsepersonell å støtte foreldra på eit tidspunkt der dei kan føle seg engstelege, aleine og sårbare (Nugent, Keefer, Minear, Johnson, & Blanchard, 2018, s. 29).

Eg har valt «tilknytning mellom mor og barn på nyføddintensivavdeling» som tema i min avsluttande eksamen på sjukepleie ved Høgskulen på Vestlandet. Etter at eg blei mor sjølv auka interessa mi for temaet, og spesielt rundt det å få eit prematurt eller sjukt barn som treng intensivbehandling. I tillegg til dette har eg lyst å jobbe med nyfødde barn. Som sjukepleiar kan ein ikkje alltid fjerne smerta eller «gjere alt som normalt» igjen, men vi kan bistå foreldra slik at dei kjem seg gjennom prosessane eller får bearbeida inntrykk og reaksjonar på vegen gjennom sjukehusopphaldet (Tandberg, 2009, ss. 227-228).

Sett frå eit sjukepleieperspektiv skal kvaliteten på omsorga til nyfødde vere samansett av kompetanse, positive haldningar og motivasjon (Tandberg, 2009, s. 13). Helsepersonellova (1999) seier at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast». Dei yrkesetiske retningslinjene bekrefta også denne plikta, blant anna gjennom punktet at sjukepleiar skal ivareta behovet for heilheitleg omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Gjennom denne bacheloroppgåva ynskjer eg å setje meg inn i korleis

sjukepleiarar kan legge til rette for tilknytning mellom mor og barn til tross for utfordringane dette kan by på. Dette har leda meg fram til fyljande problemstilling:

1.2 Problemstilling

Korleis legge til rette for tilknytning mellom mor og barn på nyføddintensivavdeling?

1.3 Avgrensing av problemstilling

På grunn av oppgåva sitt omfang har eg valt å avgrense problemstillinga mi til tilknytning mellom den biologiske mor og barnet. Far er ein viktig støttespelar for mor, og difor har eg valt å inkludere far på enkelte område i oppgåva. Eg har tatt utgangspunkt i nyfødde, uavhengig om barnet er fødd prematur (før veke 37) eller ikkje. Då eg vil ha mykje fokus på hud-mot-hud kontakt og amming som tiltak for å legge til rette for tilknytning mellom mor og barn vel eg å ekskludere barn som ligg i kuvøse eller som er avhengig av pustehjelp. Alle barn har behov for tilknytning, premature barn og sjuke nyfødde er særleg sårbare, og spesielt avhengig av at omsorgspersonane kan sjå og tyde barna sine signal (Barneombudet, 2013). Eit tidleg og godt samspel mellom barn og vaksne er grunnleggjande for at barna skal utvikle seg til trygge individ med god psykisk helse (Ravn, 2009, s. 244).

Nyføddintensivavdeling: Ei nyføddintensivavdeling ivareteke sjuke nyfødde barn og for tidleg fødde barn: premature barn (ST. Olavs Hospital, u.t.). Omtrent 1 av 10 nyfødde vil ha behov for observasjon eller behandling utover det barselavdelinga kan gje. Det er desse barna som blir innlagt på nyføddintensivavdeling for kortare eller lengre tid (Gade, Engevik, & Sjøen, 2012).

Tilknytning: Tilknytning er utvikling av sterke, følelsesmessige band mellom barn og omsorgsgjevar som finn stad i løpet av barnet sitt første leveår (Teigen, 2016). Nyfødde barn er sosiale vesen som treng sosial bekreftelse. Tilknytingsprosessen fører til eit psykologisk band mellom mor og barn (Helsedirektoratet, 2014). Manglande tilknytning kan føre til psykiske vanskelegheitar og barnet kan isolere seg følelsesmessig, halde andre på avstand og utvikle negative og fiendtlege haldningar til omgjevnadane (Eide & Eide, 2017, ss. 369-372).

1.4 Oppgåva si vidare oppbygging

Oppgåva er oppbygd etter Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for bacheloroppgåve.

Innleiingsvis presenterast innleiing med bakgrunn for val av tema sett i lys av sjukepleie og samfunnsperspektiv, problemstilling med avgrensing og begrepsavklaring. I kapittel to presenterast metode, søkjeprosessen og kjeldekritikk. Vidare blir oppgåva sin teori presentert. Her vil eg ha med

ulike teoriar som John Bowlby sin tilknytningsteori, kengurumetoden, amming, etikk og kommunikasjon. Deretter vil eg drøfte problemstillinga mi basert på forskning og teori. Eg har ikkje erfaring frå å jobbe med nyfødde, men der det høver vel eg å ta med erfaringar frå morsrolla og som sjukepleiarstudent. Avslutningsvis vil det vere ein konklusjon som synleggjer korleis eg har svart på problemstillinga mi.

2 Metode

2.1 Kva er ein metode?

Tranøy seier at «Å vere vitenskapleg er å vere metodisk». I følgje sosiologen Vilhelm Aubert er metode ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Metode er den systematiske framgangsmåten ein nyttar seg av for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Metoden hjelp oss til å samle inn data, det vil seie den informasjonen vi treng til undersøkinga vår (Dalland, 2017, s. 52).

Det finnst fleire ulike metodar for å samle inn data. Kvantitativ metode gjev data i form av målbare einheiter, då den går i breidda og hentar inn eit lite antall opplysningar om mange undersøkeseseinheitar. Den kvalitative metoden tek sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikkje lar seg talfeste eller måle, då den går i dybda og hentar inn mange opplysningar om få undersøkeseseinheitar (Dalland, 2017, ss. 52-53).

2.2 Litteraturstudie

Metoden som er brukt i mi bacheloroppgåve er litteraturstudie. Ein litteraturstudie er ein studie som systematisera kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere inneber å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samanfatta det heile (Thidemann, 2015, s. 79). Ved hjelp av denne metoden vil eg få oversikt over faglitteratur og forskning som er relevant i høve mi problemstilling.

2.3 Søke- og utvalsprosessen

Søke- og utvalsprosessen starta med undervising om litteratursøk ved Høgskulen på Vestlandet. For å kunne svare best mogleg på problemstillinga har eg valt å nytte meg at Høgskulen på Vestlandet sine databasar. Der har eg gått strukturert gjennom forskning og litteratur som eg meina er relevant. Databasane eg har brukt er SveMed+, Chinal, PubMed og helsebiblioteket. Søka mine blei avgrensa til artiklar publisert dei siste ti åra som er fagfelleverderte. Eg har nytta ulike kombinasjonar av søkeorda: «nyfødt», «hud-mot-hud», «attachment», «mother-infant», «premature», «mother-infant bonding», «tilknyting», «intensive care», «breastfeeding» og «mother-child». (Sjå vedlegg 1).

For å finne relevant litteratur til bacheloroppgåva mi har eg brukt biblioteket på Høgskulen på Vestlandet som hjelp. Der søkte eg i Oria og brukte søkeord som «nyfødt», «amming», «mor og barn», «metode», «kengurumetode», «bacheloroppgåve for sjukepleiestudentar» og «nyfødttintensiv». Ved hjelp av desse søka fann eg tidlegare pensumbøker og anna faglitteratur som

er relevant for å løyse oppgåva mi. Eg har og brukt Lovdata og Barneombodet for å finne relevant litteratur.

