



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	223
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7991
Engelsk tittel *:	Attachment between parents and premature infants in neonatal intensive care unit

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 82
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Tilknytning mellom foreldre og
premature barn på nyfødttintensiv

Kandidatnummer: 223

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 05.05.21

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, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Hvert år fødes ca. 6 % av alle barn før svangerskapsuke 37, og mange av dem blir innlagt på nyfødtintensiv avdeling for observasjon og behandling. Premature barn er sårbare og umodne, noe som blant annet fører med seg utfordringer i tilknytningen mellom foreldrene og barnet. Foreldrenes reaksjoner på det å få sitt barn innlagt på nyfødtintensiv kan også virke negativt inn på tilknytningen. Sykepleierens rolle er helt sentral i tilknytning mellom foreldre og premature barn innlagt på nyfødtintensiv.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature barn på nyfødtintensiv avdeling?

Hensikt: Oppgaven har til hensikt å se nærmere på hvordan sykepleier kan fremme tilknytning mellom foreldre og premature barn i barnets første leveuker, til tross for eventuelle utfordringer dette kan by på. Jeg ønsker mer kunnskap om hva jeg som sykepleier kan gjøre for at foreldre skal bli kjent med og knytte seg til barnet sitt, og få selvtillit i foreldrerollen.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Jeg har brukt forskning og faglitteratur om når og hvordan foreldre opplever tilknytning til barnet sitt, hvordan de opplever å bli ivaretatt av helsepersonell og hvilke behov de har.

Funn: Foreldredeltakelse og hud-mot-hud-kontakt bidrar til å fremme tilknytning mellom foreldre og premature barn. Informasjon, veiledning, undervisning og støtte kan bidra til økt foreldredeltakelse og at foreldrene blir tryggere i foreldrerollen. Støy i avdelingen påvirker i hvilken grad foreldrene klarer å delta i omsorgen og knytte seg til barnet.

Oppsummering: Foreldre har behov for å bli kjent med barnet sitt slik at de kan reagere på barnets signaler og behov. Foreldre bør derfor bli inkludert i omsorgen til barnet, og det bør tilrettelegges for hud-mot-hud-kontakt. De har også behov for mye informasjon og støtte. Støynivået på avdelingen bør holdes lavt slik at barnet ikke blir overstimulert og slik at foreldrene klarer å konsentrere seg om barnet.

Abstract

Background for choice of theme: Approximately 6% of every newborn each year are born before the 37. week of pregnancy, many of whom are admitted in the neonatal intensive care unit (NICU) for observation and treatment. Premature babies are vulnerable and immature, which among other things leads to challenges in the attachment between the parents and the child. Parents' reactions to having their child admitted to a NICU can also have a negative impact on the attachment. The nurse's role is crucial in the relationship between parents and premature infants admitted to a NICU.

Research question: How can nurses promote attachment between parents and preterm infants in neonatal intensive care units?

Purpose: The aim of the project is to examine how nurses can promote attachment between parents and premature children in their first weeks of life, despite any challenges this may pose. I want more knowledge about what I as a nurse can do for parents to get to know and bond with their child and gain confidence in the parental role.

Methods: The method that has been used is literature review. I have used research and literature on when and how parents experience attachment to their child, how they experience being cared for by healthcare professionals and what their needs are.

Findings: Parental involvement and skin-to-skin may promote attachment between parents and premature babies. Information, guidance, education and support can all contribute to increased parental involvement and to parents becoming more confident in their parenting role. Noise in the unit affect the extent to which the parents are able to participate in the care and bond with the child.

Summary: Parents need to get to know their child so they can respond to their child's cues and needs. Parents should therefore be included in the child's care and skin to skin should be arranged. The wards noise level should be kept on a low level so that it doesn't overstimulate the child and so that the parents manage to concentrate on the child.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract.....	3
1. Bakgrunn.....	1
1.1 Presentasjon av temaet	1
1.2 Det premature barnet.....	1
1.3 Foreldrerollen	2
1.4 Sykepleierens rolle og funksjon.....	3
1.5 Hud-mot-hud-kontakt.....	4
1.6 John Bowlby - tilknytningsteori.....	5
1.7 Hensikt	6
1.8 Problemstilling	6
1.9 Presisering og avgrensning.....	7
2. Metode	7
2.1 Litteraturstudie	7
2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	7
2.3 Praktisk framgangsmåte ved litteratursøk.....	8
2.4 Kildekritikk	9
2.5 Forskningsetikk	10
3. Funn.....	11
3.1 Foreldrerollen	13
3.2 Kommunikasjon	13
3.3 Hud-mot-hud-kontakt.....	14
3.4 Miljøet på nyfødtintensiv.....	16

4. Drøfting	17
4.1 Inkludering av foreldrene.....	17
4.2 Kommunikasjon	19
4.3 Hud-mot-hud-kontakt.....	20
4.4 Miljøet på nyfødtintensiv.....	22
5. Konklusjon og implikasjoner for praksis	24
Referanseliste.....	25
Vedlegg 1: Sjekkliste	30

1. Bakgrunn

1.1 Presentasjon av temaet

I 2020 ble det født 52 979 levendefødte barn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021). Drøyt 10% av alle levendefødte barn i Norge blir lagt inn på en nyfødtintensivavdeling, heretter omtalt som nyfødtintensiv, hvor premature barn utgjør den største pasientgruppen (Rønnestad et al., 2020). Prematur betyr «før moden» og vil si at barnet er født før fullgatte svangerskapsuke 37. Omkring 6% av alle fødsler skjer mellom uke 22 og uke 37, hvor 0,5 % er ekstremt premature, det vil si før svangerskapsuke 28. Premature barn er ikke fullt utviklet og kan ha behov for ekstra hjelp den første tiden. De vil derfor bli overflyttet til nyfødtintensiv for observasjon og eventuell medisinsk behandling (Blix, 2019, s. 164).

Foreldre kan få en følelse av å være i en krisesituasjon når det nyfødte barnet deres legges inn på en nyfødtintensiv, og de kan ha behov for mye støtte og informasjon. Dessuten kan det ukjente teknologiske miljøet i avdelingen virke skremmende for mange foreldre (Holan & Hansen, 2019, s. 206). Tilstanden til premature barn tillater ikke alltid at foreldrene får holde barnet rett etter fødsel, noe som begrenser den tidlige kontakten og kan påvirke tilknytning mellom dem. I tillegg gir premature barn svakere signaler enn barn som er født til termin, og dette kan gjøre samspillet og tilknytningen til foreldre mer utfordrende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 132).

1.2 Det premature barnet

Premature barn står i fare for ulike utfordringer i utviklingen. Sykdommer og komplikasjoner knyttet til prematuritet skyldes organenes umodenhet. Generelt er derfor problemene større jo mer prematurt barnet er (Grønseth & Markestad, 2017, s. 221). Premature barn har blant annet økt risiko for komplikasjoner som oksygenmangel, hjerneblødninger, neurologiske skader, infeksjoner og umoden lungefunksjon (Bendiksen, 2019, s. 85). Den tynne huden til premature barn gjør at både varme- og væsketap ved fordampning kan bli stort (Grønseth & Markestad, 2017, s. 221). Premature barn er neurologisk umodne og sårbare, og tåler derfor mye mindre stimuli og gir svakere signaler enn et fullbårent barn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 132). I tillegg har de nedsatt evne til å filtrere eller stenge ute inntrykk, og kan derfor

lett bli overstimulert. For å forebygge komplikasjoner og senskader, må man tilpasse pleien og miljøet etter barnets sårbare, nevrologiske modenhet og toleranse for stimuli (Sandtrø, 2009, ss. 59-60).

1.3 Foreldrerollen

Det kan føles skremmende for mange foreldre når deres nyfødte barn legges inn på nyfødtintensiv. Det kan oppleves som en krisesituasjon for foreldrene, og de kan ha behov for mye støtte og informasjon (Holan & Hansen, 2019, s. 206). Foreldrene er barnets viktigste ressurser, og barnet trenger nærhet og omsorg fra dem. Ved innleggelse på nyfødtintensiv forsvinner ofte den naturlige fysiske nærheten mellom barnet og foreldrene. Dessuten tar det gjerne litt tid før foreldrene venner seg til den nye situasjonen og føler seg klar for å knytte seg til barnet. Engstelse, kaotiske tanker og usikkerhet med hensyn til hva som forventes av dem kan skape avstand i starten (Grønseth & Markestad, 2017, s. 131).

