

BACHELOROPPGÅVE

Det premature barnet og foreldra i neonatalavdelinga

Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å fremme tilknytning mellom
det premature barnet og foreldra i neonatalavdelinga?

av
Anette Rinde Fosse

Kandidatnummer
101

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai, 2015

Veileidar: Irene Sjursen

Antal ord: 7 057



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

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «Det premature barnet og foreldra i neonatalavdeling» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Kandidatnummer: 101

Namn: Anette Rinde Fosse

JA X

JA X

JA X

Mauren

«Liten?

Jeg?

Langt ifra.

Jeg er akkurat stor nok.

Fyller meg selv helt

på langs og på tvers

fra øverst til nederst

Er du større enn deg selv kanskje?»

(Hagerup, 2007).

SAMANDRAG

Tittel: Det premature barnet og foreldra i neonatalavdelinga.

Bakgrunn for val av tema: Premature barn er ei av dei mest sårbare pasientgruppene i samfunnet. Dei er barna som før i tida ikkje ville hatt livets rett. Kvart år blir det født cirka 7,5 prosent premature barn i Noreg. Dette er omlag 4400 barn. Dei premature barna «kastar» seg ut i livet litt for tidleg, og har dermed auka risiko for å utvikle fysiske og psykiske mèn enn barn født til termin. Grunnlaget for at det premature barnet skal kunne utvikle seg til eit trygt og sjølvstendig individ, er at det får tilknytning til sine foreldre. Eg har valt å skrive om det premature barnet og foreldra fordi eg i praksis har erfart kor vanskeleg det kan vere for foreldra å få eit prematurt barn. Dei er redde og usikre. Dei vil trenge god støtte og veiledning frå sjukepleiar for å få tilknytning til sitt barn som den første tida etter fødsel ligg i ei kuvøse (Ulvund, 2010).

Problemstilling: Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra i neonatalavdelinga?

Metode: Eg har gjort ein litteraturstudie der eg har studert teori og forskning. Forskinga er gjort i relevante databasar anbefalt av høgskulen og helsebiblioteket. Databasane som er brukt er BibsysAsk, Oria, SveMed+, Academic Search Premier, Medline, Cinahl with full text og ProQuest Medical Collection.

Oppsummering: Gjennom drøfting av teori, forskning og egne erfaringar, har eg kome fram til tiltak ein som sjukepleiar kan bidra med for å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra i neonatalavdelinga.

Konklusjon: Litteraturstudien viser at tidleg og god tilknytning er grunnleggande og viktig for at foreldra skal ha det godt, og for at barnet skal utvikle seg til eit trygt og sjølvstendig individ i samfunnet. Tiltaka som eg presenterar i litteraturstudien vil ifølge teori og forskning kunne bidra til å fremme tilknytning.

Innhold

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing av problemstilling	2
1.4	Oppbygging av oppgåva	2
2	Teori	3
2.1	Det premature barnet	3
2.2	Foreldre til det premature barnet i neonatalavdelinga	3
2.3	Sjuepleiaren i neonatalavdelinga	4
2.4	Samspel og tilknytning mellom det premature barnet og foreldre	4
2.5	Dorothea Orem og hennar sjuepleiemodell i praksis.....	5
3	Metode	7
3.1	Litteraturstudie som metode	7
3.2	Utarbeiding av søkeord	7
3.3	Søk i databasane og avgrensingar	8
3.4	Kvalitetsvurdering	9
4	Oppsummering av funna	9
5	Diskusjon	10
5.1	Fremme tilknytning ved å skape ein relasjon til foreldre, og inkludere dei i omsorga av det premature barnet.....	11
5.2	Fremme tilknytning ved hjelp av veiledning, informasjon og støtte.....	12
5.3	Fremme tilknytning ved hjelp av kengurumetoden og amming	13
5.4	Fremme tilknytning ved å inkludere foreldre i det daglege stellet av barnet - ei gradvis overtaking.....	14
6	Svake og sterke sider ved oppgåva	15
7	Konklusjon	16
7.1	Forslag til vidare forsking	17
8	Bibliografi	18

Vedlegg 1 - Søketablell

Vedlegg 2 - Tankekart

Vedlegg 3 - Samandrag av forskingsartiklar

1 Innleiing

I oppgåva har eg valt å skrive om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Premature barn og foreldra er eit sentralt tema innanfor sjukepleie. Dette fordi ein som sjukepleiar treng kunnskap om korleis ein kan støtte og veilede pårørande i vanskelege situasjonar, slik som foreldra til premature barn er. Samstundes må ein gi god medisinsk behandling og støtte til pasienten som er det premature barnet. Eg har valt dette temaet fordi det er noko som verkeleg interesserar meg og noko som eg kan tenkje meg å jobbe med i framtida. Interesse kom etter at eg var i praksis på prematuravdelinga i to dagar. Desse to dagane gjorde inntrykk på meg. Det premature barnet var lite og skjørt, og situasjonen var vanskeleg for foreldra. Eg ynskte så indarleg å hjelpe foreldra og det premature barnet, men hadde ikkje kunnskap om korleis. Gjennom sjukepleiestudiet syns eg det har vore lite undervisning om premature- og nyfødde barn, difor ynskjer eg med dette å lære meir om temaet. Personleg har eg eit søskenbarn som er født prematurt, og ei venninne som nyleg har fått eit prematurt barn. I tillegg har eg lese boka *Leon grep livet mot alle odds* (2011), som er Vera Rubicon si personlege historie om sonen Leon som vart fødd prematurt og vog berre 840 gram. Boka hennar rettar søkelyset mot kor vanskeleg det er å vere foreldre i ein slik situasjon. Ho beskriv kor dramatisk og uverkeleg det føltes å få livet snudd på hovudet berre i løpet av nokre få timar. Denne boka var også med på å trigge interessa mi for temaet.

For å vise at temaet er sjukepleiefagleg sentralt på samfunns - og individnivå, vil eg vise til yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar.

Sjukepleiaren og samfunnet: «6.2 - Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare grupper særskilte behov for helse- og omsorgstjenester» (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Sjukepleiaren og pasienten: «2.1 - Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» og «2.3 - Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (NSF, 2011).

Eg tenkjer at spesielt det premature barnet, men også foreldra, er sårbare grupper i samfunnet - sjukepleiar må bidra aktivt for å imøtekomme deira behov. Eg tenkjer og at det premature barnet vil ha individuelle behov for heilheitleg omsorg for å fremme helsa og forebygge sjukdom. Dette innebærer medisinsk behandling og tiltak for å fremme modning og tilknytning til foreldra.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra i neonatalavdeling?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Eg vil skrive om moderat - og lett premature barn født mellom veke 29-37 av svangerskapet. Svært premature født før veke 28 av svangerskapet vil ha eit anna behov enn dei som er født mellom veke 29-37. Avgrensing er også at det er i løpet av opphaldet til det premature barnet på neonatalavdelinga og fram til heimreise eg vil ha fokus på. Det premature barnet omtalar eg som *det* i eintal, og det er uavhengig av kjønn. Foreldra omtalar eg som *dei* i fleirtal, og tek utgangspunkt i at det er mor og far. Sjukepleiaren omtalar eg somme tider som *ho*, sidan eg tenkjer at det er ei kvinne. Eg vil også ta utgangspunkt i at det premature barnet er født friskt utan alvorlege komplikasjonar. Det vil likevel ha ulike behov for medisinsk behandling. Døme på medisinsk behandling kan vere oksygen, lysbehandling og ernæring som er viktige sjukepleieoppgåver i neonatalavdelinga. Eg vel i oppgåva å ikkje ha fokus på dette, men på fire sjukepleietiltak som eg meiner er viktige i arbeidet med å bidra til tilknytning mellom det premature barnet og foreldra.

Eg vil ta utgangspunkt i Dorothea Orem som sjukepleieteoretikar og hennar sjukepleiemodell i oppgåva. Grunnen for valet av Orem er fordi eg meiner teorien hennar er relevant for mitt tema og min problemstilling. I modellen til Orem har eg fokus på eit eigenomsorgsbehov – det sjette universelle eigenomsorgsbehovet av åtte. Grunnen til dette er at det går på behovet for balanse mellom å være aleine og ha sosial kontakt, og dermed tilknytning mellom voksne og barn (Cavanagh, 1999, s. 19). Dei sju andre universelle eigenomsorgsbehova vil ein i praksis sjølvstøtt ha like stort fokus på, men på grunn av oppgåva si ordbegrensing og i forhold til problemstillinga mi, vel eg å ha fokus på dette eine eigenomsorgsbehovet. Vidare i tiltaka mot å bidra til å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra, har eg fokus på det Orem i sin teori beskriver som hjelpemetodar for å dekke eigenomsorgsbehov.

1.4 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva inneheld sju kapittel og er utforma med utgangspunkt i høgskulen sine retningslinjer for skriftleg arbeid òg etiske retningslinjer for studentarbeid. Første kapittel inneheld innleiing, bakgrunn for val av tema, problemstilling og avgrensing av denne. I kapittel to tek eg føre meg det teoretiske grunnlaget der eg forklarar om det premature barnet, korleis det kan vere å bli foreldre til eit prematurt barn, korleis det er i neonatalavdelinga og litt om sjukepleiaren sine oppgåver her. Vidare forklarar eg det teoretiske grunnlaget for samspel og tilknytning mellom det premature barnet og foreldra, Orem som sjukepleieteoretikar og hennar sjukepleiemodell. I det tredje kapittelet forklarar

eg metoden i oppgåva og ulike søkeord og databasar som eg har brukt. Kvalitetsvurdering kjem til slutt i dette kapittelet. I kapittel fire gir eg ein liten oppsummering av funna, før eg i kapittel fem tek til med drøftinga. I drøftinga greiar eg ut om ulike sjukepleietiltak som kan bidra til tilknytning mellom det premature barnet og foreldra. Eg drøftar etter dette, sterke og svake sider ved oppgåva, før eg i siste kapittel kjem fram til ein konklusjon og gir forslag til vidare forskning.

2 Teori

I dette kapittelet vil eg presentere det teoretiske perspektivet som oppgåva mi er bygd på.

2.1 Det premature barnet

Premature barn er barn født før veke 37 av svangerskapet – altså barn som er født minst tre veker for tidleg. Prematur betyr at barnet er umodent (World Health Organization, 2014). I Noreg blir cirka 7,5 prosent av kvart årskull med barn født prematurt, som er cirka 4400 barn (Ulvund, 2010, s. 461). I 2014 vart det av årskullet født 6,3 prosent premature barn, som vil seie 3736 barn (Medisinsk fødselsregister, 2015). Det er fleire grader av premature barn. Det er dei lett premature som er født mellom veke 32-36 i svangerskapet, dei moderat premature som er født mellom veke 29-31 og dei svært premature som er født før veke 28 av svangerskapet (Saugstad, 2009, s. 51). Dei fleste premature barna er født etter veke 28 av svangerskapet. Det er berre ein prosent cirka av dei premature barna som er født før veke 28 og er svært premature (Markestad, 2008, s. 12).

Det er godt dokumentert at premature barn har auka risiko for å bli ramma av skadar og problem både på det medisinske og det psykologiske området (Ulvund, 2010, s. 461). Premature barn er ei gruppe barn med risiko for fysiske, motoriske, åtferdsmessige og kognitive utviklingsforstyringar. Difor er det ifølge Ravn (2009, s. 245) viktig at helsepersonell gjennom klinisk arbeid, fagutvikling og forskning set fokus på korleis ein kan tilrettelegge på neonatalavdelinga for at barna skal få ein god start på livet med foreldra sine.

2.2 Foreldra til det premature barnet i neonatalavdelinga

Når eit nyfødd barn blir lagt inn på ein neonatalavdeling som er ein nyfødd intensiv avdeling, møter foreldra ein ukjent verden med mange forskjellige fagpersonar og høgteknologisk utstyr som kan virke skremmande (Tandberg, 2009, s. 224). Det å få eit prematurt barn kjem brått og uventa på dei fleste foreldra. Frå den eine dagen til den neste, eller berre i løpet av nokre få timar kan eit til då normalt svangerskap bli forvandla til ein for tidleg fødsel. Felles for foreldra som har fått eit prematurt barn er engstelse og mange spørsmål. Det første er om barnet i det heile tatt vil overleve, og seinare om det vil ta skade på nokon måte. Korleis vil familielivet bli viss barnet blir funksjonshemma? Vil det verke inn på det sosiale mønsteret med venner og familie? Vil det påverke

økonomi og yrkeskarriere? (Saugstad, 2009, s. 153). Tankane og bekymringane kan hjå foreldra vere mange, og den første tida på neonatalavdelinga kan opplevast som ein tung og kritisk periode (Ulvund, 2010, s. 468). Mange studiar viser at det å få eit prematurt barn kan gi ei sterk oppleving av stress for foreldra og dei lider ofte av ulike gradar av angst. Stress og angst kan påverke foreldre-barn-relasjonen på ein uheldig måte og kan auke risikoen for utvikling av problemåtferd hjå barnet (Ulvund, 2010, s. 473). Det er blitt rapportert om symptom som uverkelegheitsfølelse, generell følelse av hjelpeslausheit, mangel på kontroll, søvnlausheit og manglande matlyst hjå foreldra (Tandberg, 2009, s. 224).

2.3 Sjukepleiaren i neonatalavdelinga

Foreldra er barnet sine viktigaste omsorgspersonar. Likevel er samhandlinga mellom både sjukepleiaren og barnet, og sjukepleiaren og foreldra av stor betydning for utviklinga til barnet og tilknytninga mellom foreldra og barnet. Sjukepleiaren står ved barnet si kuvøse/seng mesteparten av døgnet og har mykje fysisk kontakt med barnet. Sjukepleiarane har også dagleg stell av barnet. Det vil difor bli viktig at sjukepleiaren ser barnet sine signal, tolkar desse rett og samhandlar med barnet på ein slik måte at barnet ikkje blir stressa, utilpass eller overstimulert. Sjukepleiaren må veilede foreldra så dei kan samhandle med barnet sitt og få tilknytning til det (Ravn, 2009, s. 249).

2.4 Samspel og tilknytning mellom det premature barnet og foreldra

Samspel mellom barn og voksne er grunnleggande for den menneskelege eksistens. Heilt frå fødselen er mennesket sin fysiske og psykiske vekst og utvikling knytt tett saman med nærheit og samhandling med andre menneske. Fleire psykologiske teoriar seier at utvikling kun skjer i samvær og nærheit med andre (Ravn, 2009, s. 247).

Ein tidleg og god tilknytning mellom barnet og foreldra er grunnleggande for at barnet skal utvikle seg til eit trygt og sjølvstendig individ med god psykisk helse. Både emosjonell, intellektuell og språkleg utvikling bygger på det sosiale samspelet mellom barn og voksne omsorgspersonar (Ravn, 2009, s. 244). Tilknytningens funksjon er å sikre oppleving av trygghet, og har blitt tillagt betydning som beskyttelsesfaktor for psykiske plager (Zachrisson, 2010, s. 288, 290).

Tilknytning mellom foreldre og barn etter ein for tidleg fødsel har eit anna og vanskelegare utgangspunkt enn foreldra sin tilknytning med barn født til termin. Den faglege betydninga av å legge til rette for ein tidleg og god tilknytning mellom foreldre og barn har difor dei siste åra fått stadig større betydning av sjukepleietenesta på neonatalavdelingar i Noreg (Ravn, 2009, s. 244).

2.5 Dorothea Orem og hennar sjukepleiemodell i praksis

Dorothea Orem som sjukepleieteoretikar og hennar sjukepleiemodell har vunne aukande popularitet over heile verda, også i Noreg. Sjukepleiemodellen er eit middel til organisering av dei kunnskapane, ferdigheitene og holdningane ein som sjukepleiar treng for å kunne utøve omsorg til pasientar og pårørande. Orem sin generelle teori består av tre delteoriar: Teorien om eigenomsorgssvikt, teorien om eigenomsorg og teorien om sjukepleiesystem. Sjukepleie er å erstatte pasienten si manglande eigenomsorg der pasienten sjølv ikkje klarar å ivareta denne. Sjukepleien sitt mål er at individet skal oppnå uavhengigheit i den grad det er mogleg i framtida (Cavanagh, 1999, s. 15). Sentralt i Orem sin modell er eigenomsorgsbehova. Orem skil ut og beskriv åtte aktivitetar som er vesentleg for alle menneske sine eigenomsorgsbehov, uavhengig av den enkelte sin helsetilstand, alder, utviklingsnivå eller omgivningar (Cavanagh, 1999, s. 19). Desse åtte aktivitetane kallar ho for universelle eigenomsorgsbehov:

1. «Behov for å opprettholde tilstrekkeleg tilførsel av luft.»
2. «Behov for å opprettholde tilstrekkeleg tilførsel av vann.»
3. «Behov for å opprettholde tilstrekkeleg tilførsel av mat.»
4. «Behov for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallsstoffer.»
5. «Behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile.»
6. «Behov for å opprettholde balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt.»
7. «Behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære.»
8. «Behov for å fremme funksjon og utvikling innanfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensingar og ønsket et positivt selvbilde (normacy).»

(Cavanagh, 1999, s. 19).

Alle eigenomsorgsbehova er vesentlege og nødvendige for at eit barn, fullbårent eller prematurt, skal få tilknytning til foreldra sine, men det er det sjette eigenomsorgsbehovet som går spesifikt på tilknytning (Grønseth og Markestad, 2013, s. 144).

Orem sin teori beskriver behov som har samanheng med bestemte forhold knytta til menneskeleg modning og utvikling. Dette kallar ho utviklingsbehov som har samanheng med det å skape og opprettholde vilkår som støttar livsprosessane og fremmar utvikling – altså menneskeleg utvikling mot høgare nivå av struktur og modning. Dette er ifølgje Cavanagh (2001, s. 22) knytt til bestemte utviklingsstadier som nyfødtdiet, enten den nyfødte er fullbåren eller prematur. På slike stadier må det bli tatt hensyn til omsorgsaspekter som må vera til stades for at livet skal opprettholdast, og som særleg tek sikte på å fremme utvikling hjå barnet. Med hensyn til dette tek Orem med i betraktning at det ofte finnest situasjonar der menneske tek seg av kvarandre uten at det dreiar seg

om direkte sjukepleie. Dette kallar ho for pårørandeomsorg som dreiar seg om foreldra som er voksne, modne menneske som har evna til å forstå at det nyfødte skjøre barnet har eigenomsorgsbehov som det ikkje sjølv klarar å dekke. I slike situasjonar der individet ikkje sjølv klarar å dekke eigenomsorgsbehova sine, må foreldra eller sjukepleiar innta omsorgsrolla og hjelpe barnet til å få dekkja universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte eigenomsorgsbehov. Orem beskriver den som gir omsorg til andre for å dekke eigenomsorgsbehova deira, som omsorgsutøvande pårørande (dependent-care agent) (Cavanagh, 1999, s. 30).

Når det er sjukepleiaren som utøver omsorga, er det sjukepleiekapasiteten som blir tatt i bruk. Sjukepleiarar kan utføre fleire funksjonar for å hjelpe pasientar og pårørande med eigenomsorgsbehov. Orem klassifiserar desse handlingane i fem kategoriar av hjelpemetodar:

1. **«Å handle eller gjere noko for menneske»** – ut i frå Orem sin sjukepleieteori er den mest innelysande sjukepleiefunksjonen å handle på vegne av den andre som er ute av stand til å utføre eigenomsorgshandlingar.
2. **«Å veilede menneske»** – å veilede menneske krev at ein som sjukepleiar gir relevant informasjon som kan hjelpe til dømes pårørande å møte pasienten sitt eigenomsorgsbehov.
3. **«Å støtte menneske, fysisk og psykisk»** – fysisk støtte kan betraktast som eit fellesskap, eit lagarbeid som jobbar mot å dekke eigenomsorgsbehov. Psykisk støtte betraktar Orem som eit foreståande nærvær der sjukepleiar skal lytte, vere til stades og tilby varierte hjelpemetodar.
4. **«Å tilrettelegge omgivnader som mogleggjer helsefremmande omsorg og utvikling av personlege evner»** – omgivnadane er svært viktige for å utvikle evner og forebygge funksjonsforstyrringar. Sjukepleiaren har ansvar for å tilrettelegge for så gunstige omgivnader som mogleg ut i frå pasienten og pårørande sitt behov.
5. **«Å undervise»** – dette krev at sjukepleiar har kunnskapar og ferdigheiter, og er i stand til å formidle desse til andre. Meir konkret må sjukepleiar kunne beskrive og forklare kva eigenomsorgsbehov som gjeld i den gitte situasjon og kva metodar og tiltak som krevest ut i frå desse behova.

(Cavanagh, 1999, s. 30-33).

3 Metode

Metoden er måten innsamling av data foregår på, korleis den blir kategorisert, analysert og tolka på (Støren, 2013, s. 37).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie som metode handlar om å søke vitskapelege originalartikler i relevante databaser. Det handlar om evna til å søke etter kva tema kollegaer er interessert i, og avdekke kva søkeord ein skal bruke for å komme fram til spesifikke tema (Støren, 2013, s. 37).

I ein litteraturstudie er det litteraturen ein studerar, altså det som er undersøkt og skrive om verklegheita av artikkelforfattarane. Litteraturstudien skapar ingen ny kunnskap, men nye erkjenningar kan komme fram når ein samanliknar kunnskapen. Litteraturstudien er ein systematisering av kunnskapen. Ein finn også mykje relevant kunnskap i lærebøker, men denne kunnskapen gjengir ofte forskning, teori og faglege argument som kan gjere det vanskeleg å sjå kor grundig argumenta er underbygd. Lærebokas teksttype gir ein ikkje tilstrekkeleg moglegheit til å vise evna til å komme med sjølvstendige synspunkt og påstandar som ein kan begrunne og underbygge (Støren, 2013, ss. 16, 17). Difor vil det vere nødvendig med forskning i tillegg til lærebøker for å få ein litteraturstudie med grundig underbygde argument, noko eg har forsøkt å gjere i gjeldane litteraturstudie.

3.2 Utarbeiding av søkeord

Eg brukte databasen SveMed+ og søkeorda «premature barn» og fann engelske abstrakt og engelske søkeord. Ord som kom opp som var relevante for mitt tema var: premature (prematuro), premature infants (prematuro barn), parent-child relations (foreldre-barn forhold), methods (metoder), attachmentprocess (tilknytningsprosess), breastfeeding (amming) og kangaroo care (kenguruomsorg). Etter å ha funne desse søkeorda og før eg gjekk vidare til andre databasar i søk etter forskingsartiklar, tenkte eg PICO for å få problemstillinga og søka til å bli gode. **P**: Pasient/problem, **I**: Intervensjon/tiltak, **C**: Comparision/sammenligning og **O**: Outcome/Resultat (Nortvedt et al., 2012, s. 33). Eg brukte forholdsvis like søkeord og kombinasjonar i søka mine, noko som gjorde det oversiktleg for meg (Vedlegg 1). Eg brukte orda P: premature, premature infant, premature baby. I: parents, kangaroo, breastfeeding. O: methods, nursing methods. Eg har ikkje tenkt C: Samanlikning, fordi det ikkje var samanlikning av ulike tilknytningsmetodar eg var ute etter i søka mine, men tilknytning og metodar som sjukepleiar kan bidra med generelt.

3.3 Søk i databasane og avgrensingar

Etter undervisning om litteratursøk og ifølge høgskulen og helsebiblioteket sine sider, har eg brukt anbefalte og relevante databasar i litteratursøka mine. Eg har brukt databasane BisysAsk og Oria i søk etter litteraturbøker. I søk etter forskingsartiklar har eg brukt databasane SveMed+, Academic Search Premier (ASP), Medline, Cinahl og ProQuest Medical Collection. I desse databasane har eg funne relevante forskingsartiklar for problemstillinga mi.

Det første søket mitt etter forskingsartiklar gjorde eg i ASP (vedlegg 1a). Eg avgrensa søket frå år 2010-2015 fordi eg ønska forskning av nyare dato. Eg avgrensa også søket til å vere i databasane Cinahl with full text og Medline sidan dette er relevante databasar. Eg brukte søkeorda «premature infant», «parents» og «methods». Eg søkte først på orda kvar for seg og deretter kombinerte eg dei tre søka med «AND» og fekk 208 treff. Dei artikkane som eg såg hadde ein relevant tittel for mitt tema gjekk eg innpå og las samandraget på. Etter å ha lese samandrag på ni artiklar enda eg opp med fire artiklar som var gode og relevante for mitt tema: «Balancing preterm infants's developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: a phenomenological study», «Parental involvement in Neonatal Comfort Care», «Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting» og «Parental Perceptions and Experiences after Childbirth: A Comparison between Mothers and Fathers of Term and Preterm Infants».

Det andre søket (vedlegg 1b) var i ProQuest Medical Collection. Denne databasen dukka opp i ASP då det var ein artikkel eg ønska å lese som ikkje var tilgjengeleg i fulltekst der men i ProQuest. Eg gjekk vidare inn på høgskulen sine sider og sjekka ut om databasen var relevant, noko eg fekk bekrefta. Her avgrensa eg søket til full text, peer reviewed (fagfelleurdert) og siste tre år. Eg brukte søkeorda «premature baby», «parents» og «nursing methods». Ved å kombinere søka med «AND» kom det opp 517 treff. Eg las igjennom fem samandrag av dei treffa som kom opp og valde ut to artiklar som var relevante i oppgåva mi: «Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU» og «Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study».

I det tredje søket (vedlegg 1c) brukte eg ASP og haka av for databasane Medline og Cinahl with full text, og frå år 2010-2015. Søkeorda eg brukte var «premature infant», «kangaroo», «breastfeeding» og «parents». Med desse søka kombinert saman med «AND» fekk eg 3 treff. Eg las samandraga på to artiklar og valde ut artikkelen: «Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants».

3.4 Kvalitetsvurdering

Metoden i ein litteraturstudie går ut på å søke vitenskaplege originalartiklar i relevante databaser, samt å vurdere funna kritisk (Støren, 2013, s. 39).

Det første kriteriumet mitt i søk etter forskingsartiklar var at dei skulla gå ut i frå IMRaD-strukturen i samandraga sine. IMRaD-strukturen står for **I**: Innledning - kvifor vart undersøkelsen gjort, **M**: Metode - korleis føregjekk datasamlinga, **R**: Resultat - kva fann dei ut av, **A** and **D**: Diskusjon - kva betyr funna? I tillegg kjem abstraktet og avslutninga. Grunnen for at eg hadde kriteriumet om IMRaD-strukturen i artiklane var fordi ein vitenskapleg artikkel skal ha ein fast og gjennomtenkt struktur, slik at resultat av forskning lett kan gjerast kjent for fagfolk og andre (Støren, 2013, s. 15).

Vidare såg eg på om studien hadde ein klar formulert problemstilling, og kva design som var benytta for å svare på problemstillinga sidan dette blir anbefalt av Nortvedt et al. (2012). Fem av dei sju artiklane eg har funne har eit kvalitativt design som brukest for å undersøke subjektive menneskelege erfaringar, opplevingar, oppfatningar og haldningar (Nortvedt et al., 2012, s. 72). Det kvalitative designet er eit veileigna design for å undersøkje kva erfaringar og opplevingar sjukepleiarar og foreldra har med tiltak for tilknytning til det premature barnet.

For å vurdere funna i litteraturstudien min enno meir kritisk, har eg gått gjennom kvar artikkel med sjekklister for kvalitativ og kvantitativ metode frå nasjonalt kunnskapssenter (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

Eg har også lagt vekt på at artiklane skulle vera etisk godkjente. Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s. 69), skal ein velge studier som er godkjent av etisk komite, eller at etisk drøfting er blitt gjort i studien. Alle artiklane er etisk godkjente utenom ein, som er etisk vurdert.

Fem av forskingsartiklane er peer reviewed, altså fagfellevurdert som er ein metode for å kvalitetssikre publikasjonar i forskning. (Nortvedt et al., 2012, s. 197).

4 Oppsummering av funna

Etter å ha funne teori i lærebøker og sju relevante forskingsartiklar, måtte eg lage eit tankekart for å få oversikt over dei ulike metodane som kan fremme tilknytning (Vedlegg 2). Vidare laga eg eit samandrag av kvar artikkel. Dette gav meg oversikt og hjelp til å organisere stoffet og starte med drøftinga. Av dei sju artiklane er fem kvalitative artiklar, ein er RCT-studie, og ein artikkel er kvantitativ og kvalitativ med prospektiv longitudinell studie (Vedlegg 3).

5 Diskusjon

Korleis kan ein som sjukepleiar bidra til å fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra i neonatalavdelinga?

Det sjette universelle eigenomsorgsbehovet til Orem: Å oppretthalde balansen mellom å vere aleine og ha sosial kontakt - går på tilknytninga mellom det premature barnet og omsorgsgivarane, og er i oppgåva mi det overordna behovet å dekke (Cavanagh, 1999, s. 30). Sosial kontakt fremmar barnet si utvikling mot å bli eit sjølvstendig individ. Tilknytingsåtfærd er eit grunnleggande trekk ved den menneskelege natur og bidrar til utviklinga av faste og nære relasjonar. Når tilknytning og eit fast forhold er etablert, vil barnet og omsorgspersonane anstrenge seg for å oppretthalde fysisk nærheit til kvarandre. Det beskyttar barnet for fare og kan redusere risikoen for psykososial mistilpassing (Grønseth & Markestad, 2013, s. 144). Derimot er det også viktig med aleinetid og ro for både foreldra og det premature barnet. Ifølgje Sosial- og helsedirektoratet (2007), er det viktig at barnet får ro til å sove, for å redusere stress og skjerme det for unødvendig lys, lyd og uro. Det er også viktig at foreldra får vere aleine og bearbeide følelsane sine for å få følelsesmessig tilknytning til sitt barn. Med andre ord er det svært viktig å finne ein balanse mellom at foreldra og barnet skal få vera aleine og ha sosial kontakt i tiltaka vidare som vil kunne fremme tilknytning mellom det premature barnet og foreldra.

Ved for tidleg fødsel forsvinner den fysiske nærheita mellom barnet og foreldra. Dessutan kan det ofte ta litt tid før foreldra ven seg til den nye situasjonen og føler seg klare til å knytte seg til barnet. Dei kan vere tankemessig uforberedt på at barnet skal klare seg og er eit eige individ. Engstelse, kaotiske tankar og usikkerheit med hensyn til kva som forventast av dei som foreldre, kan skape ein avstand i startfasen. Å legge til rette forholda slik at foreldra og barnet tidleg lærer kvarandre å kjenne er difor ein stor sjukepleiefagleg utfordring på neonatalavdelinga. Sjukepleiaren må bidra til å styrke familiekjensla ved at foreldra opplever at det er deira barn og ikkje sjukehuset sitt (Grønseth & Markestad, 2013, ss. 145, 146). Med andre ord må sjukepleiar handle på vegne av det premature barnet og foreldra, og ifølgje Orem sin teori er det å handle eller gjere noko for menneske den mest innelysande sjukepleiefunksjonen (Cavanagh, 1999, s. 33). Eg meiner at det er dette sjukepleie handlar om. Det er ein kjærleikserklæring, der ein viser nestekjærleik til pasient og pårørande. Eg har sjølv erfart i praksis at det å vere ekte og vise at ein verkeleg vil den andre det beste, at ein lyttar og forstår, skapar tillit frå pasient og pårørande. Eg meiner dette er ein viktig eigenskap hjå sjukepleiar overfor menneske i vanskelege situasjonar, slik som foreldra til premature barn.

5.1 Fremme tilknytning ved å skape ein relasjon til foreldra, og inkludere dei i omsorga av det premature barnet

Det har lenge vore utført forskning som dokumenterer betydninga av at foreldre får delta i sjukepleien/omsorga til sine premature barn. Fokus i mykje av forskinga har vore på korleis sjukepleiarane kan trekke foreldra inn som medspelarar. Fleire studiar viser ifølgje Tandberg (2009, s. 233) at tidlege tiltak retta mot å auke foreldra si deltaking i forhold til premature barn, signifikant reduserer stress, depresjon og angst hjå dei. Foreldra og personalet skal ideelt sett spele saman på eit team som har barnet sitt beste som utgangspunkt. For at eit team skal fungere godt, er det nødvendig at partane har ein god relasjon og avklarte roller overfor seg sjølv og overfor kvarandre. At foreldra kan identifisera seg som nokon med ein viktig rolle overfor barnet, dannar grunnlag for alle utfordringar dei som foreldre må gå gjennom (Tandberg, 2009, s. 233). Ifølgje Orem sin teori er det ein viktig hjelpemetode hjå sjukepleiar å gi fysisk og psykisk støtte. Fysisk støtte kan betraktast som eit fellesskap, eit lagarbeid som omfattar foreldra og sjukepleiaren som skal dekke eigenomsorgsbehovet til det premature barnet. Den psykiske støtten er det forståande nærveret frå sjukepleiar som skal lytte, vere til stades og tilby varierte hjelpemetodar for at barnet og foreldra skal få ein god tilknytning (Cavanagh, 1999, s. 33). Det vil med andre ord vere viktig at sjukepleiar dannar ein relasjon til foreldra og gir dei fysisk og psykisk støtte til å identifisere seg som viktige omsorgsutøvarar overfor barnet (Hummelvoll, 2014, s. 164). Kymre & Bondas (2013) hevdar i si forskning også dette. Det kjem fram i artikkelen deira at det er viktig at sjukepleiarane tidleg dannar ein relasjon til foreldra og behandlar dei som dei viktigaste omsorgsutøvarane til barnet.

Foreldra med premature barn kan ofte føle at kvardagen er stressande og angstskapande, og då er det viktig å ha ein sjukepleiar ved si side som er påliteleg og forutsigbar. Sjukepleiaren må difor vere nærverande, og ikkje formidle stress. Sjukepleiaren må ha heile merksemda si retta mot det premature barnet og foreldra, og vere på plass med heile sin person og formidle at eg er her for deg (Hummelvoll, 2014, s. 395). Ein må vere emosjonelt tilgjengeleg, noko som innebærer at ein må setje sin eigen verden i parantes for å gi rom for foreldra si oppleving (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 89).

5.2 Fremme tilknytning ved hjelp av veiledning, informasjon og støtte

Orem hevdar i sin teori at det å veilede er ein viktig hjelpemetode i sjukepleie. Det krev at sjukepleiar gir relevant informasjon, som i dette tilfellet kan støtte foreldra til å møte det premature barnet sitt eigenomsorgsbehov for tilknytning (Cavanagh, 1999, s. 33).

Det er viktig at foreldra så tidleg som mogleg får snakka ut om sine følelsar knytta til det dei opplever. Tidleg intervensjon kan verke forebyggjande i forhold til seinare utvikling. Ved å setje fokus på foreldra sine opplevingar, signaliserer ein at foreldra er viktige, at dei betyr noko både i kraft av seg sjølv og i forhold til barnet. Ein enkel måte å vise at fokus flyttast frå barnet til foreldra på, er å ha samtale med foreldra i eit anna rom enn der barnet er. Mykje verdifull kommunikasjon mellom sjukepleiaren og foreldra er attmed senga til barnet – i ein naturleg samanheng med utgangspunkt i barnets behov der og då. Denne forma for kommunikasjon med foreldra skal ikkje underkjennast, men på den andre sida er det ikkje noko veileigna måte å snakka om foreldras behov for hjelp og støtte på (Tandberg, 2009, s. 228). Orem sin teori seier at ein viktig sjukepleiefunksjon er nettopp; å tilrettelegge omgivnader som mogleggjer helsefremmande omsorg og utvikling av personlege evner. Sjukepleiaren har ansvar for å tilrettelegge for så gunstige omgivnader som mogleg ut i frå det premature barnet og foreldra sine behov. Det vil føre til at barnet modnast som menneske og forebygger utviklingsforstyrningar. Det vil hjelpe foreldra til å føle seg meir komfortable og til å meistre situasjonen betre (Cavanagh, 1999, s. 33, 34).

Ifølge forskning gjort av Guillaume, et al. (2013) treng foreldra til eit prematurt barn god informasjon og veiledning på barnet sine reaksjonar og relasjonskapasitet. Artikkelen fokuserar på foreldra sine opplevingar i neonatalavdelinga og forventningane deira til personalet. Fleirtalet av foreldra fortalde at dei opplevde stress, følelsen av hjelpeslausheit, og at dei var dårlege foreldre viss barnet gråt eller verka stressa. Det var då svært viktig for dei med god informasjon for å forstå barnet og vidare kva ein kan gjere for å roe det. Dette gav dei ein følelse av trygghet i samhandlinga med barnet. Alle foreldra rapporterte at informasjon om barnet sine sansar, reaksjonar og aktivitetar i forhold til dette var avgjerande for tilknytning og for at dei oppnådde følelsen av at dei faktisk var foreldra til barnet. Det kjem også fram i artikkelen at foreldra ønsker og forventar at informasjonen skal bli gitt med ein mild, omsorgsfull og menneskeleg haldning frå sjukepleiar. Informasjonen bør også tilpassast til ulike tider og behov. Dette hjelper foreldra til å ha samspel med barnet sitt og skape ein tilknytning til det. Fleury, Parpinelli & Makuch (2014) peiker også i sin artikkel på at sjukepleiarar som arbeider med premature barn, må ha ein god haldning og gi støtte til foreldra. Rette ord og støtte frå ein tredje person kan virke som eit skjold mot angst, depresjon, skyldfølelse og liknande som foreldre til premature barn er utsatt for. Men på den andre sida kjem det fram i artikkelen deira at det ikkje alltid er så lett å fremme tiltak for foreldre-barn-relasjonen i neonatalavdelingen sett frå sjukepleiar

si side. Det krev ifølge sjukepleiarane eit emosjonelt engasjement som tek tid og energi. Foreldra kan trenge mykje oppmuntring til samspel med barnet sitt.

Ifølge forskning gjort av Tooten et al. (2013), har både mødre og fedre eit likt nivå av bekymringar og usikkerheit, men måten å takle desse bekymringane på varierar betrakteleg. Då er det også mogleg at mor og far har ulike behov for støtte og veiledning i tilknytingsprosessen, og i omsorga for barnet sitt. Dette må ein som sjukepleiar ta hensyn til.

5.3 Fremme tilknytning ved hjelp av kengurumetoden og amming

Det premature barnet har eit grunnleggande behov for hudkontakt med sine foreldre. Så snart tilstanden er stabil nok, bør få ligge på mor eller far sitt bryst (kengurumetoden) (Steinnes, 2009, s. 53). Barnet vil med denne metoden holde varmen utanfor kuvøsa. Hensikta med metoden er å fremme tilknytning mellom barn og foreldre. Hudkontakten vil ifølge Ulvund (2010, s. 468) i tillegg vere gunstig for amming, fysisk vekst og respirasjon. Det kan også vere medverkande til at premature barn ikkje er spesielt utsatt for å få utviklingsforstyrningar. Her må ein bruke sjukepleiefunksjonen som Orem sin teori beskriver med å legge til rette omgivnadane for kengurumetoden og dermed modning hjå det premature barnet (Cavanagh, 1999, s. 33).

I forskning gjort av Kymre og Bondas (2013), beskriver sjukepleiarane at dei oppfatta tydelege teikn på at det premature barnet er meir komfortabel og har det betre ved hud-mot-hud kontakt, enn aleine i ei kuvøse. Sjukepleiarane fokuserte på at foreldra må inkluderast så tidleg som mogleg i kengurumetoden for barnet sitt. På den eine sida beskreiv sjukepleiarane at hud-mot-hud er viktig og skapar harmoni og tilknytning mellom foreldra og det premature barnet. Men på den andre sida kan det skape stress både hjå barnet og foreldra viss foreldra er usikre og ukomfortable med å halde det. Sjukepleiarane opplevde ofte at det var utfordrande for foreldra å overvinne terskelen til å komme i gang dei første gongane med kengurumetoden, og det var ikkje uvanleg for sjukepleiar å måtte tilbringe eit par dagar til å gi god veiledning, informasjon, og forberede foreldra på å holde sitt nyfødde barn og ha hud-mot-hud kontakt.

Steinnes (2009, s. 54) meiner at kengurumetoden kan føre til humanisering av neonatalomsorga. Foreldra trekkest tidleg inn som nødvendige omsorgsutøvarar, og foreldrerolla styrkast. Det fører til tilknytning og har ein gunstig effekt på amming ved at barnet kan kjenne lukt av mor, og mor skil ut hormon som aukar mengde morsmjølk. At kengurumetoden har ein gunstig effekt på amming viser også Flackin, Ewald & Wallin (2011) til. Artikkelen deira viste at barna som vart fullamma med bryst, hadde hatt fleire timar med kengurumetoden per dag enn dei premature barna som ikkje fullamma enda. Artikkelen har bevis for at kengurumetoden har gunstig effekt på amming av premature barn,

og at det er viktig at barn og mor spesielt, ikkje vert for mykje adskilte den første tida på neonatalavdeling for tilknytninga sin del. Dei understrekar at ansatte må vere ein ressurs og legge til rette for dette.

Studien gjort av Welch et al. (2012) viste at tidlege tiltak som kengurumetoden mellom mor og barn vil styrke tilknytning og minske mors risiko for depresjon og angst, samt minske barnets aversjon mot separasjon/isolasjon og stressande medisinske prosedyrar. Hud-til-hud kontakt har igjennom studiet deira vist ei rekke positive effektar. Ifølge sosial – og helsedirektoratet (2007), fremmar kengurumetoden blant anna fysisk vekst og velvære hjå barnet, amming og stimulerar foreldre-barn-tilknytning. Men på den andre sida har det vore reist bekymring rundt tryggleiken for barnet ved tiltaket, og det er lite forskning som har fokusert på dette. Men det kjem fram i forskinga dei har studert at kengurumetoden har effekt på foreldre-barn-tilknytning.

Det er med andre ord viktig at sjukepleiar brukar det som Orem i sin teori beskriver som hjelpemetodar, for å oppmuntre til kengurumetoden som vil vere med på å dekke eigenomsorgsbehovet for balanse mellom å vera aleine og ha sosial kontakt hjå det premature barnet. Sjukepleiar må veilede, gi fysisk og psykisk støtte som vil hjelpe foreldra til å bruke kengurumetoden i omsorga av barnet sitt. Dette vil ifølge teori og forskning føre til tilknytning. Barnet opplever omsorg, tryggleik og det forebygger følelsen av einsomheit. Hjå foreldra gir det redusert stress og auka foreldrekompetanse. Kengurumetoden vil ifølge Steinnes (2009, s. 55) styrke tilknytning og fremme tidleg heimreise.

5.4 Fremme tilknytning ved å inkludere foreldra i det daglege stellet av barnet - ei gradvis overtaking

Stellesituasjonar kan for mange premature barn og foreldre vere ein god anledning til å ha samspel med ansikt-til-ansikt kontakt og berøring på (Ravn, 2009, s. 257). Tidleg intervensjon med stellesituasjon som gir dette, har igjennom studiet til Welch, et al. (2012) vist tilknytning mellom foreldre og barn. Ifølge sosial – og helsedirektoratet (2007), er det viktig at foreldra startar så tidleg som mogleg og vert trygge i det daglege stellet av barnet sitt. Dei må oppmuntrast av sjukepleiar til å ta aktivt del i stellet, og lære å forstå barnet sin individualitet og tolke signala og behova det har.

På den andre sida er det viktig å ta hensyn til at premature barn fort kan bli slitne av eit stell og foreldra kan føle seg svært usikre i situasjonen. Rav (2009, s. 257) hevdar at mange foreldre kan erfare at andre situasjonar er meir egna til å kommunisere og få tilknytning med barnet på. Ifølge forskning gjort av Skene, Franck, Curtis & Gerrish (2012) så følte foreldra seg usikre og likte seg i starten best som passive ved å sjå på at sjukepleiar gjorde alt i stellet av barnet. Då er det ifølge

Skene et. al (2012) viktig at sjukepleiar gir foreldra småoppgåver så dei vert meir aktive litt etter litt i stellet av barnet sitt. Ei gradvis overtaking av stellet, god informasjon og veiledning frå sjukepleiar vil kunne gi foreldra komfort, meistringsfølelse og tilknytning til deira premature barn. Som eit ledd i forberedelsen til heimreise bør foreldra ifølge Saugstad (2009, s. 163), få vere aleine med barnet i eit eige rom i sjukehuset i god tid før heimreise, slik at dei sjølv har erfaring med å stelle barnet. Deretter kan barnet for eksempel få permisjon på dagtid, eventuelt ei natt heime. Viss dette går bra, er barnet klart til å skrivast ut.

Det blir ifølge Cavanagh (1999) og Moss, Hellerud, Hval & Dikkanen (2006), viktig at sjukepleiar gir praktisk veiledning gjennom det daglege stellet av barnet. Det vil bli viktig å lære foreldra å delta så mykje som er naturleg og komfortabelt for dei. Sjukepleiar må vere open for spørsmål frå foreldra og gi veiledning undervegs.

6 Svake og sterke sider ved oppgåva

Ein svakheit ved oppgåva kan vere at det finnes fleire tiltak som eg kunne ha drøfta for å svare på problemstillinga mi. Men på grunn av oppgåva sitt omfang, har eg valt å ta med dei tiltaka som passar best for avgrensinga mi, og som eg meiner er dei viktigaste i forhold til tilknytning. På den andre sida tenkjer eg at det å argumentere for nokre av tiltaka grundig enn fleire tiltak overflatisk, styrkar oppgåva.

Sterke sider ved forskinga er at den er av nyare dato og oppdatert. Eg meiner også at det er ein styrke å sjå på artiklar som går ut i frå foreldra sitt perspektiv og sjukepleiarane sitt perspektiv. Dette gir eit bilete på kva tiltak som fungerer best sett frå begge sider. Ei anna sterk side kan vere at eg har funne mykje forskning og litteratur som gjorde at eg fekk samanlikne ulike forfattarar si meining om tema, og velje ut dei kjeldene som var mest relevante til problemstillinga mi. Eg har valt å inkludere artiklar frå ulike land, som vil kunne gi eit breiare perspektiv på metodar og tiltak for god tilknytning.

Det at eg har valt å bruke originalartiklar og ingen oversiktsartikkel kan moglegvis bli sett på som ei svak side. Men sidan eg har brukt sju relevante originalartiklar i litteraturstudien, kan det ifølge Støren (2013, s. 38) betraktast som ein oversiktsartikkel i seg sjølv. Og i retningslinjene for akademisk skrivning vert det anbefalt å nytte primærkjelder framfor sekundærkjelder.

Når det gjeld primær- og sekundærkjelder, er det nytta begge deler i oppgåva. Alle litteraturbøker er henta i høgskulen sitt bibliotek. Eg ser på litteraturen som truverdig når den er anbefalt og henta i høgskulen sitt bibliotek, og når bøkene eg har nytta alle er skrivne av fagpersonar. Det er likevel viktig å vere bevisst på moglege feiltolkningar i sekundærlitteratur ut frå kva opprinneleg forfattar meiner. Eg har nytta sekundærkjelda «Orems sykepleiemodell i praksis» av Stephen J. Cavanagh (1999), fordi

det ikkje var mogleg å få tak i den eldre primærkjelda skrive av Orem sjølv då den var utlånt i høgskulen sitt bibliotek og ikkje fantes i noko butikk.

Noko som også kan vere ei svak side ved oppgåva er moglege feiltolkingar av forskinga. Det er brukt norsk-engelske ordbøker og google translate i hjelp av oversettinga frå engelsk til norsk. Dette kan ha ført til feiltolkingar då det er ein del vanskelege engelske ord og faguttrykk.

Ei anna svak side ved oppgåva kan vere at eg burde ha presentert metodar for tilknytning i teoridelen i oppgåva. Eg valte å ikkje gjere dette fordi eg følte det blei svar på problemstillinga, noko som eg syns høyrer betre heime i drøftinga og konklusjonen. Eg har også vore usikker på om eg skulle plassere dette kapittelet om svake og sterke sider ved oppgåva under metode, men sidan eg vel å drøfte svake og sterke sider ved oppgåva generelt følte eg det passa best å ha det til slutt etter drøftinga.

7 Konklusjon

Sidan forskning og teori viser at utvikling av eit tidleg og godt samspel mellom det premature barnet og foreldra er grunnleggande for barnet si utvikling, er det viktig at sjukepleien er offensiv i forhold til å tilrettelegge for eit godt samspel mellom foreldra og barnet så tidleg som mogleg i neonatalavdelinga. Dette kan gi ein betre start for foreldra og barnet deira som har «kasta seg ut i livet» litt for tidleg.

For å bidra til å fremme tilknytning er det viktig at sjukepleiar tilrettelegg ved hjelp av Orem sine hjelpemetodar slik at barnet får dekkja eigenomsorgsbehovet sitt om å ha balanse mellom å vere aleine og ha sosial kontakt. Det skal ha nok tid til kvile, søvn og kontakt med foreldra for å få ein optimal tilknytning, vekst og utvikling. Det vert viktig at sjukepleiar skapar ein god relasjon til foreldra og inkluderar dei i pleien av barnet som dei viktigaste omsorgspersonane så tidleg som mogleg. Sjukepleiar må gi god veiledning, informasjon og støtte. Ho må oppfordre til kengurumetoden som også fremmar amming som vil føre til tilknytning. Og til slutt må sjukepleiar inkludere foreldra i det daglege stellet av barnet litt etter litt, slik at dei får meistringsfølelse, føler seg trygge med barnet og blir gradvis klar for heimreise. Desse fire tiltaka vil ifølge forskning og teori i litteraturstudien bidra til å fremme tilknytning mellom barnet og foreldra som er grunnleggande for at barnet skal utvikle seg til eit sjølvstendig og trygt individ i samfunnet.

7.1 Forslag til vidare forskning

Vidare kunne forskinga ut i frå det eg har funne, fokusere meir på far sidan det er hovudfokus på mor i dei fleste artiklar. Sjølv om det er naturleg at det er hovudfokus på mor, har mor og far ulike behov for tilknytning med det premature barnet sitt. Dei har også ulike måtar å meistre den nye livssituasjonen på ifølge teori og forskning. Sidan homofili og adopsjon også har blitt vanlegare dei seinare år, er forskning på barn og tilknytning til fedre moglegvis viktig å fokusere på framover.

8 Bibliografi

- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Flacking, R., Ewald, U., & Wallin, L. (2011). Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in Very Preterm Infants. *JOGNN, 40*, 190-197. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01226.x
- Fleury, C., Parpinelli, M.A., & Makuch, M.Y. (2014). Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study. *BioMed Central, 14*:313. Hentet 09.04.15 fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/313>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg.). Stockholm: Natur Kultur Akademisk.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., Bony, C., Danan, C., Baud, O., Jarreau, P-H., Zana-Taïeb, E., & Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BioMed Central, 13*:18. Hentet 09.04.15 fra <http://www.biomedcentral.com/147-2431/13/18>
- Hagerup, I. (2007). *Samlede dikt*. Oslo: Aschehoug.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kymre, I.G., & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. *Int J Qualitative Stud Health Well-being, 8*:21370. DOI: 10.3402/qhw.v8iO.21370
- Markestad, T. (2008). *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Medisinsk fødselsregister. (2015). *Helseregister over fødsler i Norge*. Hentet 11.04.15 fra <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>

Moss, N., Hellerud, A., Hval, M., & Dikkanen, K. (2006). *Samspillveileder. Nyfødt Intensiv. Styrking av samspill mellom premature barn og deres foreldre basert på NIDCAP prinsippene og Vermontprogrammet*. Drammen: Sykehuset Buskerud.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)*. Hentet 09.04.15 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 09.04.15 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20.05.15 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, Gro, Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.

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. 244-259). Oslo: Cappelen Damm AS.

Rubicon, V. (2011). *Leon grep livet mot alle odds!* Oslo: Commentum.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus forlag.

Skene, C., Franck, L., Curtis, P. & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *JOGNN*, 41, 786-797. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (IS-1419). Hentet 10.04.15 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn>

Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn* (s. 27-53). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdeling. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn* (s. 224-244). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Braeken, J., Vingerhoets, J.J.M., & Bakel, H.J.A. (2013). Parental Perceptions and Experiences after Childbirth: A comparison between Mothers and Fathers of Term and Preterm Infants. *BIRTH* 40:3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12052>
- Ulvund, S. E. (2010). Født for tidlig - om foreldre som ressurs i oppfølging av barna. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 461-479). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Welch, M.G., Hofer, M.A., Brunelli, S.A., Stark, R.I., Andrews, H.F., Austin, J., & Myers, M.M. (2012). Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU. *BioMed Central*, 12:14. Hentet 09.04.15 fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/14>
- World Health Organization. (2014). *Preterm birth*. Hentet 15.04.15 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Zachrisson, H. D. (2010). Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 285-303). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG 1 - Søketabell

a)

Søkedato	Database (Tidsrom: 2010-2015)	Søkeord	Antall treff	Kva eg gjorde med «treffa»	Resultat
09.04.15	ASP inkludert MEDLINE + CINAHL with full text	S1 premature infant	13 970		
		S2 parents	56 368		
		S3 methods	1 298 822		
		S1 AND S2 AND S3	208	Leste samandraga på ni artiklar	Enda opp med fem artiklar i oppgåva

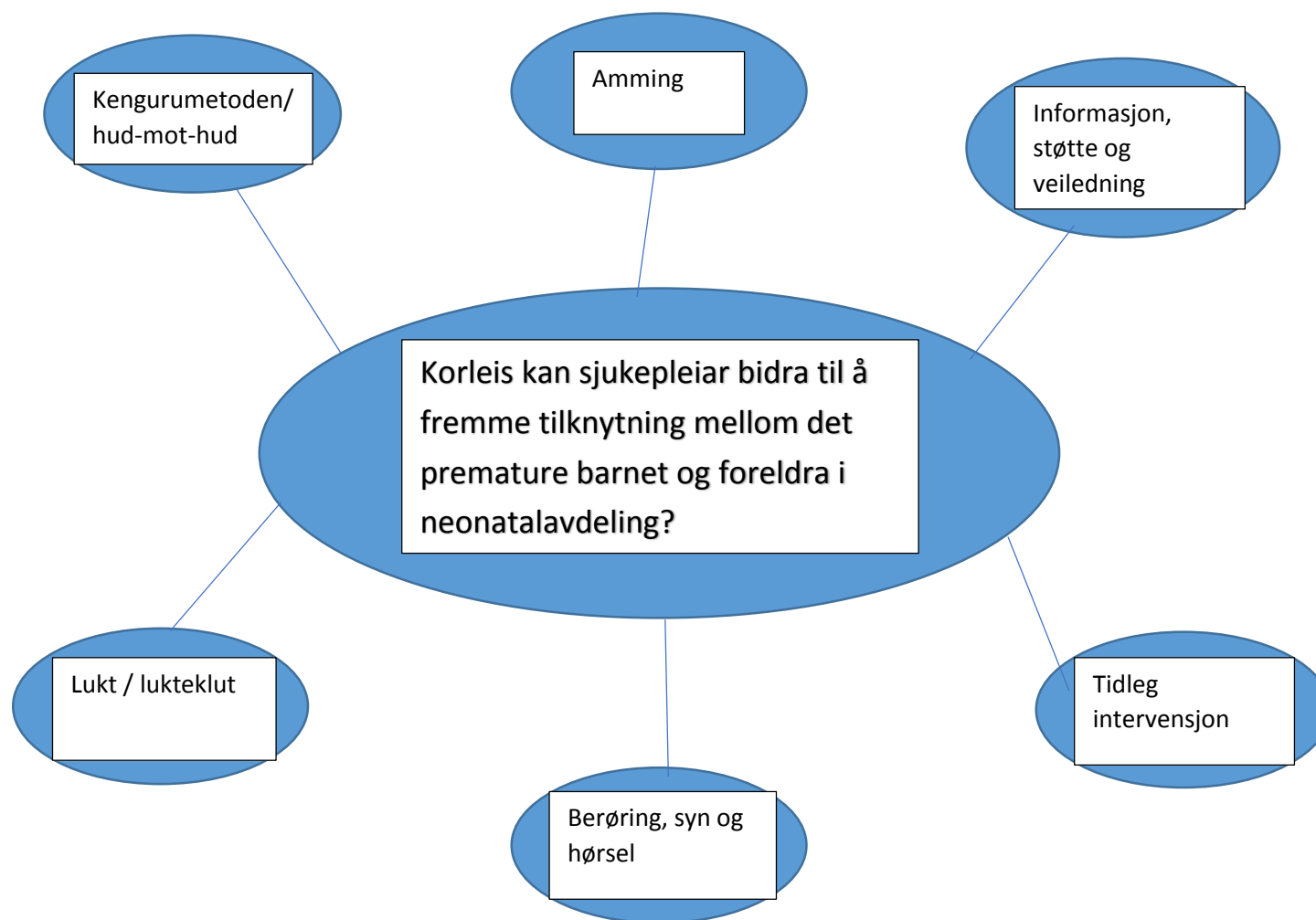
b)

Søkedato	Database (Tidsrom: 2011-2015)	Søkeord	Antall treff	Kva eg gjorde med «treffa»	Resultat
09.04.15	ProQest Medical Collection	S1 premature baby	3 994		
		S2 parents	71 366		
		S3 nursing methods	33 486		
		S1 AND S2 AND S3	517	Leste samandraga på fem artiklar	Enda opp med to artiklar i oppgåva

c)

Søkedato	Database (Tidsrom: last three years)	Søkeord	Antall treff	Kva eg gjorde med «treffa»	Resultat
09.04.15	ASP inkludert MEDLINE og CINAHL with full text	S1 premature infant	13 970		
		S2 parents	56 368		
		S3 breastfeeding	8 828		
		S4 kangaroo mother care	221		
		S1 AND S2 AND S3 AND S4	3	Leste samandraga på to artiklar	Brukte ein artikkel i oppgåva

VEDLEGG 2 - Tankekart



VEDLEGG 3 – Samandrag av forskingsartiklar

Samandrag artikkel 1:

Tittel: «Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents.»

Forfattere: Sonia Guillaume, Natacha Michelin, Elodie Amrani, Birgitte Benier, Xavier Durrmeyer, Sandra Lescure, Charlotte Bony, Claude Danan, Oliver Baud, Pierre-Henri Jarreau, Elodie Zana-Taieb og Laurence Caeymaex.

Årstall: 2013

Database: MEDLINE

Studiedesign og hensikt: Kvalitativ, etisk godkjent studie. 60 foreldre vart intervjuet, 30 mødre og 30 fedre. Intervjuet var ansikt til ansikt. Studien undersøker kva foreldra til premature barn i ein neonatalavdeling forventar og meiner fungerer best i dei tidlege interaksjonane mellom dei, det premature barnet og personalet/omsorgspersonane i neonatalavdelingen.

Funn: Mødrene opplevde særleg tre punkter som hjelpte dei i tilknytningsprosessen med barnet deira. Dette var 1: informasjon og økt kunnskap med barnet. 2: fysisk nærheit til barnet. 3: Og få forlate barnet med ei leike eller ein stoff/klut med lukta hennes på.

Dei fleste mødrene kjente eit sterkt behov for hud-til-hud kontakt med barnet sitt eller å få ta på det eller kysse det, og behovet for informasjon om korleis ein skulle holde/ta på barnet var svært viktig! Fedrene var meir skeptiske og hadde ikkje det sterke behovet for å halde barnet pga usikkerheit. Eit mindretal nemnte behov for fysisk kontakt for tilknytning. Mange foretrakk å ta på og snakka med barnet i stadenfor å halde det av fedrene. Foreldra forventa og ønska at pleiarane i avd. gav mykje informasjon, var omsorgsfulle og gode. Dette følte dei gav ein menneskeleg kontakt og gjorde det lettare for dei å spørje om ting dei var usikker på osv. Sjukepleiarane sine holdningar hadde mykje å seie for foreldrene og barnets utvikling og oppfatning.

Samandrag artikkel 2:

Tittel: «Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU».

Forfattere: Martha G Welch, Myron A Hofer, Susan A Brunelli, Raymond I Stark, Howard F Andrews, Judy Austin and Michael M Myers

Årstall: 2012

Database: ProQuest Medical Collection

Studiedesign og hensikt: Etisk godkjent, kvalitativ randomisert kontrollert studie med blindet/skjult vurdering. 260 familiar. 130 pr gruppe. Hensikten var intervensjon mellom mor og premature barn født mellom uke 26-34 i neonatalavdeling. Intervensjonane var tilrettelagt av trente oppforstringsspesialister. Intervensjonane var; 1: i kuvøsen med beroligande interaksjonar mellom mor og barn via luktutveksling, fast berøring og verbal kommunikasjon med ei beroligande stemme og augekontakt. 2: Utenfor kuvøsen med hud-til-hud kontakt og mating. 3: Gjennom familiebesøk for å engasjere, hjelpe og støtte mor.

Ein skulle gjennom studiet finne dei kortsiktige og langsiktige fysiologiske og atferdsmessige endringar hjå barnet ved hjelp av dei forskjellige tilknytningsintervensjonane.

Funn: Tidlege intervensjonar mellom mor og barn vil styrke tilknytning og minske mors risiko for depresjon, angst osv., samt minske barnets aversjon mot separasjon/isolasjon og stressande medisinske prosedyrar. Luktutveksling mellom barn og mor vha luktklut, bomullsdottar osv vil redusere fysiologiske og atferdsmessige konsekvensar av adskillelse og vil vere med på å styrke tilknytning mellom mor og barn. Dette vil også hjelpe far til å kobles følelsesmessig til sitt barn. Denne aktiviteten må startes så tidlig som mulig i NICU. Hud-til-hud kontakt, augekontakt og terapeutisk berøring har igjennom studiet vist ei rekke kortsiktige positive effektar, inkludert modning av syn, smertereduksjon, økning i vagal aktivitet og gastrisk mobilitet + vektauke hjå det premature barnet.

Samandrag artikkel 3:

Tittel: «Parental Involvement in Neonatal Comfort Care».

Forfattere: Caryl Skene, Linda Franck, Penny Curtis and Kate Gerrish

Årstall: 2012

Database: MEDLINE

Studiedesign og hensikt: Etisk godkjent, kvalitativ studie. Foreldra vart obsevert av sjukepleiarar under oppholdet på neonatalavdeling. Deltakarane var elleve premature barn, ti mødre og åtte fedre. Gjennom studiet vil ein finne ut korleis foreldre samhandler med barna sine gjennom tidlig intervensjon i neonatalavd. Foreldra skulle i samarbeid med sjukepleiarar lære korleis dei kunne gi komfort og omsorg til sine barn.

Funn: Mange foreldre var skeptiske til å fysisk berøre barna sine, og vart oppfordra av spl. til å gjere dette. Ved berøring av barnet følte foreldra seg mindre engstelige og urolige og sa at dei trengte det for tilknytningen sin del. Dei kunne også observere ansiktsuttrykk og andre kroppslige signal på at barnet deira følte dette, og likte det.

Same når det gjaldt stell av barnet. Foreldra følte seg usikre og likte seg i starten best som passive ved å sjå på at sjukepleiar gjorde det. Heile vegen gav sjukepleiar foreldra småoppgåver så dei vart meir aktive litt etter litt i omsorgen av barnet sitt. Ei gradvis overtaking av omsorg for barnet og god informasjon/veiledning frå sjukepleiar gav foreldra komfort og meistringsfølelse og tilknytning til barnet deira.

Samandrag artikkel 4:

Tittel: «Positive Effect of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding in very preterm Infants».

Forfattere: Renee Flacking, Uwe Ewald and Lars Wallin

Årstall: 2011

Database: CINAHL with full text

Studiedesign og hensikt: Etisk godkjent, kvalitativ og kvantitativ prospektiv longitudinell studie. 300 premature barn og deira mødre. 103 svært premature født mellom veke 24-31 og 197 moderat til lett premature barn født mellom veke 32-36. Studien fokuserar på den potensielle koblingen mellom kenguru-mor-metoden (KMC) og amming. Studien vart gjennomført på fire neonatalavdelinger i fire forskjellige fylker i Sverige. Studien vart gjennomført over 19 måneder.

Funn: Det viste seg å vere ein signifikant forskjell mellom svært premature barn og moderat premature barn når det kom til KMC og amming. Det var betre

ammeferdigheiter hjå dei moderat premature og dette var spesielt i ein alder av 1-2 mnd. Studien viste at barna som vart fullamma med berre bryst ved 1 og 3 mnd, hadde hatt fleire timar med KMC per dag enn dei premature barna som ikkje fullamma enda. Funna viste ein samanheng mellom KMC og amming ved 1,2,5 og 6 mnd, og dette var spesielt hjå dei svært premature. Med denne studien som også referer til andre studier har dei bevis for at KMC har gunstig effekt på amming av premature barn, og at det er viktig at barn og mor spesielt, ikkje vert for mykje adskilte den første tida på neonatalavdeling. Dei understrekar at ansatte må vere ein ressurs og tilrettelegge for dette til foreldra og barnet deira.

Samandrag artikkel 5:

Tittel: «Balancing preterm infants developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study».

Forfattere: Ingjerd Gåre Kymre & Terese Bondas

Årstall: 2013

Database: MEDLINE

Studiedesign og hensikt: Etisk godkjent, kvalitativ studie. Data er samla frå 18 sjukepleiarar innanfor feltet i Norge, Sverige og Danmark som jobbar på forskjellige NICU. 12 av dei var spesialsjukepleiarar. Målet med studiet var å artikulere essensen og bestandeler av neonatal intensivavdeling og sjukepleiarane sin erfaring med hud-mot-hud kontakt mellom premature barn og foreldra deira.

Funns: Spl. beskrev at dei oppfatta tydelege teikn på at dei premature barna var meir komfortable og hadde det betre ved hud-mot-hud kontakt, enn aleine i ei kuvøse. Dei fokuserte på at foreldra er dei viktigaste omsorgspersonane og må inkluderast så tidleg som mogleg. Dette er viktig for tilknyttingen mellom foreldra og barnet. På den eine sida beskrev spl. At hud-mot-hud er viktig og skapar harmoni og tilknytning mellom foreldra og barnet. Men på den andre sida kan det skape stress både hjå barnet og foreldra viss foreldra er usikre og ukonfortable med det. Sjukepleiarane opplever det som utfordrande for foreldra å overvinne terskelen til å komme i gang dei første dagane. Og det var ikkje uvanleg for spl å måtte tilbringe eit par dagar til å gi god informasjon, og oppmuntre og forberede foreldra på å holde sitt nyfødte barn og ha hud-mot-hud kontakt.

Samandrag artikkel 6:

Tittel: «Perceptions and actions of healthcare professionals regarding the mother-child-relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a qualitative study».

Forfattere: Camila Fleury, Mary A Parpinelli og Maria Y Makuch.

År: 2014

Database: ProQuest Medical Collection

Studiedesign og hensikt: Etisk godkjent, kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av 20 av helsepersonalet på ein NICU i Brasil. Legar og sjukepleiarar. Hensikten var å forstå oppfatningar og holdningar hjå helsepersonell som arbeider i NICU. Om mor-barn-forholdet dei første vekene etter fødsel, og fagfolka sin støtte til utvikling av dette forholdet sidan forholdet er «hemma» når barnet er født prematurt. Det er holdningar hjå personalet ein studerer.

Funns: Viss helsepersonell opplevde at mor hadde vanskar i samhandling med barnet sitt, prøvde dei å legge til rette for dette sidan dei alle var klar over kor viktig tilknytningsprosessen er for barnets utvikling og trivsel. Eit godt forhold og god støtte mellom foreldrene og pleiepersonalet er grunnleggande for

dette. Videre kom det fram at fleire av helsepersonellet meinte det av og til kunne vere vanskelig å tilrettelegge for ein tidleg tilknytningsprosess mellom foreldra og deira premature barn. Mødrene og fedrene trengte å motta profesjonell veiledning sidan premature barn har andre behov og oppfører seg annarleides enn fullborne barn. Helsepersonell må gi hjelp, støtte, forståelse og tillit for å minimere mors og fars bekymringar og oppmuntre dei til omsorg og kontakt med barnet deira så tidleg som mogleg. Helsepersonell må oppfordre og støtte tilknytningsprosessen med foreldra til barnet, og dette bør vere ein del av kvardagen i NICU.

Samandrag artikkel 7:

Tittel: «Parental Perceptions and Experiences after Childbirth: A comparison between Mothers and Fathers of Term and Preterm Infants».

Forfattere: Anneke Tooten, Hannah N Hoffenkamp, Ruby A.S Hall, Johan Braeken, Ad J.J.M. Vingerhoets og Hedwig J.A van Bakel.

År: 2013

Database: CINAHL with full text

Studiedesign og hensikt: Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Det står ikkje noko om at studien er etisk godkjent, men begge foreldra har fått informasjonsbrosjyre om studien og begge måtte signere informert samtykke. 202 spedband inkludert begge foreldra vart delt inn i tre grupper: Fullborne barn, moderat premature barn og svært premature barn. Desse vart følgt dei første 6 mnd etter fødsel. Hovudmålet med studiet var å sammenligne oppfatningar og opplevingar av mødre og fedre med fullbårne, moderat- og svært premature barn.

Funn: Studien viser at foreldre til fullbårne barn har signifikant mindre negative oppfatningar enn foreldra til moderat premature barn, som i sin tur har signifikant betre oppfatningar enn foreldre til svært premature barn. Det var ingen signifikant forskjell mellom fars- og mors opplevingar når det gjaldt bekymringar og følelsesrelaterte problemstillingar. Men måten å takle bekymringane på varierte betrakteleg mellom mor og far. Studien viste at jo lågare gestasjonsalder på barnet, dess meir negative følelsar og opplevingar hadde foreldra. Funna i studien er ifølge forfattarane i tråd med nyare forskning om at foreldra tykkjer det vanskeligaste er å danne ein optimal relasjon/tilknytning til barnet sitt når det er født prematurt.