2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr både å vurdere samt å karakterisere den litteraturen du har funne. I tillegg må ein kunne redgjere for kva kriterie ein har nytta under utvelgelsen (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). For å finne forskingsartiklar som er truverdige og pålitelege har eg valt å nytte IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen er delt inn i fem: Introduksjon, metode, resultat, diskusjon og konklusjon (Thidemann, 2015, ss. 68-71). Ved hjelp av IMRaD-strukturen har det vore lettare å finne fram til den informasjonen eg er på jakt etter. Eg har valt å nytte meg av forskingsartiklar som er publisert etter 2010, som hovudsakleg er henta frå databasar anbefalt av Høgskulen på Vestlandet. For å underbyggje relevansen i oppgåva har eg brukt ein artikkel frå psykologifaget. Artikkelen har gode argument for bruk av kengurumetoden i intensivavdelingar, og difor anser eg den som relevant. Ein del av forskinga i artiklane er utført i andre land, og praktiseringa kan difor skilje seg ut frå den norske. Desse landa vil gjerne ikkje ha det same utstyret og forutsetning som avdelingane i Noreg, men på same tid vil barn ha dei same behova uansett kva del av verda dei blir fødd i. Difor ser eg på denne forskinga som relevant, då tilknytingsmønster i andre land også kan overførast til Noreg. Eg har i tillegg valt å nytte meg av to norske studiar. Svakheiter med desse kan vere små utval då dei berre inneheld norske nyføddintensivavdelingar.

Eg ha nytta meg av boka: «Amming av barn med spesielle behov – ein veileidar for helsepersonell», skrive av Hæggkvist i 1998. Boka er 20 år gamal, men inneheld informasjon om amming av barn med spesielle behov, og eg anser den som nyttig og relevant. Bøkene «Når barnet er født for tidlig», «Nyfødtsykepleie 1» og «Nyfødtsykepleie 2» er utgitt i 2009. Nyfødtsykepleie 2 er per dags dato pensumlitteratur ved Høgskulen på Vestlandet, og eg anser difor denne boka som relevant. «Nyfødtsykepleie 1» og «Når barnet er født for tidlig» er ikkje pensum, men eg har nytta desse då dei inneheld mykje relevant informasjon. Ellers har eg i oppgåva nytta bøker som er gitt ut etter 2016.

Eg har i hovudsak nytta meg av primærkjelda, som er den opprinnelege utgåva av ein tekst eller seinare opptrykk av den same. Der det ikkje har vore mogleg å få tak i primærkjelda har eg brukt sekundærkjelda. Ei sekundærkjelde kan vere ei oversett utgåve av den primære kjelda (Dalland & Trygstad, 2017, s. 162). Boka «Nyfødtes atferd og tidlige relasjonar» og «Amming – ei handbok for helsepersonell» er to sekundærkjelder då dei er oversett til norsk.

3 Teori

I teorikapitlet skal eg gå nærare inn på oppgåva si sjukepleiefaglege relevans ved å ta for meg desse teoretiske hovudpunkta: tilknytningsteori, amming, hud-mot-hud/kengurumetoden, etikk, lovverk, kommunikasjon og tilknytning mellom mor og barn.

3.1 John Bowlby – tilknytningsteori

I 1982 utvikla Bowlby sin teori om tilknytning mellom mor og barn etter å ha blitt interessert i korleis heilt små barn reagerte emosjonelt og åtferdsmessig når dei vart fråskilte frå mor. Bowlby hevda at det finnast eit tilknytningssystem som er biologisk basert og har som oppgåve å hjelpe barnet til å overleve. Barn har ulike former for tilknytingsåtfærd, for eksempel klamring, gråt, smil, blick og kryping, som har som funksjon å halde barnet nær omsorgsgjevaren (Birss, 2018, s. 68). «At et barn eller en voksen er tilknyttet eller har tilknytning til en person, betød for Bowlby at han eller hun er sterkt disponert for å søke nærhet og kontakt med denne personen, særlig når han eller hun trenger støtte, hjelp eller beskyttelse» (Eide & Eide, 2017, s. 369).

Å skape eit trygt tilknytingsmønster inneberer at barnet føler seg trygg på at foreldrefiguren vil vere tilgjengeleg og til hjelp dersom det skulle oppstå ein truande eller vanskeleg situasjon. Barn har behov for ein trygg forvissing om at foreldrefiguren oppfattar kva det føler, vil sjå kva behov det har og respondera adekvat på dette dersom nødvendig. Med ei slik forsikring vil eit barn føle seg trygt og vere modig i si utforsking av verda (Eide & Eide, 2017, s. 370).

3.2 Amming

Det å kunne gje god omsorg for ei mor og hennar nyfødde barn innebere mange oppgåver for ein sjukepleiar. Dette gjeld uavhengig om barnet er fødd for tidleg, er sjukt ved fødsel eller har andre spesielle behov. Eit av tiltaka for å legge til rette for tilknytning mellom mor og barn, kan vere å hjelpe mor og barn til ei vellykka amming (Häggkvist, 1998, s. 11). Som sjukepleiar kan ein forsikre seg om at mor har fått den kunnskapen som er nødvendig, hjelpe mor med å finne den ammetillinga ho og barnet trivast best med, at barnet har rett ammeteknikk slik at det får godt tak om brystet og diar effektivt og hjelpe mor aktivt dersom det ikkje finnast andre moglegheiter (Sundhedsstyrelsen & Alquist, 2016, ss. 62-76). Morsmjølk har mange gunstige helsefaktorar for mor og barn, og mor bør gjevast praktisk støtte og oppmuntring til å få amminga godt i gang så snart som mogleg etter fødselen. Morsmjølk gjev barnet dei næringsstoffa det treng, infeksjonsbeskyttelse, komponentar som er gunstige for utvikling av immunforsvaret og hormon og enzym som påverka fysiologisk modning (Helsedirektoratet, 2017).

Miljøet på avdelinga vil ha ei betydning for vellykka amming. Eit prematurt, følsamt eller eit cerebralt irritert barn treng rolege og ikkje altfor lyse omgjevnadar under sine ammeforsøk, ettersom altfor mange stimuli kan svekke barnet sine ressursar. Mødrene kan og oppleve det tekniske miljøet som stressande og savne moglegheita til å få sitte uforstyrra å amme (Hägkvist, 1998, s. 16).

WHO/UNICEF lanserte i 1991 *The Baby Friendly Hospital Initiative*(BFHI), eit verdsomspennande krafttak for å fremje amming og tidleg nærkontakt mellom mor og barn på føde-/barselavdelingar. For å bli eit *Baby-Friendly*-sjukehus, må sjukehuset innfri krava til WHO/UNICEFs ti trinn for vellykka amming (Sjå vedlegg 2). Desse punkta skal sikre god ammekunnskap hos personalet og legge til rette for einsarta ammeveileding (Sundhedsstyrelsen & Alquist, 2016, s. 15).