Utvikling av et barns tillit og mistillit avhenger av at det har både evne og mulighet til å kommunisere sine behov til omverdenen, og at omsorgspersonene responderer på barnets signaler (Steinnes, 2009, s. 51). Ettersom signalene er svakere hos for tidlig fødte barn kan det være vanskeligere å tolke for foreldrene. Dersom ikke foreldrene forstår barnets signaler kan det medføre at barnet blir utsatt for en overstimulering, noe som gjør det vanskeligere for det å delta i samspillsaktiviteter med andre personer (Ravn, 2009, s. 254). Vanskelige tolkbare signaler kan også gi foreldrene følelsen av at barnet avviser kontakt og at de selv mangler kompetanse i å samhandle med barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 132). Både hud-mot-hud-kontakt, opplæring i å tolke barnets kroppsspråk og deltakelse i pleien kan bidra til å øke foreldrenes følelse av å være kompetente til å ivareta omsorgen for barnet. (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134).

Barn er i økende grad innlagt på alenerom sammen med foreldrene sine, men det finnes fremdeles nyfødtavdelinger der foreldrene ikke kan overnatte. Det betyr at foreldrene må forlate barnet sitt for en periode (Heyn, 2018, s. 34). Foreldre forteller også om å måtte forlate barnet sitt under legevisitten, som kan vare i flere timer (Barneombudet, 2013). Seperasjon fra barnet er en betydelig årsak til foreldres stress (Kynø et al., 2013). I Norge har imidlertid foreldre hatt større tilgang til samvær med sine premature barn som er innlagt på

nyfødte intensiv, sammenlignet med foreldre i land utenfor Skandinavia (Nugent et al., 2018, s. 214). Det har blant annet sammenheng med at det i «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon» (2000, § 6, første ledd) står at det nyfødte barnet har rett til å ha en av foreldrene til stede hos seg under oppholdet på avdelingen. Ved alvorlig/livstruende sykdom hos barnet er denne rettigheten utvidet til å gjelde begge foreldrene. Helsepersonell har med andre ord plikt til å legge til rette for at det nyfødte barnet skal ha mest mulig samvær med foreldrene sine. I tillegg presiseres det i § 6 at foreldre skal ha adgang til egnet oppholdsrom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6, fjerde ledd).

1.4 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleiere bør så tidlig som mulig legge til rette for å oppmuntre foreldrene til å ivareta omsorgsoppgaver de kan håndtere. Ved å gi støtte og oppmuntring underveis bidrar man til at foreldrene gradvis blir tryggere i omsorgsrollen (Pellikka et al., 2020). Foreldrene bør behandles som likeverdige samarbeidspartnere av sykepleiere, og bli involvert i beslutninger som vedrører barnet og familien (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134). Sykepleiere kan bidra til at foreldrene får selvtillit i foreldrerollen ved å oppmuntre dem til å være sammen med barnet og anerkjenne dem som en viktig ressurs (Grønseth & Markestad, 2011, s. 73).

I «Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon» (2000, § 6, andre ledd) står det at personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de både kan og ønsker å utføre mens de er hos barnet. Det betyr at foreldrene har rett til å ta del i pleien av barnet sitt hvis de ønsker det. I tillegg står det videre i §6, andre ledd at foreldre skal få fortløpende informasjon om sykdommen, noe som også slås fast i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2, første ledd), hvor det står at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Som hovedregel kan helsepersonell derfor ikke la være å informere foreldrene og de skal være med å ta avgjørelser som tas på barnets vegne.

Sykepleieren har samtidig ansvar for å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4, første ledd). Molven (2019, s. 140) beskriver kjernen i forsvarlighetskravet som den faglige og verdimesig gode

handlingen. Med andre ord handler forsvarlighet i stor grad om å gjøre det som gagnar pasienten, og ikke det som skader.

Sykepleieren og foreldrene skal samarbeide for å fremme barnets helse, med andre ord er de samarbeidspartnere i «empowermentprosessen» (Tveiten, 2012, s. 49). Tveiten (2018, s. 242) beskriver empowerment som å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. I dette tilfelle vil det gjelde foreldrenes kontroll over barnets helse. Ifølge Tveiten (2012, s. 48) er brukermedvirkning sentralt i empowerment-tenkningen, og innebærer at foreldrene deltar i omsorg, behandling og pleie ut fra sine forutsetninger, og ut fra hva som er faglig forsvarlig. Et annet viktig prinsipp i empowerment-tenkningen er at foreldrene betraktes som eksperter på seg selv og barnet, mens sykepleieren er eksperten på det faglige området. Enkelte ganger er det ikke samsvar mellom sykepleierens og foreldres oppfatning om hva som er til barnets beste. Derfor er det avgjørende at sykepleieren gjør etiske og faglige vurderinger (Tveiten, 2012, s. 49).

Når sykepleieren samarbeider med foreldrene om empowermentprosessen, er den pedagogiske funksjonen betydningsfull, som blant annet innebærer å informere, veilede og undervise foreldrene (Tveiten, 2012, s. 158). Dette er viktige sykepleieoppgaver på nyfødtintensiv (Ravn, 2009, s. 254). Foreldre har et stort behov for støtte og informasjon om hva som foregår med sitt barn. I tillegg må sykepleieren lære foreldrene hvordan de skal lese og tolke barnets signaler (Strandås & Fredriksen, 2014). Sykepleierens holdning og måte å kommuniserer på er avgjørende for at foreldrene skal føle seg ivaretatt i avdelingen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134). Sykepleieren kan gi støtte ved å lytte til og vise forståelse for situasjonen foreldrene er i, og involvere, veilede og oppmuntre dem til å ta del i omsorgen, kommunisere åpent og gi kontinuerlig informasjon om ting som vedrører barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134; Kearvell & Grant, 2010). Dette bidrar til å redusere foreldrenes stress og gjøre dem mer selvsikker i foreldrerollen (Kearvell & Grant, 2010; Kynø, et al. 2013).

1.5 Hud-mot-hud-kontakt

Premature barn har et grunnleggende behov for hudkontakt med sine foreldre (Steinnes, 2009, s. 53). Det anbefales at barnet skal legges på brystet til en av foreldrene så tidlig som mulig etter fødsel, da dette blant annet har positive innvirkninger på tilknytningen og barnets

fysiologiske tilstand (Ludvigsen et al., 2015). Ved hud-mot-hud-kontakt, også kalt kenguruomsorg, blir barnet lagt til mor eller far sitt avdekket bryst mens de sitter i oppreist stilling, mens barnet er nakent, kun iført bleie og eventuelt lue (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134). I intensivfasen kan behovet for hudkontakt ivaretas ved at foreldrene holder varme, rolige hender rundt barnet i kuvøsen. Så snart barnet er stabilt nok, bør det komme ut på mor eller far sitt bryst (Steinnes, 2009, s. 53).

Å ligge hud-mot-hud har mange fordeler både for foreldrene og det premature barnet. Det har positiv effekt på blant annet barnets puls- og respirasjonsfrekvens, oksygenmetning og kroppstemperatur. I tillegg reduseres stress hos barnet og det gir bedret kognitiv utvikling. Barnet reagerer også mindre under smertefulle prosedyrer som blir utført mens det ligger på brystet til en av foreldrene (Gardner & Niermeyer, 2021, s. 97-98). Det er vist at barnet har bedre vekstøkning, får færre infeksjoner, har behov for færre medisinske prosedyrer og viser mindre tegn til smerte dersom det får muligheten for tettere kontakt med foreldre, som blant annet hud-mot-hud-kontakt (Lester et al., 2014).

I tillegg til at hud-mot-hud-kontakt er vist å stabilisere barnets fysiologiske tilstand, fremmer det også tilknytningen mellom foreldrene og barnet, reduserer foreldrenes stress, og er gunstig for ammingen og melkeproduksjonen (Gardner & Niermeyer, 2021, s. 97-98). Andre fordeler med å ha barnet liggende på brystet er at det gir mulighet for bedre og tidligere å bli kjent med barnet sitt, tidligere lære å tolke barnets signaler (Kearvell & Grant, 2010; Steinnes, 2009, s. 55). Det bidrar også til at foreldrene føler de gjør noe viktig for barnet (Martel et al., 2016). Bruk av kengurumetoden kan imidlertid føre til bekymringer hos foreldrene knyttet til sikkerheten hos barnet på grunn av den medisinske tilstanden til barnet (Kearvell & Grant, 2010, Martel et al., 2016). Tidsbegrensing i form av mangel på undervisning og observasjon av teknikken kan gjøre foreldre usikre ved bruk av metoden (Kearvell & Grant, 2010).