3.3 Hud-mot-hud/Kenguru metoden

Premature og sjuke barn har eit grunnleggjande behov for hudkontakt med foreldre for å kunne leggje til rette for tilknytning. I intensivfasen, dersom barnet ligg i kuvøse, kan dette behovet ivaretakast ved at foreldra held varme rolege hender rundt barnet. Så snart barnet er stabilt nok bør det kome ut på mor sitt bryst og få hud-mot-hudkontakt (Steinnes, 2009, s. 53). Når barnet ligg ved mor sitt bryst og bevega hender, føter og kroppen vil mor skilje ut Oksytocin. Barn som ligg hud-mot-hud vil ha ein meir stabil kroppstemperatur, høgare blodsukker og lågare hjarte-og respirasjonsfrekvens. I tillegg vil det grine mindre. Det betyr at det brukar mindre energi på å oppretthalde hemostasen. Det å ligge hud-mot-hud hjelp barnet til å vende seg til eit liv utafor livmora (Sundhedsstyrelsen & Alquist, 2016, s. 68).

Kengurumetoden blei utvikla i Colombia på slutten av 1970-tallet for å behandle nyfødde med lav fødselsvekt i land med begrensa tilgang til kostbar kuvøsebehandling. Kenguruomsorg(KO) inneberer at premature får hudkontakt med foreldra så raskt som mogleg etter fødselen. Barnet vil då plasserast i frokestilling, hud mot hud, vertikalt på foreldra sitt bryst. Barnet haldast på plass ved hjelp av spesielle toppar eller bæresjal (Drejer & Skjelstad, 2014).

3.4 Tilknytning og samspel mellom mor og barn

Mange mødre føler seg usikre når dei kjem inn på ei moderne nyføddavdeling. Her finn ein mykje teknologi dei ikkje forstår betydninga av. Avdelinga er full av personale dei gjerne føler kjenner barnet betre enn dei sjølv (Saugstad, 2009, s. 153). Tilknytninga mellom mor og barn etter ein for tidleg fødsel har eit anna og vanskelegare utgangspunkt samanlikna med tilknytninga mellom mor og barn fødd til

termin. Eit tidleg og godt samspel mellom barn og vaksne er grunnleggjande for at barn skal utvikle seg til trygge individ med god psykisk helse (Ravn, 2009, s. 244). Samspelet mellom mor og eit for tidleg fødd barn er eit av dei områda kor det er viktig å setje i gang tiltak på eit tidleg tidspunkt. Eit tiltak kan vere å lære opp mor som er barnet sin nærmaste og viktigaste omsorgsperson. Dette kan ein gjere ved å gje ho kunnskap og veileding slik at ho forstår, kommunisera med og stimulera barnet sitt på ein individuell og optimal måte, slik at det umodne barnet ikkje bidreg til å skape eit uheldig omsorgsmiljø (Ravn, 2009, s. 245).

3.5 Familiebasert nyføddeomsorg

Foreldra er ein konstant faktor i barnet sitt liv, og ein må støtte familien som heilheit (Sandtrø, 2009, s. 61). Familiebasert nyføddeomsorg byggjer på prinsippet om at foreldra er barnet sine viktigaste omsorgspersonar, og anerkjenn barnet sin rett til å ha foreldra hos seg. Det betyr at barnet, dersom det let seg gjere, skal ha samvær med foreldra 24 timar i døgnet. Kuvøse skal nyttast så lite som mogleg, og all medisinsk behandling skal skje på mor eller far sitt bryst. I dag er det ikkje alltid slik, då dei fleste nyføddeintensivavdelingane har tronge og/eller uhensiktsmessige lokal. Det er ofte fleire barn plassert i same rom, slik at det er tett mellom kuvøsene. Dette kan medføre til uro og støy for barna. I tillegg må foreldra sitte i ein stol ved sida av kuvøsene dersom barnet skal ha samvær med dei. På enkelte avdelingar er det kun sett opp eit forheng mellom kuvøsene for å skjerme for innsyn (Barneombudet, 2013).

Det er mange fordelar ved å nytte seg av familiebasert nyføddeomsorg. Metoden påverka barnet si utvikling medisinsk, fysiologisk og psykologisk. Barnet held lettare jamn temperatur, påførast mindre stress, og bruka energien på å vekse. I tillegg blir dødlegheita og risikoen for alvorlege infeksjonar redusert. For mor går mjølkeproduksjonen opp og amminga går lettare, som fører til at barnet veks fortare (Barneombudet, 2013).

3.6 Kommunikasjon

Ein sjukepleiar kan legge til rette for god tilknytning mellom mor og barn ved å ha faste samtalar med mor, byggje opp tillit og gje ein følelse av anerkjenning, integrere mor i pleia av barnet, kommunisere og gje informasjon til mor (Tandberg, 2009, ss. 230-233). Det er og viktig at ein undersøker om mor har forstått informasjonen.

Begrepet kommunikasjon betyr å gjere noko felles eller å ha ein forbindelse med nokon.

Kommunikasjon i relasjonar blir definert som utveksling av verbale og nonverbale teikn mellom to

eller fleire personar. Alle menneske, inkludert barn, har ei medfødd emne til å kommunisere. Barnet sitt blikk, dei små fingerbevegelsane og dei uartikulerte lydane grip vår merksemd. (Eide & Eide, 2017, ss. 16-17). «Barnet appellerer til oss, taler til oss. Uten ord. Blikket, bevegelsene, lydene – barnet berører og beveger oss, for oss til å føle, tenke, handle» (Eide & Eide, 2017, ss. 16-17). Dette auka tilknyttinga ved at mor og barn kommunisera med kvarandre. I helsefagleg samanheng brukast gjerne omgrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom menneske (Eide & Eide, 2017, s. 17). For å kunne kommunisere godt med mor er det viktig at ho så tidleg som mogleg får snakka ut om sine følelsar knytt til det ho har opplevd og at ein er lyttande. Ved å sette fokus på mor sine opplevingar, signalisera ein at mor er viktig (Tandberg, 2009, s. 228).

3.7 Etikk

Etikk kan forståast som ein systematisk refleksjon over ei moralsk åtferd. Eit etiske dilemma oppstår når ein er i ein situasjon som gjer at ein må velje mellom to like uønska alternativ (Tandberg & Bjarkø, 2009, s. 64). Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleie seier at «grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekten for det enkelte menneske sitt liv og ibuande verdigheit. Sjukepleie skal byggje på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheitane» (Norsk sykepleierforbund, 2016).

I nyføddsjukepleie har ein med små og sårbare pasientar, ofte med kompliserte tilstandar der prognosa er uvisst. Det nyfødde, premature eller sjuke barnet befinn seg i ein setting av foreldre, familie og spesialisert fagfolk, der i blant sjukepleiara. Etiske situasjonar vil inntreffe alle aktørane i feltet. Sjukepleiarane som arbeidar med kritisk sjuke nyfødde og premature møter etiske utfordringar kvar einaste dag. Det kan vere alt i frå utfordringar i relasjon og samhandling med foreldre, til store og vanskelege etiske dilemma som angår liv og død (Strandås, 2014).