1.6 John Bowlby - tilknytningsteori

Jeg ønsker å belyse problemstillingen på bakgrunn av Bowlbys tilknytningsteori. Ifølge Bowlby (1994, s. 36) sier man at et barn er knyttet til eller har en tilknytning til en person dersom barnet er sterkt disponert for å søke nærhet og kontakt med den gjeldende personen. Dette gjelder særlig under bestemte betingelser, som når han eller hun trenger støtte, hjelp og

beskyttelse. Bowlby (1994, s. 35) beskriver hvordan mennesker har et grunnleggende biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for overlevelse og utvikling, og beskriver det som en beskyttelsesfunksjon. Teorien fremlegger tre primære tilknytningsmønstre; sikker, engstelig og engstelig unnvikende. Hvilket tilknytningsmønster som utvikles, påvirkes i høy grad av hvordan omsorgsgiveren reagerer på barnets signaler og behov. Det sikre tilknytningsmønsteret innebærer at barnet har fullt tillit til at foreldrene er til rådighet og vil hjelpe og reagere kjærlig dersom behovet for trøst og/eller beskyttelse skulle oppstå. Et engstelig tilknytningsmønster impliserer at barnet ikke er sikker på om foreldrene er til rådighet. Til slutt går den engstelige, unnvikende tilknytningen ut på at barnet ikke tror at foreldrene vil reagere hjelpsomt når det søker omsorg (Bowlby, 1994, s. 138-139).

Det er vanlig å skille mellom tilknytning og tilknytningsadferd. Barn begynner å vise former for adferd som fremmer nærhet eller kontakt med de viktigste omsorgspersonene allerede som nyfødte (Brandtzæg et al., 2011, s. 20). Tilknytningsadferd er en form for adferd som har som funksjon at barnet oppnår eller opprettholder kontakt og nærhet til omsorgsgiveren. Det vil være mest synlig når barnet er redd, utmattet eller sykt og har behov for trøst og omsorg (Bowlby, 1994, s. 35). Spedbarn har ulike former for tilknytningsadferd, som for eksempel å gråte, smile, vokalisere, klamre og krabbe. I barnets første levemåneder er det ikke selv i stand til å regulere den fysiske avstanden til andre mennesker, men signalene øker sannsynligheten for nærhet og kontakt (Brandtzæg et al., 2011, s. 20).

1.7 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse metoder sykepleier kan bruke for å fremme tilknytning mellom foreldre og premature innlagt på nyfødtintensiv, til tross for eventuelle utfordringer dette kan by på.

1.8 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier fremme tilknytning mellom foreldre og premature barn på nyfødtintensiv avdeling?»

1.9 Presisering og avgrensning

Oppgaven avgrenses til de premature født fra gestasjonsuke 28, ettersom de ekstremt premature er svært sårbare og kan ha en lang periode med intensivbehandling. Dette skal skje på en avdeling med spesialkompetanse på behandling av ekstremt premature, og det er begrenset hvor mye foreldrene får bidratt med omsorgen til barnet de første ukene (Oslo Universitetssykehus, 2020). Det avgrenses ikke til om det er forutsatt prematur fødsel eller ikke. Jeg ønsker å ta for meg tilknytningen mellom premature barn og begge foreldrene.

2. Metode

Metoden sier noe om hvordan man bør gå frem for å fremskaffe ny kunnskap eller til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap (Aubert, referert i Dalland, 2017, s. 111). Metoden hjelper oss med å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s. 51).

2.1 Litteraturstudie

Metoden jeg har brukt for å belyse oppgavens problemstilling er litteraturstudie. I den litterære oppgaven er det hentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Litteraturstudien skal være basert på data fra publiserte vitenskapelige artikler, og valg av disse primærstudiene skal gjøres systematisk (Johannessen et al., 2016, s. 105). Formålet med en litteraturstudie er å gi leseren oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det aktuelle området problemstillingen etterspør, samt hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80). En svakhet med litteraturstudie kan være at forfatteren kun har hatt tilgang til et begrenset antall studier, eller at forfatteren har valgt selektivt på grunn av et ønske om å finne forskning som støtter opp mot egne meninger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitative metoder kjennetegnes ved at de gir data i form av tall. Slike målbare enheter gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner.

Ved kvalitative metoder er utgangspunktet for dataanalyse å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative og kvalitative metoder vil på hver sin måte bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler (Dalland, 2017).

For å svare på problemstillingen har jeg brukt både kvalitative og kvantitative studier, hvor flesteparten er kvalitative. Fordelen med kvalitative studier er at utgangspunktet for dataanalyse er basert på dybdeintervju, noe som gir oss mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Denne metoden vil være nyttig når man ønsker svar på hvordan noe oppleves, virker eller foregår (Thidemann, 2019, s. 76). Kvantitative studier kan fortelle noe om utbredelse av noe (Christoffersen et al., 2015, s. 18).

2.3 Praktisk framgangsmåte ved litteratursøk

I litteratursøket har jeg tatt utgangspunkt i databasene Medline, CINAHL og PubMed. Databasene inneholder referanser innen sykepleie og tilgrensende fag som inkluderer blant annet tidsskriftartikler, bøker og avhandlinger (Høgskulen på Vestlandet, u.å). For å finne relevante artikler brukte jeg ulike kombinasjoner av søkeordene; premature, premature infants, neonatal intensive care unit, nicu, nurse*, attach*, parental attach*, bond*, attachment behavior, parent-child relations, parent-infant attachment og parent-infant bonding. I søkestrategien brukte jeg «AND» mellom ordene for å avgrense søket og «OR» for å utvide. Søkene mine er avgrenset til artikler publisert de siste ti årene. I tillegg begrenset jeg til engelsk og norsk språk, slik at jeg kunne forstå innholdet. For å finne artikler som er vurdert og godkjent avgrenset jeg også til Peer Reviewed. Antall treff varierte etter hvilken database jeg søkte i, og noen av artiklene fikk jeg opp i flere databaser. Jeg gjorde også et enkeltsøk på sykepleien.no med søkeordet «prematuro», og avgrenset søket til forskning. Søkene er gjort i perioden februar 2021 til april 2021.

Videre gikk jeg strukturert gjennom treffene og leste sammendragene på de artiklene som virket relevant basert på tittel. Jeg ønsket å finne artikler som så på ulike faktorer som påvirket tilknytningen mellom premature barn og foreldre. I tillegg ønsket jeg å finne artikler som så på hvordan foreldre opplevde å ha sitt premature barn innlagt på nyfødttintensiv, og hvordan dette påvirket deres opplevelse av tilknytning til barnet. Jeg ønsket også å se på foreldrenes

behov for informasjon, veiledning og støtte fra helsepersonell, og hva sykepleiere kan gjøre for å dekke dette behovet. I søkeprosessen endte jeg opp med å bruke én artikkel fra CINAHL, tre artikler fra PubMed, én fra sykepleien.no og én fra sekundærsøk, hvor artikkelen var referert i en annen artikkel jeg har lest. Jeg har inkludert artikler som har foreldreperspektiv og artikler som har sykepleieperspektiv. Artikler som omhandler ekstremt premature er blitt ekskludert. Tabell 1. viser en oversikt over kombinasjoner av søkeord og antall treff disse gav.

Tabell 1. Oversikt over søk

Database	Søkeord	Antall treff	Inkluderte artikler
Medline	premature infant AND neonatal intensive care units AND (parent-infant attachment OR parent-child relations OR parents OR parent-infant bonding OR attach*) AND (nursing care OR infant care OR nursing staff OR neonatal nursing OR nurs*).	96	0
CINAHL	premature infant AND neonatal intensive care units AND (parent-infant attachment OR parent-infant relations OR parents OR parent-infant bonding) AND nurs*.	34	1
PubMed	premature infant AND neonatal intensive care units AND (parent-infant attachment OR parent-infant relations OR parents OR parent-infant bonding) AND nurs*.	356	3

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å fastslå om en kilde er troverdig, og gjøres ved å vurdere og karakterisere litteraturen som brukes i oppgaven. I tillegg skal kildekritikken vise at du kan forholde deg kritisk til kildemateriale, og redegjøre for hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. Litteraturens gyldighet og relevans for oppgavens problemstilling skal vurderes (Dalland, 2017, s. 158). De utvalgte forskingsartiklene for oppgaven ble kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister, og den utvalgte forskningen er således av tilfredsstillende kvalitet. Vedlegg 1 viser et eksempel på en besvart kvalitativ sjekklister. Jeg har bevisst kun valgt ut artikler som er fagfellevurdert.