Som sjukepleiar skal ein heile tida kunne vurdere kva som er det beste for barnet, sjølv om dette kan vere utfordrande. Foreldra har naturlegvis og sterke meiningar om behandling og sjukepleie til sitt barn, som nødvendigvis ikkje er i tråd med sjukepleiarane sine vurderingar om kva som er viktig. Dersom foreldra og sjukepleiaren sine viktigheitar kollidera, må sjukepleiaren nytte både fagleg og etisk skjønns for at foreldre skal føle seg sett, høyrte og inkludert, på same tid som barnet sine behov og rettigheitar blir ivaretatt (Strandås, 2014).

3.8 Lovverk

Helsepersonellova (1999) sitt føremål er å bidra til sikkerheit for pasientar og kvalitet i helse- og omsorgstenesta. I tillegg skal den gje tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstenesta. I

Helsepersonellova står det at sjukepleiara og anna helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut i frå helsepersonellet sine kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen for øvreg.

Barn har rettar på lik linje som vaksne då dei blir innlagt på sjukehus. Barn som blir innlagt på nyfød dintensiv har rett til samvær med minst ein av foreldra under opphaldet på helseinstitusjonen. Dette kjem fram i § 6-2 i Pasient- og brukarrettigheitslova (1999) og § 6 i forskrift om barnets opphald i helseinstitusjon (2000).

Lovverk som omfattar pårørande står i pasient- og brukarrettigheitslova (1999) § 3-1. Lova seier følgjande «Pasient eller brukar har rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester». I og med at barn er under 18 år, har foreldra rett til å medverke i avgjersle knytt til behandlinga av barnet. §3-2 seier «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpen. Pasienten skal også informerast om mulige risikoar og biverknadar». For at foreldre skal kunne vere med i medverknadsprosessen må dei ha fått den informasjonen som trengs for å kunne ta konkrete val og vere klar over konsekvensane (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999).

4 Resultat/Funn

”Bruk av hud-mot-hudkontakt i norske nyfødte intensivavdelinger” (Lode, Andersen, & Eriksson, 2015)

Dette er ein kvantitativ tverrsnittstudie basert på to spørjeskjema, der spørjeskjema blei sendt til 17 avdelingar i Noreg. Sju til universitetssjukehus og 12 til øvrege helseføretak. For å sørgje for variasjon og ein representativ fordeling blei alle ansatte som byrja skiftet sitt i løpet av ein gitt 24-timers periode spurt om å delta.

Hensikta med studien var å skildre likheit og forskjellar mellom nyføddintensivavdelingar ved universitetssjukehus og øvrege helseføretak vedrørande praktisk og organisatorisk tilrettelegging og personalet si oppfatning om hud-mot-hudkontakt. Sjølv om alle nyføddintensivavdelingane la til rette for hud-mot-hudkontakt, påverka organisatoriske forhold i avdelingane i kva grad metoden blei anvendt. Dei praktiske og organisatoriske forholda var betre tilrettelagt ved dei øvrege helseføretaka enn ved universitetssjukehusa. Personalet ved universitetssjukehusa var meir komfortable med å tilrettelegge for hud-mot-hudkontakt for dei sjukaste barna enn kva personalet ved dei øvrege helseføretaka var. Konklusjonen var at det er behov for endring i nyføddomsorga på grunn av at hud-mot-hud førte til tidleg samspel og tilknytning og hadde positiv innverknad på barnet si utvikling. Studien anbefalte at det blir endring ved hjelp av nasjonale retningslinjer, for å sikre at foreldre og barn får moglegheita til å vere saman heile døgnet under sjukehusopphaldet.

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

Dette er ein kvalitativ studie som er basert på å intervju 18 sjukepleiarar, som har jobba meir enn fem år på ei nyfødteintensivavdeling, frå Noreg, Danmark og Sverige. Hensikta med studien var å få fram sjukepleiarane sine erfaringar med hud-mot-hud kontakt mellom det premature barnet og foreldra i ei neonatal intensivavdeling.

I intervju kjem det fram at sjukepleiarane opplevde det å skulle ivareta barnet sitt utviklingsbehov og det å skulle ta hensyn til foreldra sitt ynske om hud-mot-hud kontakt med barnet som like viktig. Dette fordi sjukepleiarane erfarte at barnet, gjennom teikn, gav uttrykk for at dei var meir komfortable ved hud-mot-hud enn å liggje aleine i kuvøsa, men på same tid opplevde det som ei utfordring å gje barnet nødvendig behandling då hud-mot-hud blei praktisert.

«Heildøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer» (Drejer & Skjelstad, 2014)

I forskingsartikkelen blir det brukt ein kombinasjon av kvantitative og kvalitative metodar i form av eit spørjeskjema og dybdeintervju. Studien blei utført på nyføddintensiv avdeling ved Drammen sjukehus. Studien blei utført i perioden juni 2012 til februar 2013. Inklusjonskriteria for studien var; 1. Barnet var født prematurt, 2. Foreldra beherska skriftleg norsk til å kunne fylle ut spørjeskjema, 3. At barnet sin medisinske tilstand ikkje var eit hinder for bruk av kenguruomsorg, 4. At barnet hadde vore innlagt minst to veke, slik at foreldra kunne relatere til erfaring.

Nyføddintensivavdelinga i Drammen er spesielt tilrettelagt for heildøgns kenguruomsorg(KO) og familiebasert omsorg. Foreldra får eit stort ansvar for omsorg for sine premature barn, i motsetning til ved tradisjonelle nyføddintensivavdelingar kor foreldra er besøkande. Studien konkluderte med at KO rusta foreldra i foreldrerolla ved at dei i dei fleste tilfella var tilfredse og trygge, samt at det auka tilknytning mellom foreldre og barn. For enkelte foreldre opplevast heildøgns KO som krevjande. Nokre er slitne etter betydeleg belastning i svangerskapet og nyføddperioden. Foreldra si negative haldning til bruk av denne metoden kan endrast dersom personalet ved desse avdelingane tar individuelle hensyn, respektera foreldra sine vurderingar og blir meir bevisst på behovet for avlastning.

“How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit” (Kearvell & Grant, 2010)

Dette er ein australsk litteraturstudie utarbeida ved bruk av CINAHL, PubMed og andre godkjente databasar. 13 av studiane var kvalitative medan to var blanda metodestudier. Hensikta med denne litteraturstudien var å få fram korleis ein sjukepleiar kan leggje til rette og støtte mor og barn i tilknytingsprosessen.

Sju av studiane rapporterte at kenguruomsorg la grunnlaget for den psykiske kontakten mellom mor og barn, og at amming gav ein følelse av viktighet og normalitet. Forholdet mellom mor og sjukepleiar spelar ei viktig rolle i tilknytninga mellom mor og barn. Sjukepleiar skulle leggje til rette slik at mor kunne snakke til barnet, ha hudkontakt, syngje, trøste, mate, snu barnet og lese barnet sine signal, då dette hadde ein positiv effekt på tilknytingsprosessen og førte til at mødrene blei meir sjølvsikre og følte seg involverte i prosessen. Seks studiar indikerte at positiv psykisk støtte frå sjukepleiarar hjalp i tilrettelegging av tilknytingsprosessen.

Tilknytingsprosessen er kompleks og fleire faktorar som miljømessige forhold, barn og mor si helse og kvaliteten på sjukepleie kan føre til redusert tilknytning. Studien konkludera med at sjukepleiarar som arbeida i ei neonatal intensivavdeling, må byggje sjukepleie rundt mor-barn tilknytning gjennom kenguruomsorg, amming og deltaking i omsorg.

“Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers” (Chan, Labar, Wall, & Atun, 2015)

Denne systematiske oversikta inkluderte ei oversikt over 112 studiar i tidsrommet 2010-2015. Dei har samla inn kvalitative data av barrierar for bruk av kenguruomsorg, der informasjonen er henta frå ulike databasar i verda.

Artikkelen konkludera med at langvarig hud-mot-hud kontakt krev tid og energi både for mødrene og helsepersonell. Mange kvinner har heller ikkje høyrte om eller ikkje er klar over viktigheita med kenguruomsorg. I tillegg manglar helsepersonell opplæring eller oppmuntrar ikkje til bruk av metoden. Nokre stadar er ikkje kenguruomsorg sosialt akseptert og skaper konflikt med gamle tradisjonar. Det manglar standardisering på kven som burde ligge hud-mot-hud. Kenguruomsorg bør brukast meir systematisk for å leggje til rette for tilknytning, motivere helsepersonell og foreldre, samt generelt bidra til en betre opplevinga av å ha barn på nyføddavdelinga og hjelpe til å forbetre overleving blant barn på nyføddavdelinga. Stress og stigma assosiert med å ha eit prematurt barn kunne skape barriere for å utøve kenguruomsorg.

5 Drøfting

I drøftingsdelen vil eg drøfte problemstillinga «Korleis leggje til rette for tilknytning mellom mor og spedbarn på nyfødttintensivavdeling?». Eg vil sjå problemstillinga i lys av forskning, litteratur, lovverk, og egne erfaringar frå morsrolla. Til slutt vil drøftinga munne ut i ein konklusjon.

5.1 Tilknytning mellom mor og barn

Eit tidleg og godt samspel mellom barn og vaksne er grunnleggjande for at barna skal utvikle seg til trygge individ med god psykisk helse (Ravn, 2009, s. 244). Sjukepleiara på nyfødttintensiv har ei viktig rolle – dei kan støtte og veilede foreldra, gje dei kunnskap og tilrettelegge for eit godt samspel (Ravn, 2009, s. 245). Barnet sitt utviklingsnivå, modenheit og sjukdomstilstand og mor sin psykiske tilstand etter ein fødsel kan gjere samspelet utfordrande. Det kan vere vanskeleg for mor å tolke barnet sine signal, på grunn av mangel på kunnskap om korleis barn uttrykker seg og det at barnet gjev mindre respons på omsorg og samspel (Ravn, 2009, s. 248). To av oppgåvene til sjukepleiar kan då vere å hjelpe mor med å tolke barnet sine signal og gje den nybakte mora omsorg, slik at ho har overskot til å ta seg av det nyfødde barnet (Sundhedsstyrelsen & Alquist, 2016, s. 80).

Tilknytning til mor tidleg i livet har som sagt stor betydning for barnet si utvikling. Dersom barnet blir avvist av mor kan det få store konsekvensar for seinare emne til tilknytning, både hos mor og andre omsorgspersonar. John Bowlby sin tilknytningsteori tek utgangspunkt i at det å ha trygge og sterke band til andre er eit grunnleggjande behov hos alle menneske. Å ha ei sterk tilknytning til mor vil føre til at barnet er sterkt disponert for å søke nærheit og kontakt med mor dersom barnet treng støtte, hjelp eller beskyttelse (Eide & Eide, 2017, ss. 369-372). Eit nyfødd barn kan kjenne igjen mor si stemme og lukt. Dersom det i tillegg opplev hudkontakt og berøring frå mor vil barnet knyte seg til mor tidleg etter fødsel (Saugstad, 2009, s. 160). På ei anna side er mange redde for å knyte seg til barnet i frykt for å miste det (Saugstad, 2009, s. 161), og difor er det svært viktig at mødrene er informert over viktigheita med tidleg tilknytning.

På dei fleste nyfødttintensivavdelingar vil sjukehusmiljøet verke inn på både barnet og mor, der støy, stress og framandgjerding er faktorar som ofte trekkast fram (Barneombudet, 2013). Stress og stigma assosiert med det å få eit prematurt barn kan skape ein barriere mot bruken av kenguruomsorg i nyfødtdavdelinga for mor. Dette problemet blir forsterka på grunn av mangel på kunnskap rundt kengurumetoden blant foreldre og helsepersonell (Chan et al., 2015). På ei anna side kan hud-mot-hud kontakt redusere smerte og stress ved smertefulle prosedyre og har vist seg å kunne føre til betra mental utvikling seinare i livet (Lode et al., 2015). Sjukepleiarane si yrkeserfaring vil og ha

innverknad i kva grad ein nyttar seg av kengurumetoden. Ein studie viser at enkelte helsepersonell var komfortable med hud-mot-hud og tilrettela for dette døgnet rundt, medan andre ikkje var fullt så komfortable, som kan skuldast størrelsen på barnet, kor sjukt det er eller stort arbeidspress på avdelinga (Lode et al., 2015).

Forsking viser at barn i større grad er komfortable ved hud-mot hud-kontakt enn å ligge aleine i kuvøse (Kymre & Bondas, 2013). Mødrene observerte at deira nyfødde sov lengre ved bruk av hud-mot-hud, spedbarnet blei mindre engsteleg, meir avslappa, meir villig til å bli amma og lykkelegare enn ved bruk av kuvøse (Chan et al., 2015). Bruk av KO fører og til stabilitet av dei fysiologiske prameter som saturasjon, hjartefrekvens, respirasjon og temperatur hos barn. Å halde barnet hud-mot-hud kan og verke positivt inn på amming, som igjen kan gje betre sjølvtilit, auka håp for barnet og redusert angst og følelse av skuld (Lode et al., 2015). Mødre som får oppleve kengurumetoden beskriv denne som varm, beroligande og ein komfortabel tilknytingsprosess, som førte til at mor og barn fekk tid til å bli betre kjent (Kearvell & Grant, 2010). Dei fleste foreldre hadde ei positiv oppleving med tidleg tilknytning og bruken av metoden kenguruomsorg (Drejer & Skjelstad, 2014).

Nokre mødre opplever KO som krevjande på grunn av belastningar i svangerskapet og nyfødd perioden. For at mødrene skal kunne få ei positiv oppleving knytt til KO, er det viktig at sjukepleiarane tek individuelle hensyn, respektera foreldra sine vurderingar og gjev dei avlasting dersom det er nødvendig (Drejer & Skjelstad, 2014). Nokre stadar er ikkje kenguruomsorg sosialt akseptert som eit tiltak for tilknytning mellom mor og barn fordi den skapar konflikt med gamle tradisjonar, som fører til at mange kvinner ikkje blir informert om viktigheita med kenguruomsorg (Chan et al., 2015).