Etter litteratursøket leste jeg flere studier for å finne ut hvilken relevans de hadde for min problemstilling. Det første jeg sjekket var om artikkelen hadde en klart formulert problemstilling. Videre så jeg på hvilken metode som var brukt og om den var egnet til å belyse artikkelens problemstilling. Til slutt leste jeg over resultatene og diskusjonen og vurderte hvor

vidt det kunne belyse min problemstilling. For at artikkelen skulle være relevant for meg måtte den blant annet ta for seg premature barn og deres utvikling, og foreldre og deres opplevelser og behov knyttet til det å ha sitt barn innlagt på nyfødtintensiv. Det var også relevant å finne ut av sykepleieres opplevelser og erfaringer, og hvilke behov de tenkte var viktige for det premature barnet og foreldrene. Dette for å undersøke om sykepleierne og foreldres opplevelser stemte overens, og eventuelt finne områder med behov for forbedring.

Alle forskningsartiklene som er brukt i oppgaven er publisert etter 2014, og jeg anser derfor kunnskapen som oppdatert og aktuell. Tre av forskningsartiklene som er brukt er fra land utenfor Skandinavia, noe jeg anser som svakheter ettersom organiseringen av helsepersonell og praktisering av helsetjenester kan være forskjellig fra Norge. Studiene kan dermed ha funn som ikke er overførbare til Norge. Det kan for eksempel være store forskjeller i rettigheter for foreldre med barn innlagt på sykehus, noe som kan påvirke muligheten for tilknytning mellom dem. Samtidig vil de premature barna ha samme behov uansett hvor de blir født, og jeg har derfor vurdert disse artiklene som relevant. To av studiene som er inkludert i oppgaven tar utgangspunkt i nyfødtintensivavdelinger i Norge, og én studie tar utgangspunkt i andre land i Skandinavia.

2.5 Forskningsetikk

Alle som arbeider med forskning innen helsefag må gjøre det etisk forsvarlig. Forskningsetikk handler om vurdering av forskning til samfunnets normer og verdier. Vurderingen dekker alle sider ved forskningen, alt fra planlegging og gjennomføring, til hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres. Det handler om å sikre troverdigheten av forskningsresultatene og ivareta personvernet. Forskningens mål om å finne ny kunnskap skal heller ikke gå på bekostning av forsøkspersonenes integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) med Personvernombudet for forskning og de Nasjonale forskningsetiske komiteene skal sikre at forskningsetiske normer og verdier blir ivaretatt innen utdanning og forskning. De veileder og gir råd til institusjoner, forskere og studenter i personvernspørsmål og forskningsetiske spørsmål. Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra en av sju regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk (Dalland, 2017, ss. 236-238). Det er derfor viktig for meg å undersøke om forskningsartiklene er godkjent av etisk komite. Gjennom litteratursøket og analysen gjorde jeg etiske overveielser, og sjekket at personvernet i forskningsartiklene er ivaretatt. Alle de utvalgte artiklene er godkjent av etisk komite.

3. Funn

Analysen startet ved at jeg lagde en omfattende og detaljert resultatmatrise over de valgte artiklene. Dermed fikk jeg en oversikt over hvilke tema de ulike artiklene tok for seg, og kunne lettere sammenligne funnene. Videre komprimerte jeg matrisen ved å trekke ut hovedessensen i artiklene. Jeg vil gjøre en tematisk presentasjon av resultatene. Tabell 2 viser en oversikt av resultatene av de inkluderte artiklene.

Tabell 2: Resultatmatrise av inkluderte artikler

Forfattere/ (årstall)/land	Hensikt/mål	Metode/ studiedesign	Resultat/funn	Tema
Treherne et al., (2017). Canada	Å undersøke foreldres opplevelse av nærhet til og separasjon fra deres premature barn innlagt på nyfødtintensiv.	Kvalitativ metode Deltakerne tok lydopptak på en app utviklet for studiens formål. Lydopptakene ble spilt inn etter hendelser som fikk dem til å føle nærhet eller separasjon til barnet. 20 deltakere	Foreldrene opplevde nærhet til barnet sitt når de fikk utøve foreldrerollen. De følte på separasjon når de ikke fikk mulighet til å være sammen med barnet. Ansattes kommunikasjon kunne bidra til både følelse av nærhet og separasjon, avhengig av situasjonen. Miljøet på nyfødtintensiv avdeling har påvirkning på foreldrenes følelse av nærhet til barnet.	Foreldredeltakelse Kommunikasjon Miljøet på nyfødtintensiv
Flacking et al., (2016). Sverige, England og Finland	Å undersøke hvordan og hvorfor foreldre opplever emosjonell nærhet til deres barn på nyfødtintensiv.	Kvalitativ metode 23 deltakere.	Foreldrene opplevde emosjonell nærhet til barnet ved; - fysisk nærhet til barnet. - å tilbringe tid sammen med barnet. - å få bekreftelse på, samt kunne bidra til barnets velvære. - å utføre «vanlige» oppgaver, som å bytte bleie, bade og kle barnet.	Hud-mot-hud-kontakt Foreldredeltakelse Kommunikasjon

			Kunnskap om barnets medisinske tilstand bidro til økt selvtillit i foreldrerollen.	
Prouhet et al., (2018). US, Portugal, New Zealand, India, Japan, Canada, Israel, Argentina, Chile, Paraguay og Peru.	Å undersøke utbredelsen av psykologisk stress og type stressorer hos fedre til nyfødte innlagt på nyfødteintensiv.	Systematisk oversikt, litteraturstudie	Fedre til barn innlagt på nyfødteintensiv opplever stress, spesielt fedre til premature barn og til barn med ekstrem lav fødselsvekt. Faktorer som bidro til stress: <ul style="list-style-type: none"> - Miljøet på avdelingen. - Endring i foreldrerollen. - Barnets adferd, spesielt for fedre til barn med ekstremt lav fødselsvekt. - Ansattes kommunikasjon og adferd. - Følelsen av hjelpeløshet overfor barnet. - Å være separert fra barnet. - Manglende støtte. 	Foreldredeltakelse Kommunikasjon Miljøet på nyfødteintensiv
Cho et al., (2016). Sør-Korea	Å identifisere effekten av kenguruomsorg på premature barns fysiologiske tilstand, tilknytning mellom mor og barn og mødrenes stress.	Kvantitativ metode Kvasiekperiment 40 deltakere (20 i forsøksgruppen, og 20 i kontrollgruppen)	Mødrene i forsøksgruppen skåret høyere på tilknytning mellom mor og barn på post-testen sammenlignet med kontrollgruppen. Det var signifikant reduksjon i mødrenes stress i forsøksgruppen.	Hud-mot-hud-kontakt
Moe et al., (2017). Norge	Å beskrive sykepleiers erfaringer med hva som er viktig i møte og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn.	Kvalitativ metode Intervju 5 deltakere	Det er avgjørende å etablere en relasjon basert på empati i møte med foreldrene. Det er viktig å informere, veilede og diskutere hvordan foreldrene kan ta del i omsorgen, da dette kan bidra til mestringsfølelse og fremme deres tilknytning til barnet.	Kommunikasjon Foreldredeltakelse
Drejer & Skjelstad (2014). Norge	Å undersøke hvordan foreldre til premature barn opplever bruken av heldøgns kenguruomsorg (KO) og personalets veiledning.	Kvalitativ og kvantitativ metode Spørreskjema og dybdeintervju. 53 deltakere (30 familier).	KO bidro til å gjøre de fleste foreldrene tilfreds og trygge i foreldrerollen, samt fremme tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn. Enkelte foreldre opplevde heldøgns KO for krevende, og noen syntes det var vanskelig å oppfylle personalets forventninger til bruk av KO. Noen foreldre opplevde en frykt for å skade barnet, noe som ble forsterket av alarmer som ble utløst og å være på enerom.	Hud-mot-hud-kontakt Foreldredeltakelse Kommunikasjon Miljøet på nyfødteintensiv

3.1 Foreldrerollen

Treherne et al. (2017) fant i sin studie at foreldrene opplevde nærhet til barnet sitt når de fikk utøve foreldrerollen, spesielt når de fikk være selvstendige. Foreldrene følte på nærhet når de forsørget og ble kjent med barnet ved å mate, holde og samhandle med barnet (Treherne et al., 2017). I studien til Flacking et al. (2016) fremkommer det også at foreldrene opplevde emosjonell nærhet til barnet når de fikk muligheten til å bidra til barnets velvære. Å utføre «vanlige» oppgaver som å bytte bleie, bade og kle på barnet sitt fikk foreldrene til å føle at barnet var deres (Flacking et al., 2016). Når sykepleiere kom inn for å hjelpe ga dette en påminnelse om at de selv ikke hadde mulighet til å dekke barnets behov. Dette fikk dem til å føle seg separert fra barnet (Treherne et al., 2017). Prouhet et al. (2018) fant at endring i foreldrerollen var stressende for fedrene, hvor blant annet følelsen av hjelpeløshet overfor barnet og å være separert fra barnet var sentrale faktorer. Barnets væremåte og adferd hadde også stor betydning for fedres stress, men dette var noe som reduserte over tid.

Moe et al. (2017) får frem i sin studie at sykepleierne la vekt på viktigheten av å informere, veilede og diskutere hvordan foreldrene kunne ta del i omsorgen til barnet, da de mente dette kan bidra til mestringsfølelse og fremme deres tilknytning til barnet. Nettopp det fremkommer i studien til Treherne et al. (2017), hvor foreldrene uttrykte hadde mer kontroll og følte mer nærhet til barnet sitt når ansatte informerte foreldrene om barnets helsetilstand og inkluderte dem i planer, avgjørelser og anerkjente dem som en viktig ressurs for barnet (Treherne et al., 2017). Studien til Flacking et al. (2016) fant at foreldrene fikk økt selvtillit i foreldrerollen ved å bli kjent med barnet og dets medisinske tilstand gjennom informasjon fra ansatte og ved å være sammen med barnet.

3.2 Kommunikasjon

Treherne et al. (2017) fant at ansattes kommunikasjon kunne bidra til både følelse av nærhet til og separasjon fra barnet, avhengig av situasjonen. Foreldre følte mer nærhet til barnet sitt når ansatte informerte foreldrene om barnets helsetilstand (Treherne et al., 2017). I studien til Flacking et al. (2016) beskrev også de foreldrene viktigheten av å forstå hva som foregår for å føle emosjonell nærhet til barnet. Litteraturstudien til Prouhet et al. (2018) konkluderer med at ansattes kommunikasjon og adferd var en stressor for fedre, og det var korrelert med fedrenes oppfattelse av barnets helsetilstand. Det fremkommer i Treherne et al. (2017) sin

studie at foreldrene ble bekymret, engstelig og følte seg separert fra barnet når helsepersonell ikke kunne svare på spørsmål angående deres barn. Foreldrene følte derimot nærhet til barnet når de snakket om barnet sitt sammen med sykepleiere som pleiet barnet deres og kjente det godt (Treherne et al., 2017).

Oppholdet på nyfødtintensiv beskrives av mange foreldre som overveldende og som en tid fylt med bekymringer, venting og mangel på kontroll (Moe et al., 2017). Prouhet et al. (2018) konkluderer med at fedrene til barn innlagt på nyfødtintensiv opplever stress, spesielt fedre til premature barn og til barn med ekstrem lav fødselsvekt. En faktor som påvirket fedrenes stressnivå var manglende støtte (Prouhet et al., 2018). Flacking et al. (2016) presiserer i sin studie at det å vite hvordan pleien ble utført (prosedyrer, teknisk utstyr, avdelingens rutiner), hva som var forventet av dem som foreldre, og å forstå barnets signaler bidro til at foreldrene slappet mer av og var mer til stede i situasjonen (Flacking et al., 2016). I Moe et al. (2017) sin studie trekker sykepleiere frem at foreldre trenger å bli sett, forstått og få støtte i den vanskelige situasjonen de er i. De mener det kan bidra til å bearbeide inntrykk og reaksjoner i forbindelse med det som har skjedd, og at det dermed kan bli lettere for dem å ta imot informasjon, samt konsentrere seg om omsorgen til barnet på en bedre måte.

I Drejer og Skjelstad (2014) sin undersøkelse viste at det kun var et lite flertall av foreldrene som synes det var lett å leve opp til personalets forventninger. Enkelte foreldre følte på dårlig samvittighet grunnet personalets forventninger om hvor lenge foreldre skulle sitte i kenguruomsorg (Drejer & Skjelstad, 2014). I studien til Moe et al. (2017) beskrev alle sykepleierne det som avgjørende å etablere en relasjon basert på empati i møte med foreldrene. Det var da spesielt viktig å gi aksept og være åpne og tolerante for forskjellige reaksjoner hos foreldrene. De presiserte også at aktiv lytting for å oppnå forståelse av hverandre bør være gjennomgående for relasjonen, og sykepleieren må ikke snakke over hode på foreldrene. (Moe et al., 2017).

3.3 Hud-mot-hud-kontakt

Flere studier viser at hud-mot-hud-kontakt fikk foreldrene til å føle nærhet til barnet sitt (Drejer & Skjelstad, 2014; Flacking et al., 2016; Treherne et al., 2017). I undersøkelsen til Cho et al. (2016) kom det frem at mødrene som hadde utført kenguruomsorg 30 minutter tre

ganger i uken totalt 10 ganger skåret høyere på tilknytning mellom mor og barn, sammenlignet med kontrollgruppen. Flacking et al. (2016) fant at å ha barnet liggende hud-mot-hud var en aktivitet som fremmet kjærlighet og tilknytning til barnet. Mange av foreldrene i studien fikk følelsen av at barnet var deres første gang de holdt/lå hud-til-hud med barnet. Også i studien til Drejer og Skjelstad (2014) fremmet hud-mot-hud-kontakt tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn. Foreldrene i studien uttrykket at de opplevde nærheten som kjærlighets- og trygghetsskapende og som «medisin» både for dem selv og barnet. Det samme kommer frem i studiene til Flacking et al. (2016) og Treherne et al. (2017) hvor de fant at foreldrene følte at de ga viktig omsorg og beskyttelse til barnet ved hud-mot-hud-kontakt.

Fysiologiske mål, som puls- og oksygenmetningsverdier, ble konkret bevis på at barnet trivdes og stabiliserte seg fysiologisk når det lå hud-mot-hud. Dette motiverte enkelte foreldre til bruk av metoden (Drejer & Skjelstad, 2014). Drejer og Skjelstad (2014) fremhever i sin studie at hud-mot-hud-kontakt bidro til å gjøre de fleste foreldrene tilfreds og trygge i foreldrerollen. Foreldre beskrev at de lærte bedre barnet å kjenne. Foreldre i studien til Treherne et al. (2017) uttrykket også at hud-mot-hud-kontakt gav dem en god mulighet til å bli kjent med hverandre, og kommunisere med barnet gjennom prat, sang, blick og smil.

Mange foreldre opplevde emosjonell nærhet ved å tilbringe tid sammen med barnet (Flacking et al., 2016; Treherne et al., 2017). Motsatt følte foreldrene seg separert fra barnet når de var nødt til å avbryte hud-mot-hud-kontakten (Treherne et al., 2017). Cho et al. (2016) fant i sin undersøkelse at hud-mot-hud-kontakt bidro til å redusere mødres stressnivå. Drejer og Skjelstad (2014) presiserer imidlertid i sin studie at enkelte foreldre opplevde heldøgns kenguruomsorg for krevende, og noen syntes det var vanskelig å oppfylle personalets forventninger til bruk av kenguruomsorg. Noen få foreldre vurderte at deres barns behov var uforenelige med personalets anbefalinger om mest mulig kengurutid. Kenguruomsorg ble da forbundet med for mye stimulering for barnet, og det å ligge alene i sengen ble forbundet med hvile (Drejer & Skjelstad, 2014).

3.4 Miljøet på nyfødtintensiv

Ifølge Treherne et al. (2017) har miljøet på nyfødtintensiv avdeling påvirkning på foreldrenes følelse av nærhet til barnet. Avdelingen hvor studien ble utført kunne være travel, folksomt og preget av støy, noe som medførte at foreldrene kunne bli distraheret og mindre engasjert i sitt barn. Foreldrene mente det var vanskelig å ha private, rolige stunder som en familie. Støy fra medisinsk utstyr, monitorer, folk og andre nyfødte opplevdes forstyrrende og førte til at foreldre følte seg separert fra barnet sitt. Foreldrene følte nærhet til barnet i stunder da det var rolig og stille på avdelingen (Treherne et al., 2017). Flacking et al. (2016) får frem i sin studie at det å få bekreftelse på barnets velvære var sentralt for å føle nærhet til barnet. Foreldrene fikk en slik bekreftelse gjennom tegn på medisinsk bedring, som når legemidler ble seponert, barnet ble flyttet fra kuvøse til seng og medisinsk utstyr som overvåkning, pustestøtte og sonde ble fjernet (Flacking et al., 2016).

Litteraturstudien til Prouhet et al. (2018) konkluderer med at miljøet på avdelingen påvirket stressnivået hos fedrene i forskjellig grad. Flere studier fant at observasjoner og støy på avdelingen var den største faktoren for stress hos fedre (Prouhet et al., 2018). Drejer og Skjelstad (2014) fant i sin studie at enkelte foreldre opplevde en frykt for å skade barnet når barnet lå i kenguruposisjon på brystet deres og ansatte kom for å jobbe med barnet. Denne frykten ble forsterket av alarmer som ble utløst, og foreldrene fortalte at de savnet opplæring i alarmene. Det å være på enerom var også noe som forsterket frykten for å skade barnet (Drejer & Skjelstad, 2014).