Forskinga beskriv ikkje kun positive sider, men også ulemper ved bruk av kengurumetoden. I lang tid har miljøet på nyføddavdelingar vore prega av ein kultur med vekt på å redde liv. Arbeidsoppgåvene rundt det å behandle akutte og livstruande tilstandar hos barna har vore meir dominerande enn det å førebyggje funksjonar og den psykiske helsa (Ravn, 2009, s. 252). Det viser seg igjen i forsking der det kjem fram at dei organisatoriske forholda ikkje var optimale for bruk av kengurumetoden og at dei manglar retningslinjer og foreldreinformasjon om bruk av metoden (Lode et al., 2015). Bruk av hud-mot-hud førte også til bekymringar knytt til sikkerheiten hos barnet på grunn av den medisinske tilstanden til barnet og tidsbegrensing i form av mangel på undervising og overvaking av teknikken (Kearvell & Grant, 2010). Dette kan sjåast på som motsettande då hud-mot-hud bidreg til å stabilisere fysiologisk parameter som saturasjon, hjartefrekvens, respirasjon og temperatur. Barnet sin stabilitet var ein faktor som fremja bruken av hud-mot-hud kontakt (Lode et al., 2015).

Ein anna faktor som har ei positiv innverknad på tilknytning mellom mor og barn er amming. Mødre til sjuke nyfødde kan få følelsen av at sjukehuspersonalet er betre til å ta seg av barnet enn dei sjølv er. Å kunne bidra til barnet si helse ved å gje morsmjølk kan difor bety mykje for dei. Ei viktig oppgåve for sjukepleiarane er og å vise mødre korleis dei skal amme og korleis dei kan oppretthalde mjølkeproduksjonen sjølv om dei midlertidig skiljast frå sine spedbarn (Häggkvist, 2009, s. 303). For nokre kan imidlertid amming bli ein stressfaktor i tillegg til barnets sjukdom. Det er viktig å snakke med mor om korleis ho opplever det å ha eit sjukt barn, og kva ho forventar og ynskjer når det gjeld amming. Forsking peikar mot at amming gav mødrene ein følelse av viktighet og normalitet. Amming handlar ikkje berre om å gje barnet mat, men og det å kunne vere saman med barnet og knyte relasjon, som var minst like viktig (Kearvell & Grant, 2010).

Ammemiljøet spelar og ei stor rolle for om amminga blir vellykka. Det er anbefalt at eit prematurt, følsamt, eller eit cerebralt irritert barn bør ha rolege og ikkje alt for lyse omgjevnadar, då mykje stimuli kan svekke barnet sine ressursar. Mødre kan og oppleve det tekniske miljøet som stressande, og savne det å kunne sitte uforstyrra å amme (Häggkvist, 1998, s. 16). Ut i frå egne erfaringar frå tida då eg var innlagt på barsel er det viktig at helsepersonell tek seg god tid og er rolege under amming. Eg merka fort kven som hadde dårleg tid og kven som tok seg god tid. Eg følte meg trygg dersom eg blei fortalt at ting blei gjort rett, fekk skryt, veileda, men på same tid utfordra til å legge til barnet sjølv under ammesituasjon. Dersom mor er roleg, vil også barnet bli roleg. Amming er utfordrande og mange bruker tid på å etablere god amming

5.2 Nyføddintensiv

Ei nyføddavdeling opplevast som ei framand verd første gong ein er der. Barna ligg tilkopla utstyr som registrerar hjarateaktivitet, pustebevegelsar og oksygenmetning. I rommet er det både sjukepleiara, legar og andre, som er fult opptatt med å gjere sine gjeremål (Saugstad, 2009, s. 11). Det å få eit prematurt og/eller alvorleg sjukt barn som ligg tilkopla utstyr kan vere skremmande og følelsemessig belastande for mor.

Foreldre til barn innlagt på nyføddintensiv er i stor grad nøgd med personalet på avdelingane, og beskriv dei som dyktige og omsorgsfulle. Dei er i midlertidig ikkje så fornøgde med forholda ved sjukehusa. Mange mødre trekk fram dei fysiske forholda som eit hinder for samvær. Dei tronge og tette forholda verkar inn på både kor ofte ein kan vere saman med barnet sitt og kvaliteten på samværet. Mødrene opplevde å ikkje få knytt band til sitt eige barn (Barneombudet, 2013). Det er som tidlegare nemnd plassert fleire barn i same rom, der nokre av barna ligg i kuvøse. Etter fødsel

blir som regel mor og barn separert for å undersøke og stabilisere barnet. Då barnet er stabilt blir det flytta inn på rommet saman med mor og mange andre familiar. Mor har gjennomgått ein fødsel som er ei påkjenning for kroppen. Eit tiltak kan vere at mor får einemansrom der ho kunne få ligge i ei seng med barnet hud-mot-hud. Slik unngår ein at ho blir plassert i ein stol ved sida av barnet.

Kravet om forsvarleg helseteneste er grunnleggjande norm i norsk helserett. Dette betyr at ein skal kunne forvente å få eit forsvarleg helsetilbod (Barneombudet, 2013). Pasient- og brukarrettighetslova (1999) § 6, forskrift om barnets opphald i helseinstitusjon seier at barn har rett til samvær med minst ein av foreldra under sjukehusopphaldet. På dei fleste nyfødttintensiv avdelingane må foreldre bu andre stadar på sjukehusområdet, noko som fører til at dei ikkje får vere saman med barnet heile døgnet (Barneombudet, 2013). Denne form for praktisering strid i mot både pasient- og brukarrettighetslova og familiebasert omsorg som byggjer på prinsippet om at foreldre er barnet sine viktigaste omsorgspersonar og at barnet skal ha samvær med ein av foreldra 24 timar i døgnet.

5.3 Sjukepleiar si rolle

Sjukepleiarar som har ansvar for akutt kritisk sjuke barn har mange funksjons- og ansvarsområde. Nyfødtsjukepleiaren har ansvar som å dekke barnet sine grunnleggjande behov, observere og vurdere forandringar i barnet sin sjukdomstilstand, svikt i vitale funksjonar, utføre avansert medisinsk behandling ordinert av lege, og ikkje minst å legge rette for tilknytning mellom mor og barn (Steinnes & Hovde, 2009, s. 190). Men korleis kan sjukepleiar legge til rett for tilknytning mellom mor og barn på ei nyfødttintensivavdeling?