4. Drøfting

For å kunne si noe om hvordan sykepleier kan fremme tilknytning mellom foreldre og premature barn på nyfødtintensiv avdeling, må vi vite noe om utfordringer knyttet til tilknytningsprosessen og sykepleierens rolle. De ulike funnene i oppgaven skal drøftes opp mot valgt teori om det premature barnet, foreldrenes rolle og reaksjoner, sykepleierens rolle og funksjon, samt tilknytningsprosessen. For å kunne gi en helhetlig forståelse og svare på problemstillingen vil jeg drøfte med utgangspunkt i følgende tema; inkludering av foreldrene, kommunikasjon, hud-mot-hud-kontakt og miljøet på nyfødtintensiv.

4.1 Inkludering av foreldrene

Resultatene i denne litteraturgjennomgangen indikerer at foreldredeltakelse i pleien og omsorgen til barnet bidrar positivt i tilknytningen mellom dem. Foreldrene opplever nærhet til barnet sitt når de utøver foreldrerollen, får være selvstendige og bidra til barnets velvære ved å amme, mate, stelle, holde og samhandle med barnet (Flacking et al., 2016; Treherne et al., 2017). Disse funnene samsvarer med litteraturen og tidligere forskning som understreker at foreldredeltakelse i pleien kan bidra til at foreldrene blir tryggere i omsorgsrollen, og til å opprette en tilknytning mellom dem og barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134; Kearvell & Grant, 2010).

Funnene i studiene som er gjennomgått viser at sykepleierens pedagogiske ferdigheter er sentrale for at foreldrene skal delta i omsorgen til barnet, samt å få selvtillit i foreldrerollen. Sykepleier kan bidra til å øke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen ved å informere dem om barnets medisinske tilstand og tilrettelegge for at foreldrene og barnet får tilbringe mest mulig tid sammen. I tillegg kan det å lære foreldrene å forstå barnets signaler bidra til at de slapper mer av og er mer til stede i situasjonen (Flacking et al., 2016). Tidligere forskning har vist at det er essensielt at barnet er nær sine omsorgspersoner slik at de har mulighet til å reagere på barnets signaler og behov (Kearvell & Grant, 2010), noe som også Bowlby (1994, s. 138) beskriver som grunnleggende for en sikker tilknytning. Opplæring i å tolke barnets kroppsspråk er da helt nødvendig, og kan bidra til å øke foreldrenes følelse av å være kompetente til å ivareta omsorgen for barnet. (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134). Funn tilsier også at barnets væremåte og adferd har betydning for fedres stressnivå (Prouhet et al.,

2018). Det tydeliggjør at sykepleieren har en viktig oppgave i å informere og lære foreldre om barnets umodenhet og signaler. Slik informasjon kan bidra til å forebygge misforståelser og korrigere feilaktige forestillinger, og dermed bidra til å redusere unødige bekymringer (Eide og Eide, 2017, s. 73; Heyn, 2018, s. 42).

At sykepleiere tar ansvar for mye av pleien og omsorgen til barnet kan gi foreldre en påminnelse om at de selv ikke har mulighet til å dekke barnets behov. Noe som kan ha negativ innvirkning på tilknytningsprosessen mellom dem og barnet (Treherne et al., 2017). En slik følelse av hjelpeløshet overfor barnet kan også føre til stress hos foreldrene (Prouhet et al., 2018). Funnene tilsier at sykepleieren kan bidra til å gi foreldrene mestringsfølelse og en følelse av å ha kontroll ved å informere, veilede og inkludere dem i planer og avgjørelser, samt anerkjenne dem som en viktig ressurs for barnet (Moe et al., 2017; Treherne et al., 2017). Disse funnene stemmer overens med litteraturen som sier at foreldre får selvtillit i foreldrerollen ved å tilbringe tid sammen med barnet, og ved å bli anerkjent som en viktig ressurs (Grønseth & Markestad, 2011, s. 73). Medvirkning og anerkjennelse av foreldrenes kompetanse er sentrale prinsipp i empowermentprosessen. For at foreldrene skal kunne medvirke og bli anerkjent, må sykepleier ha en åpen dialog med dem, høre hva de tenker, trenger og hva de synes er utfordrende. Foreldrene og sykepleieren er eksperter på hvert sitt område, og begge område må kommuniseres og respekteres (Tveiten, 2012, s. 73).

Det kan imidlertid være utfordrende for sykepleieren å finne den rette balansen mellom involvering av foreldre og grensesetting. Ettersom det premature barnet er svært sårbart og tåler lite stimuli, kan noe så lite som å skifte en bleie, ofte gjøre barnet stresset og overstimulert. Det er da sykepleierens kompetanse som avgjør om barnet er klar for at foreldrene overtar enkelte oppgaver (Heyn, 2018, s. 37). Sykepleieren skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4-1). Sykepleier må derfor avgjøre hvilke oppgaver som er forsvarlig at foreldrene utfører og om barnet er klar for det.

4.2 Kommunikasjon

Funnene tydeliggjør at foreldrenes informasjonsbehov er stort, og at dersom sykepleieren ikke har tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter eller kunnskap vil det påvirke tilknytningen mellom foreldrene og det premature barnet. En stor del av sykepleierens hverdag på nyfødtintensiv går med til samtaler med foreldre. Sykepleierens adferd og kommunikasjon kan bidra både positivt og negativt i tilknytningen (Flacking et al., 2016; Prouhet et al., 2018; Treherne et al., 2017). Dette understreker også Heyn (2018, s. 36) som sier at adferden til sykepleieren kan ha stor innvirkning på foreldrenes opplevelse av situasjonen, og sykepleierens tilnærming kan enten bedre eller forverre foreldrenes opplevelse.

Tiden på nyfødtintensiv kan være fylt med bekymringer og manglende kontroll for foreldrene, og foreldrenes forståelse for hva som foregår med barnet sitt er sentralt for tilknytningen mellom dem (Flacking et al., 2016; Moe et al., 2017). Bekymringer og engstelighet kan forsterkes dersom helsepersonell ikke kan svare på spørsmål angående barnet deres, noe som kan medføre at foreldrene føler seg separert fra barnet (Treherne et al. 2017). Grønseth og Markestad (2017, s.88) hevder også at mangelfull, sprikende eller uforståelig informasjon oppleves svært belastende for foreldre, mens åpen og realistisk informasjon øker foreldrenes opplevelse av kontroll og kan bidra til at de mestrer situasjonen bedre. Tidligere forskning tydeliggjør at foreldre ønsker ærlig informasjon, uansett om det er dårlige nyheter. Det bidrar til at de føler seg mer inkludert og bedre forberedt på ulike utfall (Latour et al, 2010). Sykepleieren har i tråd med punkt 3.1 i de yrkesetiske retningslinjene plikt til å ivareta foreldrenes rett til informasjon (Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2019). I tillegg står det i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 6, andre ledd) at foreldrene skal få fortløpende informasjon om sykdommen.

Åpen og ærlig informasjon er også et av grunnlagene for tillit, noe som ligger til grunn for all kommunikasjon. Spesielt viktig blir det med personer som er sårbare eller i krise (Heyn, 2018, s. 40). Med tilliten som gjerne følger med yrkesrollen, får man samtidig en betydelig makt. Idet foreldrene viser tillit til sykepleieren, får sykepleieren også makt over dem, makt til å lytte eller avvise, støtte eller krenke (Heyn, 2018, 27). Prouhet et al. (2018) påpeker i sin studie at manglende støtte er en faktor for fedres stress. Ifølge Tveiten (2012, s. 71) kan høyt stressnivå hos foreldre redusere omsorgsevnen ettersom de kanskje har stort fokus på seg selv og sin

egen uro og bekymring. Dette kan hemme evnen til å se barnets behov og signaler, noe som ifølge Bowlby (1994, s. 139) kan medføre utvikling av et engstelig tilknytningsmønster. Funn viser at foreldre trenger å bli sett, forstått og få støtte i den vanskelige situasjonen de er i, og at de dermed er mer mottakelige for informasjon, samt kan konsentrere seg om omsorgen til barnet på en bedre måte (Moe et al., 2017). Strandås og Fredriksen (2014) understreker også viktigheten av å imøtekomme foreldrenes behov for støtte og informasjon.