Ut i frå litteratur, forskning og lovverk blir det anbefalt at mor og barn får tilbringe mest mogleg tid saman etter fødsel, slik at ein kan etablere tilknytning. I oppgåva har eg fokusert på hud-mot-hud, kengurumetoden og amming. Som sjukepleiar skal ein legge til rette for at mor og barn kan nytte seg av desse tiltaka. På same tid kan det vere utfordrande for sjukepleiar då ein møter mødre med ulik bakgrunn og ulike behov. Det dei har til felles er at dei ofte møter avdelinga med usikkerheit (Saugstad, 2009, s. 153). I tillegg kan mor sitte med ei skuldkjensle: «kva gjorde eg feil i svangerskapet og kva er feil med min kropp?». Vidare opplevast skam og skuldkjensle knytt til ambivalente følelsar overfor barnet (Tandberg, 2009, s. 224). Som sjukepleiar er kunnskapen om mor sine reaksjonar og følelsar betydingsfulle for korleis vi skal møte mor på ein empatisk måte. Ein må og vere tydleg og konkret då mor ofte er i ein krisesituasjon. Å vere lyttande og la mor snakke ut om sine følelsar knytt til det ho har opplevd signalisera ein at mor er viktig (Tandberg, 2009, s. 228). Mødre kan ofte trenge tid til å finne balansen mellom eige behov for å kome til krefter og det å vere

mykje til stades for barnet (Drejer & Skjelstad, 2014). Sjukepleiar må vere klar over at sorg, redsel og sinne er naturlege reaksjonar, og difor er det viktig å gje mor støtte (Sandtrø, 2009, s. 75). Nokre er kanskje blitt mor for første gong, og blir nødt til å forme morsrolla i eit offentleg miljø. På tross av usikkerheit, skal mor vite at sjukepleiaren er der for både ho og barnet hennar (Saugstad, 2009, s. 153). Ved hjelp av støtte og oppmuntring kan ein få til vellykka amming og tidleg hud-mot-hudkontakt.

I følge pasientrettighetslova har pårørande ein lovfesta rettighet til å motta informasjon om barnet (Tandberg, 2009, s. 230). Mor kan vere i ein krisesituasjon, difor kan det å kommunisere klart, snakke langsamt og tilpasse tempoet etter mor si merksemd vere gode tiltak. I postpartumperioden kan mødre trenge meir tid enn ellers for å bearbeide informasjon, då dei kan vere distraherert av smerter eller legemiddel (Nugent et al., 2018, s. 185). I nokre situasjonar kan informasjonen frå sjukepleiar bli misstolka av mor. Nokre mødre vil gjerne prøve å oppnå kontroll over situasjonen ved å sette spørsmål ved sjukepleiar sine handlingar. Det er difor viktig som sjukepleiar å reflektere over kven mottakaren er og korleis informasjonen bør gjevast. Målet til sjukepleiar bør vere å skape eit godt samarbeid med mor, inkludere ho i behandlinga av barnet, samt å trygge ho i morsrolla (Sandtrø, 2009, s. 75). Forholdet mellom sjukepleiar og mor er også viktig for opplevinga av sjukehusopphaldet. Mødre som blir møtt med open kommunikasjon og som blir tatt godt vare på av sjukepleiar følte seg tryggare enn dei som ikkje hadde noko form for relasjon til personalet på avdelinga. Viktigheita av sjukepleiarrolla og god kommunikasjon er openbart avgjerande for bruk av tilknytingsmetodar i avdelingane og pårørande si oppleving (Kearvell & Grant, 2010). Desse tiltaka kan kome i konflikt med kvardagen i avdelinga, då tiltaka krev at sjukepleiar kan ta seg god tid saman med mor og barn. Tiltaka krev tid og energi både frå mor og sjukepleiar. Forsking viser at høg arbeidsbelastning for sjukepleiarane førte til at undervising og praktisering av KO blei nedprioritert i ein hektisk kvardag (Chan et. al., 2015). Ut i frå erfaringar som sjukepleiarstudent ser ein at ein dag består ofte av rutinar som medisinar, legevisitt og anna førefallande arbeid, som opptek tida vår.

På ei nyføddintensivavdeling jobbar ein med små og sårbare pasientar med kompliserte tilstandar. Som sjukepleiar har ein eit stort ansvar overfor barnet då ein heile tida skal kunne vurdere kva som er det beste for barnet (Strandås, 2014). Dei yrkesetiske retningslinjene seier at sjukepleiar har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidning (Norsk sykepleierforbund, 2016). På ei nyføddintensivavdeling møter ein foreldre som har sterke meiningar om behandling og sjukepleie til sitt barn, og i ein hektisk kvardag kan det vere krevjande å møte dei ulike behova. Kvar familie har ulike behov, og sjukepleiarane må tilpasse seg dei ulike familiane. Dette stiller strenge krav til at sjukepleien er medisinsk forsvarleg, utøvd etter etiske prinsipp og etter gjeldande lover. I tillegg skal

sjukepleien ivareta dei mellommenneskelege forhold, og på denne måten legge til rette for ei best mogleg tilknytning mellom mor og barn slik at barnet blir best mogleg rusta til vidare vekst og utvikling.

6 Konklusjon

Hensikta med oppgåva var å finne ut korleis sjukepleiar kan legge til rette for tilknytning mellom mor og barn på ei nyføddintensivavdeling. Oppgåva viser at det tidlege samspelet er avgjerande for korleis barnet vil knyte seg til mor. Det er mange faktorar som kan påverke samspelet mellom mor og barn, til dømes utviklingsnivå, fysisk tilstand, sjukepleiaren sin tilgjengelegheit og miljøet på avdelinga. Som sjukepleiar er det viktig å legge til rette for tiltak som kan fremje tilknytning mellom mor og barn. Amming og hud-mot-hud/Kenguruomsorg er to tiltak som kan utarbeidast og gjennomførast på dei fleste nyføddintensivavdelingar. Som sjukepleiar må ein opparbeide seg kunnskap om tiltaka for å kunne legge til rette og undervise mor i bruk av metodane.

Ut i frå den forskinga som er lagt til grunn her kan det sjå ut som det fortsatt er eit arbeid att å gjere. Det bør utarbeidast nye retningslinjer for bruk av metodar som hud-mot-hudkontakt for å tilrettelegge for tilknytning mellom mor og barn. I tillegg bør ein legge til rette for amming. Sjukepleiar må handtere å gje medisinsk forsvarleg sjukepleie samt å kunne utføre sjukepleietiltak som auka tilknytninga mellom mor og barn. Familiebasert omsorg for å oppnå tilknytning kan vere ei mogleg praktisering.

Bibliografi

- Barneombudet. (2013). *Barn på sykehus*. Hentet fra Barneombudet: http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser_Del4_Kap3.pdf
- Birss, S. A. (2018). Overgangen til foreldrerollen - å fremme relasjonen mellom foreldrene og spedbarnet. I K. Nugent, C. Keefer, S. Minear, L. Johnson, & Y. Blanchard, *Nyfødtets atferd og tidlige relasjoner* (ss. 60-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chan, G. J., Labar, A. S., Wall, S., & Atun, R. (2015, 12 03). *Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers*. Hentet fra Bull World Health Organ. 2016 Feb 1;94(2):130-141J: doi: 10.2471/BLT.15.157818
- Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 51-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 149-166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drejer, S., & Skjelstad, D. V. (2014). *Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer*. Hentet fra Tidsskrift for Norsk psykologforening: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=432851&a=2
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Bakgrunnsforståelser. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (ss. 359-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (ss. 15-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_2
- Gade, I., Engevik, K., & Sjøen, M. H. (2012, 05 22). *Velkommen til nyfødt intensiv 3D*. Hentet fra Helse Stavanger: [https://helse-stavanger.no/seksjon/barneklubben/Documents/Velkommen%20til%20nyf%C3%B8dtavdelingen%20\(foreldre\).pdf](https://helse-stavanger.no/seksjon/barneklubben/Documents/Velkommen%20til%20nyf%C3%B8dtavdelingen%20(foreldre).pdf)
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). Det nyfødte barnet. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (ss. 209-226). Bergen: Fagbokforlaget.
- Häggkvist, A.-P. (1998). *Amming av barn med spesielle behov*. Oslo: Grafmont.
- Häggkvist, A.-P. (2009). Amming. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtpsykepleie 1 - syke nyfødte og premature barn* (ss. 301-334). Oslo: Cappelen DAMM AS.

- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, Mars 6). *Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat*. Hentet fra Spedbarnsernæring: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernering/seksjon?Tittel=anbefalinger-for-morsmelk-morsmelkerstatning-1054#r%C3%A5d-om-morsmelk-og-annen-mat-m%C3%A5-tilpasses-hvert-barn-og-hver-mor>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kearvell, H., & Grant, J. (2010, 03 01). *Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit*. Hentet fra AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 27 Number 3: <http://web.b.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=3ea50e76-4ea0-4abb-a2c7-b7323045f7d8%40sessionmgr102>
- Kymre, I. G., & Bondas, T. (2013, 07 11). *Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study*. Hentet fra International Journal of Qualitative Studies On Health and Well-being: doi: 10.3402/qhw.v8i0.21370
- Lie, S. (2018, 02 26). *Spedbarn*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/spedbarn>
- Lode, I. U., Andersen, R. D., & Eriksson, M. (2015, 07 03). *Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske nyfødte intensivavdelinger*. Hentet fra Sykepleien Forskning 2015 10(2)(152-160): DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54359>
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 05 23). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra NSF: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nugent, J., Keefer, C., Minear, S., Johnson, L., & Blanchard, Y. (2018). *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7
- Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtsykepleie 1 - syke nyfødte og premature barn* (ss. 244-258). Oslo: Cappelen damm AS.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtsykepleie 2 - syke nyfødte og premature barn* (ss. 57-79). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Saugstad, O. D. (2009). Foreldrene i fokus. I O. D. Saugstad, *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus forlag.
- Statistisk sentralbyrå. (2018, Mars 6). *Fødte*. Hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar>
- ST. Olavs Hospital. (u.d.). *Nyfødt intensiv*. Hentet april 2018 fra St.Olavs Hospital: <https://stolav.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodt-intensiv#les-mer-om-nyf%C3%B8dt-intensiv>
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtsykepleie 2 - syke nyfødte og premature barn* (ss. 27-56). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Steinnes, S., & Hovde, K. (2009). Det akutt kritisk syke barnet. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtsykepleie 2 - syke nyfødte og premature barn* (ss. 190-223). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Strandås, M. (2014, Desember 10). *Ulike virkeligheter kolliderer på nyfødtintensiv*. Hentet fra Sykepleien forskning: <https://sykepleien.no/forskning/2014/12/etikk-i-nyfodtsykepleie>
- Sundhedsstyrelsen, & Alquist, R. (2016). Det normale ammeforløpet. I H. Strømsnes, *Amming - en håndbok for helsepersonell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtsykepleie 1* (ss. 224-243). Oslo: Cappelen damm AS.
- Tandberg, B. S. (2009). *Nyfødtsykepleie 1*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tandberg, B. S., & Bjarkø, L. (2009). Etikk i nyfødtmedisin. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes, *Nyfødtsykepleie 1 - syke nyfødte og premature barn* (ss. 64-82). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Teigen, K. H. (2016, 12 02). *tilknytning*. Hentet fra SNL: <https://snl.no/tilknytning>
- Thidemann, I.-J. (2015). Valg av metode. I I.-J. Thidemann, *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter* (ss. 76-82). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- World Health Organization. (2018). *The ten steps to Successful Breastfeeding*. Hentet fra WHO: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/bfhi-poster-A2.pdf?ua=1>

Vedlegg 1

Søkedato	Database	Søkeord	Ant. Treff	Resultat
04.04.2018	SveMed+	1. Nyfødt	187 treff	
		2. Hud-mot-hud	9 treff	
		3. Newborn	2804 treff	
		4. Breastfeeding	460 treff	
		5. Mother-Child	???	
		6. Kangaroo	15 treff	
		7. Intensivavdeling	12 treff	
		8. 1+2(search with AND)	1 treff	1 artikkel vart nytta
		9. 4+5(search with AND)	25 treff	Ingen artiklar vart nytta
		10. 6+7(search with AND)	1 treff	1 artikkel vart nytta
14.04.2018	PubMed	1. Premature infants	86 321 treff	
		2. Parents	206 233 treff	
		3. Bonding	120 846 treff	
		4. Neonatale care	117 615 treff	
		5. Nursing	700 475 treff	
		6. Skin-to-skin	1044 treff	
		7. Kangaroo mother care	586 treff	
		8. Barriers	109 525 treff	
		9. 7+8(search with AND)	34 treff	1 artikkel vart nytta
		10. 1+2+3(search with AND)	175 treff	Ingen artiklar vart nytta
		11. 1+2+3+4+5+6(search with AND)	16 treff	1 artikkel vart nytta
04.04.2018	CINAHL	1. Infant	161 883 treff	
		2. bonding	3878 treff	
		3. Parent-infant bonding	984 treff	
		4. Mother-infant-relation	1975 treff	
		5. Intensive care	55 479 treff	
		6. Neonatal intensive care unit	11 391 treff	
		7. Newborn	77 826 treff	
		8. Mother-infant attachment	349 treff	

		9. Neonatal intensive care nursing	4765 treff	
		10. 6+8(search with AND)	22 treff	1 artikkel vart nytta
05.04.2018	Helsebiblioteket	1. Intensivavdeling	67 treff	
		2. Kenguru	4 treff	
		3. Kengeruomsorg	1 treff	
		4. Nyfødt	121 treff	
		5. 1+3(search with AND)	1 treff	1 artikkel vart nytta

The TEN STEPS to Successful Breastfeeding

1 HOSPITAL POLICIES

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Not promoting infant formula, bottles or teats
- Making breastfeeding care standard practice
- Keeping track of support for breastfeeding

2 STAFF COMPETENCY

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Training staff on supporting mothers to breastfeed
- Assessing health workers knowledge and skills

3 ANTENATAL CARE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Discussing the importance of breastfeeding for babies and mothers
- Preparing women in how to feed their baby

4 CARE RIGHT AFTER BIRTH

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Encouraging skin-to-skin contact between mother and baby soon after birth
- Helping mothers to put their baby to the breast right away

5 SUPPORT MOTHERS WITH BREASTFEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Checking positioning attachment and suckling
- Giving practical breastfeeding support
- Helping mothers with common breastfeeding problems

6 SUPPLEMENTING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Giving only breast milk unless there are medical reasons
- Prioritizing donor human milk when a supplement is needed
- Helping mothers who want to formula feed to do so safely

7 ROOMING-IN

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Letting mothers and babies stay together day and night
- Making sure that mothers of sick babies can stay near their baby

8 RESPONSIVE FEEDING

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Helping mothers know when their baby is hungry
- Not limiting breastfeeding times

9 BOTTLES, TEATS AND PACIFIERS

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats, and pacifiers

10 DISCHARGE

Hospitals support mothers to breastfeed by...

- Referring mothers to community resources for breastfeeding support
- Working with communities to improve breastfeeding support services