Funnene tilsier at ved å informere om hvordan pleien utføres og om barnets helsetilstand kan sykepleier bidra til at foreldrene føler mer nærhet til barnet sitt (Flacking et al., 2016; Treherne et al., 2017). Foreldre kan også føle seg mer knyttet til barnet ved å snakke og diskutere om barnet sitt sammen med sykepleiere som kjenner barnet godt (Treherne et al., 2017). Selv om det gjerne tilstrebes at barna og foreldrene på nyfødttintensiv avdeling får tildelt kontaktsykepleiere, slik at de har få og faste personer å forholde seg til, er det ikke alltid de er på vakt, eller av andre grunner ikke har mulighet til å ha hovedansvar for barnet på alle vakter. Første gang sykepleiere møter en familie de ikke kjenner fra før, kan det være lurt å høre med foreldrene om hva barnet liker, hvordan de pleier å utføre stell, mating og lignende, slik at de sammen kan gi barnet best mulig pleie. På den måten kan sykepleier tilrettelegge for deres medvirkning, trygghet og tilknytning til eget barn (Heyn, 2018, s. 40).

4.3 Hud-mot-hud-kontakt

Funnene indikerer at sykepleiere bør legge til rette for hud-mot-hud-kontakt, samt prioritere undervisning og veiledning av metoden. Hud-mot-hud-kontakt fikk foreldrene til å føle nærhet til barnet sitt og fremmet tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn (Cho et al., 2016; Drejer & Skjelstad, 2014; Flacking et al., 2016; Treherne et al., 2017). Dette er funn som stemmer overens med tidligere studie og litteratur som viser at hud-mot-hud-kontakt har positiv innvirkning på tilknytning mellom foreldre og barn (Ludvigsen et al., 2015, Kearvell & Grant, 2010). Funnene viser også at hud-mot-hud-kontakt bidrar til å gjøre foreldrene trygge i foreldrerollen, og at det gir en god mulighet til å bli kjent med barnet og tidligere lære å tolke barnets signaler (Drejer & Skjelstad, 2014; Treherne et al., 2017). På den måten vil de også være mer til rådighet for barnet og legge til rette for en sikker tilknytning, slik Bowlby beskriver i sin teori (Bowlby, 1994, s. 138).

Funnene viser at foreldre opplever hud-mot-hud-kontakt som omsorgsgivende, beskyttende og pleiende for barnet (Drejer & Skjelstad 2014, Flacking et al., 2016 og Treherne et al., 2017). Dette samsvarer med studien til Martel et al. (2016) som viser at fysisk kontakt styrker fedres opplevelse av å kunne gjøre en forskjell for barnet sitt. Litteraturen tydeliggjør også viktigheten av hud-mot-hud-kontakt for å bidra til å øke foreldrenes følelse av å være kompetente til å ivareta omsorgen for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 134). Drejer og Skjelstad (2014) fremhever i sin studie at foreldrene ble motivert til å bruke metoden av å observere at barnet trivdes og stabiliserte seg fysiologisk. Informasjon og opplæring om barnets adferd og hvordan man tolker monitorer er imidlertid helt essensielt for at foreldrene skal kunne forstå at barnet stabiliserer seg.

Treherne et al. (2017) påpeker i sin studie at foreldre kan føle seg separert fra barnet hvis de er nødt til å avbryte hud-mot-hud-kontakten, noe de gjerne blir dersom prosedyrer, undersøkelser, legevisitt eller lignende skal bli utført. Samtidig er det et faktum at barnet reagerer mindre under smertefulle prosedyrer som blir utført mens det ligger hud-mot-hud, i tillegg reduseres barnets stressnivå (Gardner & Niermeyer, 2021, s. 97-98). I Drejer og Skjelstad (2014) sin studie opplevde foreldrene derimot frykt for å skade barnet når det lå på brystet og ansatte kom for å pleie barnet. Denne frykten ble forsterket av alarmer som ble utløst, og foreldrene fortalte at de savnet opplæring i alarmene. Ettersom nok informasjon og veiledning bidrar til å skape trygghet og kontroll i situasjonen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88), kan en mulig løsning være å informere foreldrene om fordelene med å ha barnet liggende hud-mot-hud under enkelte prosedyrer, hva de observerer hos barnet, samt hva de ulike alarmene betyr. Tidligere forskning viser imidlertid at høy arbeidsbelastning for sykepleierne førte til at undervisning og praktisering av hud-mot-hud-metoden ble nedprioritert på grunn av tidspress (Chan et. al., 2016), noe som også gjør foreldrene usikre i bruk av metoden (Kearvell & Grant, 2010). Det må tas med i betraktning at dette ikke er sykepleierens hele og fulle ansvar, men at ansvaret også ligger på system- og administrativt nivå.

Enkelte nyfødtafdelinger tilstreber å praktisere tilnærmet kontinuerlig hud-til-hud-kontakt, men funnene indikerer at dette kan oppleves krevende for foreldrene (Drejer & Skjelstad, 2014). Studien til Drejer og Skjelstad (2014) viser at noen syntes det var vanskelig å oppfylle personalets forventninger til bruk av metoden, og enkelte vurderte at deres barns behov var

uforenelige med personalets anbefalinger om mest mulig kengurutid (Drejer & Skjelstad, 2014). Funnene samsvarer med Mörelius & Anderson (2015) sin studie som viser at sykepleiere mener at mødre som praktiserte dette ville føle seg fanget og kunne oppleve stress hvis de ikke kunne oppfylle kravene til metoden. Sykepleierne mente også at kontinuerlig hud-til-hud-kontakt vil medføre at de miste oversikten og kontrollen på grunn av begrenset tilgang til barnet, og at de dermed ikke vil være i stand til å gi tilstrekkelig pleie (Mörelius & Anderson, 2015). Enkelte ganger er det ikke samsvar mellom sykepleierens og foreldres oppfatning om hva som er til barnets beste. Med utgangspunkt i empowerment-tenkningen betraktes foreldrene som eksperter på seg selv og barnet, mens sykepleieren er eksperten på det faglige området. I slike situasjoner er det derfor avgjørende at sykepleieren gjør etiske og faglige vurderinger (Tveiten, 2012, s. 49).

4.4 Miljøet på nyfødtintensiv

Videre viser funnene at miljøet på nyfødtintensiv har konsekvenser for foreldrenes psykiske velvære, og at dette påvirker i hvilken grad de klarer å delta i omsorgen og knytte seg til barnet. Støy fra medisinsk utstyr, folk og andre nyfødte kan oppleves forstyrrende for foreldre, og kan gjøre dem distraheret og mindre engasjert i sitt barn (Treherne et al., 2017). Slik støy kan også føre til stress hos foreldre (Prouhet et al., 2018). Tidligere har foreldre beskrevet at det generelle lyd- og støynivået rundt barna på nyfødtintensiv er høyt, og noen har opplevd en del unødvendig støy, slik som at ansatte snakket høylytt med hverandre. I tillegg oppleves forholdene ved sykehusene som svært trange, og foreldrene trekker fram dette som et hinder for samvær (Barneombudet, 2013).

Støy på avdelingen påvirker ikke bare foreldrene og deres omsorgsevne overfor barnet, men det påvirker også barnet. Premature barn er som tidligere nevnt neurologisk umodne og tåler derfor mye mindre stimuli enn et fullbårent barn, og kan lett bli overstimulert (Grønseth & Markestad, 2017, s. 132). For å forebygge komplikasjoner og senskader, må miljøet tilpasses etter barnets neurologiske modenhet og toleranse for stimuli (Sandtrø, 2009, ss. 59-60). I tillegg til at rolige og stille omgivelser er det beste for premature barn, viser studien til Treherne et al. (2017) at det var i slike stunder foreldrene følte nærhet til barnet. Sykepleier bør derfor tilstrebe å redusere unødig støy. Å være oppmerksom på å snakke lavt i avdelingen, lukke dører, skuffer og skap forsiktig igjen, samt informere foreldre om dette kan for eksempel

være enkle og mulige tiltak. I tillegg kan alarmlyden på monitorer reduseres til et forsvarlig nivå, da med tanke på at personalet fremdeles skal kunne høre og reagere på alarmene. Sykepleieren har imidlertid ikke mulighet til å forbedre enkelte av de organisatoriske utfordringene, slik som hvordan lokalene er tilrettelagt og støy fra medisinsk utstyr som respirator og lignende.

Som nevnt tidligere er premature barn i økende grad innlagt på familierom sammen med foreldrene. Funn viser imidlertid at det å være på enerom forsterker frykten for å skade barnet (Drejer & Skjelstad, 2014). Det kan henge sammen med at foreldre blir overlatt mer til seg selv og kan oppleve begrenset kontakt med personalet, og dermed oppleve å få mindre informasjon og støtte (Liu et al., 2019). Familierom fører derimot med seg mange fordeler. Det bidrar blant annet til økt hudkontakt, bedre kontroll av støy- og lysnivå, bedre søvn hos barnet og at foreldrene får oppleve å ha hovedomsorgen for barnet (Kuhn et al., 2018). Familierom gir også mer privatliv og bedre mulighet til å lære barnet å kjenne (Liu et al., 2019). I tillegg ivaretas barnets rett til å ha en av foreldrene til stede hos seg under oppholdet på avdelingen, og foreldrenes rett til egnet oppholdsrom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). En annen fordel med familierom er at legevisitt og samtale med foreldrene ikke skjer i en åpen avdeling, og på den måten ivaretar man barnets rett til vern om fortrolige opplysninger, slik sykepleier plikter av punkt 2.7 i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019). Det er vist at støtte og nok informasjon fra sykepleieren bidrar til at foreldre føler seg tryggere og tørr å ta mer del i omsorgen til barnet inne på familierom, men de ønsker likevel ikke å være helt selvstendige og at sykepleiere kommer inn på rommet av og til (Pellikka et al., 2020). For at foreldre skal føle seg trygge og komfortable på familierom, kan en mulig løsning være at sykepleier har rutiner på å gå inn jevnlig, samt sørge for at foreldrene er tilstrekkelig informert og støttet.

5. Konklusjon og implikasjoner for praksis

Tilknytningen mellom foreldre og barn etter en for tidlig fødsel har ofte et annet utgangspunkt enn ved en termin fødsel. Etersom premature barn er umodne har de oftere behov medisinsk behandling rett etter fødsel, og kan da risikere å bli tatt bort og adskilt fra foreldrene. Dette begrenser den tidlige kontakten og kan påvirke tilknytning mellom foreldrene og barn negativt. Det er flere faktorer som spiller inn på tilknytningen mellom dem, blant annet barnets modenhet og tilstand, foreldrenes reaksjoner, sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, samt miljøet på nyfødttintensiv. Sykepleierens rolle er helt sentral i tilknytning mellom foreldre og premature barn innlagt på nyfødttintensiv.

For at foreldrene skal bearbeide inntrykk og føle nærhet til barnet, trenger de å bli sett, forstått, inkludert, samt få kontinuerlig informasjon vedrørende barnets helsetilstand. Sykepleierens pedagogiske funksjon er viktig for å bidra til økt foreldredeltakelse i pleien til barnet, som videre vil virke positivt inn på tilknytningen mellom foreldrene og barnet. For å fremme tilknytningen har sykepleieren også en viktig oppgave i å tilrettelegge for, samt gi informasjon og veiledning i hud-mot-hud-kontakt. I tillegg er det betydningsfullt at sykepleieren tilpasser miljøet etter barnets umodenhet og toleranse for stimuli. Samtidig vil rolige og stille omgivelser bidra til at foreldrene føler nærhet til barnet sitt.

Referanseliste

- Barneombudet. (2013). *Barneombudets fagrapport 2013: Helse på barns premisser*.
https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barns_premisser.pdf
- Bendiksen, R. B. (2019). Komplikasjoner i svangerskapet. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (3.utg.) (s. 71-86). Fagbokforlaget.
- Blix, E. (2019). Inngrep og tiltak under fødselen. I M. L. Hagtvedt & S. Holan (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (3.utg.) (s. 161-168). Fagbokforlaget.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling*. Fagbokforlaget.
- Chan, G. J., Labar, A. S., Wall, S. & Atuna, R. (2016). Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(2), 130–141. doi-org.galanga.hvl.no/10.2471/BLT.15.157818
- Cho, E. S., Kim, S. J., Kwon, M. S., Cho, H., Kim, E. H., Jun, E. M. & Lee, S. (2016). The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 430–438. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pedn.2016.02.007>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Drejer, S. & Skjelstad, D. V. (2014). Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 12(53), 1006-1016. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=432851&a=3
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Flacking, R., Thomson, G. & Axelin, A. (2016). Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0955-3>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur.

- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Gardner, S. & Niermeyer, S. (2021). Immediate newborn care after birth. I S. Gardner, B. Carter, M. Enzman-Hines & S. Niermeyer (Red.), *Merenstein & Gardner's handbook of Neonatal Intensive Care: An Interprofessional Approach* (9.utg.) (s. 93-136). Elsevier Health Sciences.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Heyn, L. G. (2018). Kommunikasjon med foreldre til barn innlagt på nyfødttintensivavdeling. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 32-50). Gyldendal Akademisk.
- Holan, S. & Hansen, M. N. (2019). Komplikasjoner i barseltiden. I M. L. Hagtvedt, & S. Holan (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, fødsel og barseltid* (3.utg.) (s. 203-207). Fagbokforlaget.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressursar*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Abstrakt forlag.
- Kearvell, H. & Grant, J. (2010). Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 75-82. DOI:105076077
- Kuhn, P., Sizun, J., Casper, C., Allen, A., Audeoud, F., Bouvard, C., Brandicourt, A., Cayemaex, L., Denoual, H., Duboz, M. A., Evrard, A., Fichtner, C., Fischer, F. C., Girard, L., Gonnaud, F., Haumont, D., Hüppi, P., Knezovic, N., Laprugne, G. E. & Legouais, S. (2018). Recommendations on the environment for hospitalised newborn infants from the French neonatal society: rationale, methods and first recommendation on neonatal intensive care unit design. *Acta Paediatrica*, 107(11), 1860-1866.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/apa.14501>
- Kynø, N. M., Ravn, I. H., Lindemann, R., Smeby, N. A., Torgersen, A. M. & Gundersen, T. (2013). Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme - a qualitative study. *BMC Nursing*, 12(1), 28-48. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/1472-6955-12-28>

- Liu, L. X., Mozafarinia, M., Axelin, A. & Feeley, N. (2019). Parents' Experiences of Support in NICU Single-Family Rooms. *Neonatal Network*, 38(2), 88–97. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1891/0730-0832.38.2.88>
- Ludvigsen, E. S., Tomren, U. & Lundby, H. K. (2015, 30. september). *Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell – NIDCAP*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/familiesentrert-utviklingstilpasset-omsorgsmodell-nidcap>
- Martel, M., Milette, I., Bell, L., Tribble, D. S., Payot, A. & Dowling, D. (2016). Establishment of the Relationship Between Fathers and Premature Infants in Neonatal Units. *Advances in Neonatal Care*, 16(5), 390-398. doi: 10.1097/ANC.0000000000000292.
- Moe, K., Skisland, A. V.-S. & Söderhamn, U. (2017). Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. *Sykepleien*. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.62155
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Mörelius, E. & Anderson, G. C. (2015). Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent-infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2620-2627. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12877>
- Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C. & Blanchard. (2018). *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Oslo Universitetssykehus. (2020, 20. september). *Nyfødteintensiv avdeling: For tidlig fødte barn (prematuro) på Rikshospitalet*. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/for-tidlig-fodte-barn-prematuro?sted=nyfodtintensiv-pa-rikshospitalet#barn-fodt-for-uke-28>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pellikka, H.-K., Pölkki, T., Sankilampi, U. & Kangasniemi, M. (2020). Finnish Parents' Responsibilities for Their Infant's Care When They Stayed in a Single Family Room in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 53, 28-34. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pedn.2020.01.019>

- Prouhet, P. M., Gregory, M. R., Russell, C. L., Yaeger, L. H., Harris-Haman, P. A. & Zukowsky, K. (2018). Fathers' Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Advances in Neonatal Care*, 18(2), 105-120. doi: 10.1097/ANC.0000000000000472.
- Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (s. 244-258). Cappelen Damm.
- Rønnestad, A., Stensvold, H. J. & Knudsen, L. M. (2020). *Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak*. Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-02/Årsrapport%202019%20Nyfødtmedisinsk.pdf>
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (s. 57-79). Cappelen Damm.
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 11. mars). *Fødte*. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte>
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (s. 27-56). Cappelen Damm.
- Strandås, M. & Fredriksen, S-T.D. (2014). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 22(8), 901-912. doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733014551596
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget AS.
- Treherne, S. C., Feeley, N., Charbonneau, L. & Axelin, A. (2017). Parents' perspectives of closeness and separation with their preterm Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 46(5), 737-747. doi: 10.1016/j.jogn.2017.07.005.
- Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (s. 42-82). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2012). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* (s. 157-204). Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleirens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg.) (s. 237-258). Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Flacking, R., Thomson, G. & Axelin, A. (2016). Pathways to emotional closeness in neonatal units - a cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 170.
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0955-3>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert? Ja – Nei – Uklart**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?** Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?** Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: