

**TILKNYTNINGSPROSESSEN PÅ
NYFØDTAVDELINGEN**

**Å KNYTTE BÅND GJENNOM
GLASS**

**Hvordan kan sykepleier fremme tilknytningsprosessen
mellom det premature barnet og foreldrene?**

Bacheloroppgave i sykepleie

SYKHB3001 – Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Høgskolen Stord/Haugesund

Sykepleierutdanningen, avd. Haugesund

Innleveringsfrist: 23.02.09, kl. 14.00

Kandidatnr. 14

Antall ord: 7286

SAMMENDRAG

Mor og barn utvikler et forhold allerede i svangerskapet, et forhold som utvikler seg ettersom ukene går. Dette forholdet vil ved en normal fødsel bli erstattet med at tilknytningsprosessen settes i gang idet barnet blir lagt opp til moren, noe som både moren og barnet har nytte av fysisk og psykologisk.

Ved en prematur fødsel er forholdet som moren og barnet har seg i mellom gjerne underutviklet. I tillegg vil også tilknytningsprosessen bli forstyrret, da moren ikke får barnet opp til seg. I stedet overflyttes barnet til nyfødtafdelingen og blir ofte også lagt i kuvøse og koblet til forskjellige apparater for å overleve. Foreldrene beskriver at situasjonen preges av at en har en usikkerhet og engstelse hengende tungt over seg og at en ofte vegrer seg for å ta initiativ til å knytte seg i frykt for at det ikke kommer til å gå bra med barnet.

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan sykepleier kan fremme tilknytningsprosessen mellom det premature barnet og foreldrene. Ut av dette har jeg kommet frem til at kommunikasjon er en veldig viktig faktor i denne sammenhengen. Om vi har kommunikasjon som en stamme kan vi videre dra ut grener som informasjon, undervisning og veiledning og støtte. Samlet kan dette blant annet føre til bedre innsikt i situasjonen, bidra til å redusere fortvilelse, håpløshet, engstelse og bekymring og ikke minst motivere til nærkontakt.

ABSTRACT

The soon-to-be mother and her baby are already connected to each other during the pregnancy, a connection that keeps developing as time passes by. This relationship is replaced by the attachment process when, after a normal childbirth, the baby is placed on the mother's stomach and chest, an action that both the mother and the baby achieves great benefits from both physically and psychologically.

When the baby is born sooner than expected, as a premature infant, the relationship between the two of them is undeveloped compared to full term-babies and their mothers. In addition, the attachment process' setting is also disturbed, as the mother does not get the baby placed skin-to-skin immediately after birth. Instead, the baby is transferred to the neonatal intensive care unit and often also put in an incubator and attached to technical equipment to survive. Some of the parents describe the situation as challenging, and that they are strongly affected by a sense of anxiety and a feeling of not knowing what is going on. This often leads to parents hesitating getting attached to their baby, as they cannot be sure of the outcome, and if the baby will survive.

The aim of this literature study was to find out how the nurse could promote the attachment process between the parents and the premature infant. By using the literature I found out that communication is a very important stem as we can pull branches like information, guidance and education and support out of this. These factors may lead to better insight and also help reducing anxiety, hopelessness and despair in addition to motivate the parents to get in touch with their little baby.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	I
ABSTRACT	II
1 INNLEDNING	1
1.1 Mange små glasshus	1
1.2 Presentasjon av tema	1
1.3 Grunnlag for valg av tema.....	1
1.4 Presentasjon av problemstilling	2
1.5 Grunnlag for valg problemstilling	2
2 METODE	4
2.1 Litteraturstudium som metode	4
2.2 Bakgrunn og litteraturgjennomgang.....	4
2.3 Metode.....	4
2.4 Kildekritikk	5
2.5 Etske overveielser	6
3 TILKNYTNINGSPROSESSEN	7
4 MENNESKENE PÅ NYFØDTAVDELINGEN	9
4.1 Foreldrene.....	9
4.2 Barnet i kuvøsen.....	10
4.3 Sykepleieren i avdelingen	11
5 DRØFTING.....	12
5.1 Kommunikasjon	12
5.2 Informasjon	12
5.3 Veiledning og undervisning	15
5.4 Støtte.....	18
6 KONKLUSJON	21
7 LITTERATURLISTE	22

1 INNLEDNING

1.1 Mange små glasshus

Et barn defineres som prematurt om det er født før svangerskapet har vart i 37 fulle uker. Så mange som 200 barn ble i 1996 født med en fødselsvekt under 1 kg (Saugstad, 1999). Barn regnes for å være premature om det ikke har rukket det stadiet der blant annet vekst og utvikling har gjennomgått en fullkommen prosess (Ulvund, Smith, Lindemann og Ulvund, 1992).

I Norge blir om lag fem-seks prosent av alle barn født før denne tiden. Hvor mange uker barnet har fått tilbringe i mors liv har innvirkning på den videre behandlingen på nyfødtafdelingen (Saugstad, 1999).

Alt etter barnas gestasjonsalder og tilstand ved fødselen, trenger de å være der det finnes utstyr og profesjonelle som kan ivareta deres livnærende behov. Noen av barna har også behov for å ligge i kuvøse, for på en best mulig måte å opprettholde en god varme og lette en eventuell parenteral ernæring og oksygentilførsel. Kuvøsen er dermed et godt hjelpemiddel i pleien av de minste. Ulvund et al. (1992) peker imidlertid også på at kuvøsen er med på å redusere nærkontakten mellom barnet og omgivelsene, og da også foreldrene.

1.2 Presentasjon av tema

Temaet jeg har valgt omhandler tilknytningsprosessen mellom det premature barnet i kuvøsen og foreldrene.

1.3 Grunnlag for valg av tema

Tidlig kontakt mellom mor og barn er av stor betydning for utviklingen av det senere forholdet mellom disse (Saugstad, 1999). En prematur fødsel kan imidlertid ha satt i gang uten at en fikk tid til å foreberede seg, og vil som oftest ha stor innvirkning på hvordan foreldrene videre forholder seg til situasjonen. Foreldrene er gjerne uforberedt på hvilken følelsesmessig påkjenning mange opplever det å være at en plutselig er foreldre til et prematurt barn. Det hele gjelder dessuten også et barn en ikke kan være helt sikker på at kommer til å overleve (Ulvund et al., 1992).

Det å skulle bli mor setter i gang et mor-barn-forhold allerede i svangerskapet (Wigert, Johansson og Hellström, 2005). Videre sies det at det å få i gang denne prosessen ute i det virkelige liv blir noe vanskeliggjort om den ene av disse to ikke er i stand til å være med den andre til det fulle og hele.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Ut av temaet vil jeg trekke frem denne problemstillingen: *"Hvordan kan sykepleier fremme tilknytningsprosessen mellom det premature barnet og foreldrene?"*

1.5 Grunnlag for valg problemstilling

Saugstad (1999) sier at noen av foreldrene vegrer seg for knytte seg til det premature barnet i frykt for at det ikke går bra. Disse velger å vente med å knytte bånd til det ser ut som om det er sikkert at barnet deres klarer seg.

Bunkholdt (2000) beskriver en enighet blant teoretikere på område om at tiden rett etter fødselen er en sensitiv periode for tilknytningsprosessen. Videre går noen av dem til det punktet å si at barn som ikke har fått god nok omsorg i denne perioden, kan komme til å få problemer når det kommer til mellommenneskelige forhold senere i livet. Senere tilknytningsteorier peker på at barn streber etter å komme i samspill med sine omsorgspersoner uavhengig om dets fysiologiske behov blir dekket eller ikke. Videre pekes det også på at adskillelse er en belastning for barn uansett alder.

Kristoffersen (2005) nevner at det hovedsakelig er tre teoretiske perspektiver innen sykepleie, som samlet tar seg av sykepleie med vekt på menneskets grunnleggende behov, omsorg og samhandling mellom pasient og sykepleier.

Etter å ha sett på disse perspektivene synes jeg sistnevnte; sykepleie med hovedvekt på samhandling mellom sykepleier og pasient stakk seg frem som et passende perspektiv for arbeidet med min oppgave. Kristoffersen (2005) sier at samhandlingsperspektivet var tidligst

ute av de nevnte tre, og at dette perspektivet la vekt på å skille virksomheten til sykepleierne fra legenes.

Kristoffersen (2005) nevner Joyce Travelbee som en viktig teoretiker innenfor samhandlingsperspektivet. Travelbees teori bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og hun peker på at hvert enkeltmenneske er unikt, enestående og uerstattelig. Lidelse og sykdom ses på som noe uunngåelig menneskene har til felles som en følge av vår tilstedeværelse. Selv om sykdommene og lidelsene blir sagt å være noe vi har til felles, påpekes det likevel at disse erfaringene er høyst personlige. Travelbee påpeker at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren, som profesjonell, blant annet skal hjelpe til med til å finne mening i den situasjonen en har kommet i. Dette ved å dra nytte av å bruke seg selv terapeutisk samt fokusere på sympati og empati (Kristoffersen, 2005).

Om vi ser på hvem problemstillingen omfatter, ser vi at det er sentrale personer på nyfødtavdelingen. Problemstillingen har sykepleiefaglig fokus og er aktuell for meg som sykepleier, da den ser på sykepleiers undervisende, veiledende og støttende funksjon ovenfor pasient og pårørende.

2 METODE

Metode blir sagt å være den veien en går for å finne frem til kunnskap eller også å prøve ut den kunnskapen som allerede finnes (Dalland, 2007). Videre blir det sagt at metoden er verktøyet vårt når vi møter på noe vi vil undersøke, altså et redskap som skal føre oss en bestemt rute mot et bestemt punkt.

2.1 Litteraturstudium som metode

Jacobsen (2005) sier at kvalitativ tilnærming brukes når en ønsker nyanserte beskrivelser av hvordan mennesket forstår og fortolker en situasjon, eller når en har en uklar problemstilling som en vil finne ut av. Kvalitativ metode egner seg om en ønsker mye informasjon om et satt tema for å utvikle en dybde og detaljforståelse.

I og med at det er et litteraturstudium jeg skal gjennomføre, bruker jeg en form for kvalitativ metode. Dette gjør jeg ved å bruke litteratur som allerede finnes, sekundærdata, for å komme frem til svaret på den problemstillingen jeg har.

2.2 Bakgrunn og litteraturgjennomgang

En kan finne mye litteratur om premature. Foruten forskningsartikler om emnet sett i fra flere aspekter, har jeg også bøker om temaet. De fleste svangerskapsbøker omhandler noe om prematuritet. I tillegg finnes det også norske bøker som bare omhandler dette. Her finnes faktabøker skrevet av fagpersoner samt bøker basert på foreldres opplevelser.

Noen av bøkene jeg har er litt gamle, da disse er fra 1990-tallet og opp til rundt år 2000. Jeg har valgt å ta disse med i og med at de sammenlignet med mye av den nyere litteraturen fortsatt virker å være relevant. Forskningsartiklene er derimot i stor grad av nyere dato.

2.3 Metode

Som tidligere nevnt har jeg funnet både en del bøker og artikler som kan være relevante for oppgaven. For å finne frem til forskningsartiklene, bestemte jeg meg først for emnet; premature barn. Videre gikk jeg inn i databasene *ProQuest*, *SveMed+* og *AMED* og søkte på

det engelske ordet *premature*. Her fikk jeg opp altfor mange artikler, som også omhandlet et altfor stort spekter. Jeg ble derfor nødt til å tenke nøyere over *hva* innenfor *premature* jeg ville vite mer om. Etter hvert fant jeg ut at jeg ville vite mer om *tilknytningsprosessen* mellom det *premature barnet* og *foreldrene*. Jeg kombinerte derfor ordet *premature*, *preterm* og *preterm infant* med stikkord som *attachment*, *bonding*, *interaction*, *mother*, *motherhood*, *father*, *fatherhood*, *parents*, *kangaroo*, *neonatal*, *touch* og *nurse* for å få et nærmere resultat. Dette resulterte i færre artikler i tillegg til at de artiklene jeg fikk opp i stor grad omhandlet det emnet jeg hadde valgt. Dermed var sjansen også større for at disse var relevante for løsningen av problemstillingen.

For å finne frem til bøkene søkte jeg først på søkemotoren *Google* med søkerordet *prematuro*. Som et av de første resultatene kom prematurforeningen opp, og jeg gikk da inn på denne siden. Her fant jeg i oversikten en link til litteratur om *premature*, og gikk videre til folkebiblioteket for å finne disse bøkene. På folkebiblioteket sto bøkene om dette samme temaet samlet.

Jeg fant også bøker om barne- og ungdomspsykologi i arbeidet med å finne litteratur om *tilknytningsprosessen*.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk blir av Dalland (2007) definert som å karakterisere den litteraturen en har benyttet seg av. Dette brukes som hjelp for å vurdere om valgt litteratur har noen relevans når det kommer til belysning av problemstilling. En skal også vise at en er i stand til å holde seg kritisk til materialet en tar med i oppgaven.

Med gyldighet og relevans menes det at undersøkelsene og artiklene dreier seg om det emnet en leter etter, samt at resultatet også kan sies å representere andre enn selve forskningsgruppen (Jacobsen, 2005). I tillegg er det positivt om flere kilder støtter opp om det samme.

I arbeidet med artiklene mine begynte jeg med å se på hvem som sto som forfatter, og hvilken kompetanse de hadde. Om artikkelen opplevdes som grei ved førsteinntrykket gikk jeg videre til hensikten med studien. Om denne hørt interessant og relevant ut gikk jeg videre til

resultat og diskusjon for å se hva forskerne kom frem til. Her ble noen artikler forkastet, noen lagt i en midlertidig bunke, mens andre opplevdes som svært relevante og ble lagt til side for nøyere gjennomlesning.

Jeg har hatt mye god litteratur å velge mellom og de artiklene jeg har valgt å ta med er alle fra ProQuest. I drøftingen har jeg forsøkt å begrense det til kun å ta med fire av de aktuelle artiklene. Jeg bruker imidlertid noen andre artikler for å bygge opp under noe av teorien ellers. De artiklene jeg har valgt å ta med i drøftingen belyser emnet fra flere sider. Schenk, Kelley & Schenk (2005) sier litt om hvordan en del av tilknytningsprosessen tar til allerede i mors liv, hvorpå mødre til premature barn gjerne går glipp av deler av denne. I artikkelen til Kowalski, Leef, Spear & Paul (2006) har en fokusert på hvem som er de beste informasjonsgiverne av personalet i avdelingen samt hvilket behov foreldrene har for informasjon. Johnson (2008) tar for seg likheter og forskjeller i opplevelsene og deltagelsen til mødre og fedre på nyfødtavdelingen. I tillegg ses det her også på fedres opplevde barrierer på nyfødtavdelingen. I likhet med Johnson (2008) har Fegran, Helseth og Fagermoen (2008) også sett på mødres og fedres forskjeller og likheter i opplevelsene og deltagelsen på nyfødtavdelingen, hvorpå de i sin artikkel ville oppnå dybdeforståelse rundt temaet. I tillegg ser disse også nærmere på betydningen av å bli trukket inn i pleien som far.

2.5 Etiske overveielser

Både Dalland (2007) og Jacobsen (2005) sier begge at forskningens vei mot resultatet må veies opp mot det forskningspersonene må gå gjennom for å komme frem til dette. På samme måte som forsker skal få frem en riktig fremstilling av det forskningspersonene har kommet med, er det like viktig at vi bruker forskningsresultatet riktig. Dette vil jeg gjøre ved blant annet å alltid referere til de aktuelle kildene der dette er riktig, og ikke ta litteraturen som egen. Jeg skal også gjengi faktaene korrekt, og ikke gjøre disse om til å passe min oppgave for å få frem den løsningen jeg ønsker.

3 TILKNYTNINGSPROSESSEN

Tilnytning defineres av Bialoskurski, Cox og Hayes (1999) som oppbyggingen av et forhold mellom en mor og hennes nyfødte barn. Fenomenet blir nesten uten unntak assosiert med følelser som blant annet kjærlighet og instinkter. Fegran, Helseth og Fagermoen (2008) peker på at nærkontakt mellom foreldre og barn er viktig fra første sekund.

I svangerskapet tar mor og barn del i en biologisk-psykologisk enhet, hvor barnet blir påvirket av morens fysiske og psykiske tilstand allerede før det er født. Fødselen setter en avslutning for dette, og setter samtidig en ny fase i gang; tilknytningsprosessen utenfor mors liv.

Tilknytningsprosessen mellom mor og barn har inntil den senere tid blitt sett på som en automatisk prosess. På det psykologiske plan har en imidlertid sett at adskillelse problematiserer denne prosessen, og videre kan føre til en opplevelse av utilstrekkelighet og fremmedgjøring. Faktorer som dette kan videre føre til en følelse av usikkerhet i den situasjonen en har havnet og siden føre til samhandlingsvansker (Jonassen, 1998).

Barnet har allerede i svangerskapet en sanselig tilhørighet til moren ved at det hører stemmen og hjerteslagene hennes. Barnet er også svøpt i fostervann og stimuleres ved å bevege på seg i morens liv (Modrcin-McCarthy, 1992). Schenk, Kelley og Schenk (2005) peker på at moren også har noe lignende denne tilhørigheten, da hun gjennom faktorer som for eksempel bevegelse og ultralydbilder blir hjulpet til å lære barnet sitt å kjenne, både fysisk og følelsesmessig. Dette kan videre føre til at den blivende moren tar stilling til graviditeten, hvorpå hun på samme tid går gjennom sin egen oppvekst og forhold til foreldrene, for å ta stilling til hvordan en selv skal forholde seg til det å skulle få et barn og bli forelder.

Tilknytningsprosessen mellom mor og barn utenfor mors liv settes i gang med det samme samspillet mellom dem tar til etter fødselen (Bunkholdt, 2000). Etter en normal fødsel blir barnet ofte lagt på morens mage og bryst så snart det lar seg gjøre, og tilknytningsprosessen tar til. Det at barnet får komme på morens mage og bryst er gunstig for dem begge, både psykologisk og biologisk. Barnet kan ha beroligende effekt av å høre på den kjente hjerterytmene og sugerefleksene stimuleres. Ved at barnet blir lagt opp til moren blir også morsmelken stimulert til å komme raskere, samtidig som moren får bekreftet sin verdi ovenfor barnet (Jonassen, 1998).

Fegran, Helseth og Fagermoen (2008) sier at nærkontakt og tilknytning mellom barn og foreldre er gunstig for vekst og utvikling for barnet, senere utvikling av foreldreevne og utvikling av bånd dem i mellom.

Barn har en egen tendens til å knytte til seg omsorgspersonene (Baalsrud, 1992). Evenshaug og Hallen (2003) sier imidlertid at barn er avhengige av at noen responderer positivt på deres signaler og at noen er aktive og stimulerende ovenfor dem. Det er ikke ammingen eller matingen alene som skaper en tilknytning ved å dekke et vesentlig grunnleggende behov, men hele det sosiale samspillet hvor også nærhet, varme, kontakt og positiv respons spiller viktige roller.

En prematur fødsel og de følgende første, og som ofte hektiske dagene, forstyrrer tilknytningsprosessen mellom foreldrene og barnet (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008). Bialoskurski, Cox og Hayes (1999) sier at tilknytningsprosessen ikke er en automatisk prosess, men på den andre siden egentlig bør ses på som en individuell prosess. Tilknytningsprosessen, og når denne for alvor kan komme i gang, avhenger av faktorer som omgivelsene i avdelingen og morens og barnets helsetilstand. I tillegg til dette spiller også faktorer som hvordan en har mulighet til å pleie tilknytningsbåndet inn.

4 MENNESKENE PÅ NYFØDTAVDELINGEN

4.1 Foreldrene

Behandlingen av de aller minste er en utfordring, og gjennom de siste årene har det versert forskjellige meninger angående betydningen av å trekke inn foreldrene i pleien av de små (Ulvund et al., 1992).

I 1893 ble den første nyfødtavdelingen opprettet i Paris. Pierre Budin, som var en av de første som tok i bruk kuvøsen i behandlingen av de minste premature, hadde fokus på at foreldrene var viktige personer i behandlingen. I 1933 ble imidlertid den første nyfødtavdelingen i USA åpnet, og noe av det som karakteriserte denne avdelingen var strenge hygienerutiner. Fokuset på den gode hygienen førte videre med seg en økt frykt for infeksjoner og derfor bestemte en at foreldrene ikke fikk oppholde seg her. Disse ordene kom fra Budins elev, Martin Couney, og uheldigvis klarte han å overgå sin lærer og siden slå gjennom med at foreldrene ikke burde ta del i barnepleien. Det var først rundt 1970-årene at foreldrene igjen fikk komme inn i avdelingen (Saugstad, 1999).

Foreldrene kommer til nyfødtavdelingen med forskjellige forutsetninger og bakgrunner. Når man har fått et prematurt barn er det mange tanker som svirrer i hodet samtidig som man må møte en ny og rimelig teknisk verden i avdelingen (Saugstad, 1999).

Det er barna sammen med foreldrene som er hovedpersonene på en nyfødtavdeling. Foreldrene spiller en viktig rolle for at barnas behandling skal bli vellykket. Et viktig bidrag er at moren kan gi barna morsmelk, da denne er tilpasset hennes eget barn. Ellers innehar foreldrene også en viktig rolle når det kommer til stimulering og kontakt av barnet. Et foster lærer seg å gjenkjenne lyder, som for eksempel morens og farens stemme, og et nyfødt barn kan også lære seg å gjenkjenne lukter (Saugstad, 1999).

Wigert, Johansson og Hellström (2005) har i sin studie sett på mødres opplevelse av å ha sine barn på en nyfødtavdeling. Noen av mødrene ytret at de hadde vanskelig for å føle seg tilhørende på avdelingen. Selv om de visste de var mødre, førte adskillelsen til at følelsen av å være mor uteble for noen av dem. Lindberg, Axelsson og Öhrling (2007) sier at dette også er en felles opplevelse for mange av fedrene som har barna sine på nyfødtavdelingen.

4.2 Barnet i kuvøsen

Hos nyfødte er kroppsoverflaten stor i forhold til vekten. Huden er dessuten tynn, og den store overflaten sørger for et ugunstig væsketap som videre tar varme fra den lille kroppen. Alle spedbarn, og spesielt de prematurfødte, har nedsatt evne til egen varmeregulering og dermed store varmetap. Avkjøling og varmetap fører videre til et økt behov for oksygen, og det er derfor viktig å opprettholde en stabil og god varme rundt disse barna (Ulvund et al., 1992).

I og med at de premature ikke har rukket å fullføre den modningsprosessen en skal før en blir født, opplever mange av de for tidlig fødte barna litt grunnleggende startvansker, alt etter gestasjonsalder ved fødselen (Ulvund et al., 1992). En kan ut av dette gjerne tenke seg at det på en nyfødtavdeling er en del avskremmende faktorer som foreldrene må ta stilling til.

I tillegg til å være ferdig utviklet, må lungene også modnes før de virker tilstrekkelig. Lungene er normalt ikke modne nok til at barna kan puste optimalt før ved 34. uke av svangerskapet. Et av problemene de premature ofte møter på er derfor umodne lunger og dermed respirasjonsvansker. Premature barn har også større sjanse for å få krampelignende bevegelser enn fullbårne barn. På grunn av sin for tidlige fødsel har dessuten et prematurt barn, avhengig av gestasjonsalder ved fødselen, mottatt færre antistoffer fra moren gjennom svangerskapet. Dette fører til at de er mer utsatt for infeksjoner (Ulvund et al., 1992).

Ulvund et al. (1992) sier at behandlingen av de premature barna på en nyfødtavdeling ofte kan kalles for aggressiv. Aggressiv i denne sammenhengen betyr blant annet at barna forstyrres daglig med skarpt lys og et høyt støynivå, noe som er en rak motsetning til livet i mors liv. De forstyrres også av faktorer som blodprøvetaking og eventuelle slanger for væske-oksygentilførsel.

Om barnet trenger pleie og overvåkning hele døgnet, i tillegg til at det er viktig å kunne opprettholde en god varme og fuktighet rundt det, vil det for mange være det beste å ta i bruk en kuvøse. Ved bruk av kuvøse kan en overvåke barnet nøye, da det ikke trenger å ha på seg mer enn bleie. En gjør det også lettere å plassere utstyr og eventuelle apparater rundt, og det vil være lettere å tilføre oksygen. (Saugstad, 1999). Bruk av kuvøse gjør det også lettere å få tilført parenteral ernæring om dette skulle være nødvendig.

4.3 Sykepleieren i avdelingen

Intensivovervåkning og behandling blir mer og mer aktuelt jo mindre barna er. Noen av disse barna vil den første tiden befinne seg i en alvorlig medisinsk tilstand, mens andre kan klare seg bedre. De problemene disse nyfødte møter på grunner som oftest i deres umodenhet, og dess tidligere en er født dess mer er en disponert for komplikasjoner. Selv om det har skjedd store fremskritt både på det medisinske og teknologiske planet, er behandlingen av de premature fortsatt en utfordring (Ulvund et al., 1992).

Sykepleier spiller en viktig rolle i behandlingen av de premature, da det er denne som er rundt barnet hele døgnet. Sykepleier må overvåke barnet og ta stilling til om og når legen eventuelt skal tilkalles. Sykepleieren har også ansvaret for ernæringen og stellet ellers, deriblant oksygenbehandling og fjerning av slim fra luftveiene (Saugstad, 1999).

I tillegg til å ta seg av barna har sykepleieren i avdelingen også et ansvar ovenfor foreldrene. Sykepleieren skal vise respekt for foreldrene i tillegg til forståelse for at den situasjonen de befinner seg i kan virke skremmende. Kowalski et al. (2006) peker på at hovedfokuset til foreldrene i den første fasen er behov for informasjon, foreldre-barn-rollen, stress, mestring og sosial støtte. I denne sammenhengen sier Saugstad (1999) at sykepleieren må ha et godt forhold til barnets foreldre, da det er denne som er mellomleddet i alle kontaktsituasjoner og denne som derfor blant annet viderefører informasjon gitt av andre som jobber tverrfaglig med denne pasientgruppen, som for eksempel sosionom, psykolog, fysioterapeut og legen.

5 DRØFTING

5.1 Kommunikasjon

I arbeidet med å finne ut hvordan sykepleieren kan fremme tilknytningsprosessen mellom det premature barnet og foreldrene i denne stressende fasen av deres liv, kan det være nyttig å gå tilbake til det valgte sykepleieperspektivet. Travelbee sier at sykepleie i stor grad dreier seg om empati og at sykepleieren bør bruke seg selv terapeutisk. Kommunikasjon er et viktig verktøy i samhandling med pasienten, og spesielt i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som ses på som en annen viktig faktor i sykepleien (Kristoffersen, 2005).

For å inkludere foreldrene i pleien av deres små barn og dermed å være i stand til å fremme tilknytningsprosessen, er kommunikasjon et nyttig hjelpemiddel. Ut i fra kommunikasjon kan en videre trekke frem informasjon, støtte, undervisning og veiledning, og det er disse undergruppene jeg har valgt å konsentrere meg om videre. Det er sykepleieren som er rundt barnet i løpet av dagen, og kan derfor sies å være en viktig nøkkelspiller også i arbeidet med foreldrene, ved å være tilgjengelig, veiledende og støttende ovenfor dem.

Johnson (2008) sier at forståelse har sin rot i kommunikasjon og at begge disse må være tilstede på en nyfødtavdeling. Videre peker hun på at åpen og ærlig kommunikasjon er sett på som fundamentalt i pleien av premature barn. Et oppsiktsvekkende funn i studien hennes var at 36 % av foreldrene ikke kunne identifisere en enkelt person av avdelingens personale som de kunne snakke med. I tillegg følte 25 % at de ikke kunne stille for mange spørsmål omkring hva som skjedde rundt dem.

Utfordringene nyfødtavdelingens omgivelser presenterer, inkludert apparater og maskiner, rutiner, opplevelsen av personalets tilstedeværelse og barnets tilstand, kan oppleves som en barriere. Pleierne har også en utfordring i å gjøre det beste for barnets utvikling samtidig som foreldrene skal være velkomne og delaktige i pleien og omsorgen av eget barn (Johnson, 2008).

5.2 Informasjon

Som tidligere nevnt nevner Saugstad (1999) at foreldrene kommer til nyfødtavdeling med forskjellige forutsetninger og bakgrunner. Usikkerhet rundt hva som har skjedd, hvordan det

egentlig går med barnet, hva de eventuelle apparatene overvåker og hvorfor de også plutselig gir lyd i fra seg, kan tenkes å være faktorer som er med på å gjøre hele situasjonen mer skremmende enn den egentlig trenger å være. Saugstad (1999) sier i denne sammenhengen at noen foreldre gjerne viser en tendens til å trekke seg tilbake, samtidig som de kan gi uttrykk for at de føler seg litt tilsidesatt i pleien og behandlingen av barnet.

Det å ha fått et prematurt barn er en veldig stressende opplevelse. Tidligere ble foreldrenes fokus den første tiden beskrevet, hvor informasjon, foreldre-barn-rollen, stress, mestring og sosial støtte ble dratt frem (Kowalski et al. 2006). Johnson (2008) har i tillegg lagt frem stress-faktorer som omhandler barnets tilstand, hvordan barnet ser ut og oppfører seg. Kowalski et al. (2006) peker på at informasjon ble beskrevet som et av de viktigste behovene, og at foreldrene hadde ønske om en kontinuerende kommunikasjon gjennom sykehusoppholdet som ble servert klar og tydelig, da den til tider kunne være vanskelig å innta.

Det å få informasjon er viktig, da dette kan hjelpe dem til å påta seg foreldrerollen. Informasjonen gir dem en følelse av involvering og kontroll, samtidig som følelsen av stress reduseres. I tillegg kan informasjon også hjelpe til i mestringen av frykt og usikkerheten som ligger over dem. Uten denne informasjonen risikerer en at det på et visst punkt oppstår et misforhold mellom foreldrene og barnet, hvorav barnet videre kan risikere mishandling og forsømmelse, mangel på trivsel og dårlige sosiale egenskaper (Kowalski et al., 2006).

Kowalski et al. (2006) ser i studien sin på hvilken informasjon som er mest nyttig for foreldrene på en nyfødtavdeling, samt fra hvem denne informasjonen kommer fra. Studien ser også på hvilke forventinger foreldre har til informasjon gitt av personale på nyfødtavdelingen. Foreldrene ble spurte om hvilke kilder av informasjon som var hjelpfulle under oppholdet på nyfødtavdelingen. Her svarte nesten alle (96 %) at de følte at de samlet fikk den informasjonen de hadde behov for omkring barnet. Som en kontrast svarte bare 8 % at de skaffet seg informasjon fra bøker og internett. Det medisinske personellet var altså hovedkilden til informasjon, og når foreldrene ble spurte om hvem som brukte mest tid på å forklare barnets tilstand til dem, hvem den beste kilden til informasjon om barnet var og hvem som fortalte dem om viktige endringer, svarte de fleste at dette var sykepleieren.

Når foreldrene i studien til Kowalski et al.(2006) ble spurt om hvem de forventet skulle fortelle dem om viktige endringer svarte de at de trodde at det ville være legen og ikke sykepleieren, noe som gjerne kan belyse hvor viktig sykepleieren er for foreldrene. Dette spesielt når det kommer til kommunikasjon og informasjon. Kowalski et al. (2006) legger også frem at foreldrene beskrev en redusert bekymring etter å ha fått snakket med sykepleier.

Studien viste at det altså er gjennom sykepleierne foreldrene på nyfødtavdelingen får dekket sitt behov for klar, tydelig og ærlig informasjon om barnet. Sykepleierne brukte mest tid ovenfor foreldrene på å forklare barnets tilstand, var den beste kilden til informasjon om barnet og fikk dem til å føle seg mindre bekymrede.

Informasjon omkring barnets tilstand kan gis på mange forskjellige måter. Som et eksempel vil jeg dra frem en gjerne omfattende, men for mange gjerne også en veldig god måte å gjøre dette på. Stenson (1996) beskriver en nyfødtavdeling som satte i gang med dagbokskrivning. Sykepleierne skrev et brev fra barnet til foreldrene så snart dette var mulig etter et barns ankomst til avdelingen. Her beskrev en hva som skjedde fra barnas synspunkt med invitasjon til foreldrene om å komme og se. Om moren ikke kunne komme ned i avdelingen sørget personalet for å få sendt brevet til henne den første dagen. Ellers hang personalet brevene på kuvøsen de andre dagene.

Denne dagbok- og brevskrivningen kom nok i tillegg til andre former for tilknytningsarbeid og informasjon, men dette hadde positive utfall en nesten bare kunne dekke på denne måten. Tiltaket førte til at foreldrene utviklet et godt forhold til pleiepersonalet. Ved at sykepleierne gikk gjennom barna fikk foreldrene dessuten informasjon lagt frem slik at det var enklere å forstå. En annen positiv faktor var at foreldrene i tillegg ble oppfordret til å benytte anledningen til å skrive tilbake, og dermed uttrykke egne følelser rundt situasjonen.

Johnson (2008) sier at mange fedre i mangelen på kunnskap om hva som skjer på nyfødtavdelingen, fokuserer på monitorene, apparatens hensikt og virkeområder, uten å føle seg trygg nok til å knytte far-barn-forhold. Videre pekes det på at siden fedrene ofte fokuserer mye på det tekniske kan disse gjerne lettere kan inkluderes ved å gi dem konsis informasjon omkring alle aspektene i pleien på avdelingen. Fedrene må gjerne få en basekunnskap om teknologien, men viktigst av alt er det at pleierne på et punkt klarer å inkludere fedrene i

omsorgen av barna sine, slik at grunnmuren for videre å kunne begynne å knytte følelsesmessige bånd kan bli lagt.

Fedrene har en del praktiske begrensinger som kan føre til lavere besøkshyppighet. Dette kan for eksempel dreie seg om avstand, andre barn og ansettelsesforhold.

For å gjøre det lettere for foreldrene å måtte forholde seg til et barn på sykehus, kan det tenkes at informasjon omkring noen av rettighetene de, som foreldre til barn på sykehus, innehar kan være til god nytte, hvor vi for eksempel kan informere om at "Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon" (2000) sier at barna har rett på at en av foreldrene er sammen med dem den tiden det er nødvendig at de er på sykehus. Foreldrene har videre krav på å få kontinuerlig informasjon om tilstanden, og helsepersonalet skal også søke klarhet i hva foreldrene kan og ønsker å gjøre mens de er hos barnet. Om tilstanden er alvorlig eller livstruende skal begge foreldrene kunne få være der (jf. § 6).

Jamført § 8 i "Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon", skal dessuten en av foreldrene få tilbud om overnatting i nærhet av barnet. Om dette vanskelig lar seg gjøre skal institusjonen betale overnatting et annet sted i nærheten.

I henhold til Folketrykkeloven (1997) har foreldre jamført § 9-10 dessuten rett på pleiepenger om en har barn ved et langvarig opphold på en institusjon. Dette gjelder begge foreldrene i de periodene tilstanden er alvorlig eller livstruende (jf. § 9-11).

5.3 Veiledning og undervisning

Det er en viss forskjell i mødres og fedres opplevelser rundt og etter den premature fødselen. Mødre er mer emosjonelle enn fedre, og fedrene har større vanskeligheter enn mødrene i samspillet med barnet. Dette spesielt i begynnelsen, når alt er nytt og ukjent. Det har imidlertid kommet frem at dess tidligere fedrene ble inkludert som aktive deltagere i pleien av barnet sitt, dess tidligere var de også i stand til å knytte følelsesmessige bånd med det. Etter hvert evnet fedrene til og med å beskrive en hengivenhet ovenfor barnet (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008).

Foreldrene beskriver den første tiden som utfordrende. Johnson (2008) kunne legge frem at mange av foreldrene rapporterte om en mangel på tillitt til seg selv når det kom til forståelsen av hvilke behov barnet deres hadde og hvordan en skulle ta seg av et prematurt barn.

Ulvund et al. (1992) peker i denne sammenhengen på at det er viktig at foreldrene er med i den daglige pleien av eget barn for at barnet skal få en sikker tilknytning til dem.

For å fremme tilknytningen mellom barnet og foreldrene kan det være til god hjelp å få foreldrene til å ta del i pleien av barnet sammen med sykepleier. Johnson (2008) sier at sykepleierne kan øke tillitt, innsikt, redusere stress og styrke partnerforholdet gjennom undervisning, kommunikasjon, egen medvirkning i pleien, samt sørge for optimale forhold rundt byggingen av foreldre-barn-tilknytningen. Det at sykepleieren samarbeider med foreldrene, og selv deltar i veiledningen er blant annet i tråd med Travelbees mening om at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk.

Mødrene tilbringer mest tid med barna på nyfødtavdelingen, og de kan gjerne bli oppmuntret til nærkontakt så snart de er i stand til dette etter fødselen. Det å bli involvert i pleien av barnet er av stor betydning, da de på denne måten innehar en rolle som en betydningsfull person i barnets liv (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008).

Fegran, Helseth og Fagermoen (2008) peker på at mødrenes og fedrenes deltar forskjellig i de teknisk-pregede omgivelsene en kan finne i avdelingen. Mødrene vil som oftest fokusere på og finne en tilfredsstillende ved å kunne delta i pleien av barnet. Dette for å utvikle en følelse av ansvar og kontroll. Fedrene trenger å stole på pleieapparatet, og fokuserer ofte på monitorer og teknologien ellers.

Johnson (2008) peker på at fedrene føler et ansvarsforhold ovenfor jobben som gjør at de føler de må komme tilbake i jobb så snart som mulig etter barnets fødsel. Dette spesielt også for å forsørge familien. Fedrene opplever dessuten ofte også en trygghet i jobben, hvorpå betryggende jobbmiljøer gjerne kan fungere som en kontrast mot det ukjente miljøet på nyfødtavdelingen. Fedrene hadde en tendens til å trekke seg tilbake når det kom til involvering i pleien av barnet. Dette trekker også Fegran, Helseth og Fagermoen (2008) frem, men legger til at fedrene likevel ytret om at de syntes det var tilfredsstillende å bli dratt inn i pleien.

Fedre har også ytret om at de føler de ikke er helt trygge i rollen som far til et prematurt barn på nyfødtavdelingen. Sykepleierne må derfor se etter muligheter for å inkludere disse. Dette kan for eksempel skje ved at de blir oppfordret til å begynne med å snakke rolig til barna, ta forsiktig på dem for videre å ha dem på brystet og holde dem i armene (Johnson, 2008).

Den tilbaketrunkne holdningen endret seg over tid, ettersom en hadde brukt litt tid sammen med barnet og lært dem å kjenne. Fedrene opplevde deretter at det nære far-barn-forholdet påvirket dem og gjorde at de kunne føle seg viktige i pleien av barnet sitt. Nærkontakten lettet dessuten også på farens bekymringer rundt barnets tilstand ettersom en så hva som foregikk og hva barnet faktisk tålte, noe som kan tenkes å ha innbudt til mer kontakt. Denne nærkontakten økte farens selvtryllitt og evne til å mestre situasjonen. Fedrenes deltagelse gjorde at de følte seg som betydningsfulle bidragsytere og de ble mer sikre i samspillet med barnet. Dette understreker dermed viktigheten av at også far blir inkludert i den første nærkontakten mellom barnet og foreldrene (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008).

Nyfødtavdelinger karakteriseres av en vedvarende fysisk stimulering, hvor hvert barn i gjennomsnitt er i kontakt med pleiepersonalet førti til sytti ganger i døgnet. I mer alvorlige faser stiger dette tallet gjerne opp til hundre ganger i døgnet. I tillegg til denne stimuleringen blir barna også utsatt for sterk belysningen, et høyt lydnivå og forstyrrende faktorer som blodprøver og eventuelle slanger for væske- og oksygentilførsel (Ulvund et al., 1992). Videre påpekes det at sykepleiernes kontaktform og aktivitet er ikke tilpasset barnas reaksjonsformer, noe som kan føre til at barna enten blir stimulert på en ugunstig måte, eller ikke er i stand til å dra noen erfaring ut i fra stimulasjonen i det hele tatt. Dermed drar barnet heller ikke noen sosial erfaring ut av dette.

Foreldrene kan bli dratt inn som betydningsfulle rundt dette med riktig stimulasjon av barna. Ulvund et al. (1992) sier at det er viktig at sykepleierne veileder foreldrene i hvordan en best stimulerer barnet, slik at en unngår at stimulasjonen virker mot sin hensikt.

I undervisningen og veiledningen kan en fokusere på å lære foreldrene om barnet, om barnets tilstand, hvordan en kan ta og holde både på og rundt det, samt holde det på brystet og i armene. Johnson (2008) sier i tillegg at positive tilbakemeldinger til foreldrene kan være til god hjelp.

Å ha kroppskontakt med barnet er veldig viktig, og både far og mor bør få ha nærkontakt med den lille så ofte det finnes anledning til det (Saugstad, 1999). Ulvund et al. (1992) nevner imidlertid kuvøsen som en hindrende faktor, da denne reduserer kontakten mellom barnet og omgivelsene og dermed også foreldrene.

I løpet av de seneste årene har *Kangaroo-metoden* fått mer og mer fokus. Ved denne metoden får barnet komme på foreldrenes bryst og får nær- og hudkontakt. Det har i flere tilfeller vist seg at det er svært gunstig at for tidlig fødte barn får ligge på morens bryst store deler av dagen. Denne kontakten skaper et grunnlag for den senere kontakten mellom foreldre og barn. Barna er avhengige av kos og kroppskontakt, og det er påvist at barn som ble strøket og klappet på en spesiell måtte, hadde lettere for å legge på seg samt hadde mindre behov for tilførsel av oksygen (Saugstad, 1999).

Ulvund et al. (1992) påpeker at det beste og mest gunstige for tilknytningsprosessen er om både moren og faren får ha barnet på brystet. På denne måten blir barnet knyttet til foreldrene samtidig som foreldrene lærer seg å kjenne barnet sitt på en annen og gjerne bedre måte enn gjennom kuvøsen. Saugstad (1999) sier imidlertid at det er viktig å informere om at det strengt tatt ikke nødvendig å ta barnet ut av kuvøsen hver gang en skal pleie båndet seg i mellom. Sykepleierne kan gjerne vise og senere oppfordre til hvordan foreldrene kan sitte ved kuvøsen og snakke rolig til og stryke den lille.

5.4 Støtte

Psykologisk og sosial utvikling hos barnet og utvikling av foreldreevner kan dra nytte av støtte i tiden der tilknytning er i fokus (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008).

Mor og barn har deltatt i en enhet gjennom svangerskapet, hvor livmoren har holdt barnet nært. Ved fødselen er armene ment for å overta den oppgaven livmoren hadde for å holde barnet nært (Modrcin-McCarthy, 1992). Ved en prematur fødsel får derimot ikke barnet komme i morens armer, men blir overført til og blir en del av et ofte kaotisk miljø på en nyfødtavdeling, da det har trengt livnærende behandling. Noen av barna blir også lagt i kuvøse og koblet til mange forskjellige apparater for å overvåke tilstanden.

Selv om noen av mødrene var informerte om at de kunne komme til å føde for tidlig, kom likevel den for tidlige fødselen på dem som et sjokk. I denne tiden opplevde de gjerne en form for kraftløshet og at det ikke var de som var i kontroll. En oppfattelse av hva som kommer til å skje etter en normal fødsel blir erstattet med en skremmende og ofte hastig fødsel, hvorpå barnet blir kjørt bort og behandlet av profesjonelle (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008).

På grunn av barnets tilstand kan det kan gjerne gå dager etter fødselen før foreldrene får ha direkte fysisk kontakt med barnet. For foreldrene kan denne tiden oppleves vanskelig. Idet foreldrene endelig får ha kontakt, kan en har opparbeidet seg en usikkerhet omkring situasjonen, hvorpå det kan ende i at en føler seg hjelpsløs, noe som videre kan føre til samhandlingsvansker (Ulvund et al., 1992).

Et viktig tiltak for å inkludere foreldrene i pleien av barnet sitt er å få de til å føle at de er velkomne i avdelingen. Det hjelper også om foreldrene opplever at pleierne yter omsorg og oppmerksomhet ovenfor både dem og barnet (Manniche, 2001)

I og med at det å bli foreldre til et prematurt barn, som nevnt før, er en stressende opplevelse, peker Johnson (2008) på at familieforhold ofte vil komme til overflaten i denne tiden. Problemskapende faktorer kan også inkludere opplevelser rundt den for tidlige fødselen, opplevelser rundt behandling av barnet, strenge sykehusrutiner og utfordrende forhold til personalet, hvorpå problemer på dette planet kan få innvirkning på foreldre-barn-tilknytningen.

Saugstad (1999) peker i denne sammenhengen på at sykepleierne kan ta initiativ til å åpne for at alle foreldre får de samtale de føler de trenger. En kan være åpen for å dele glede og sorg, i tillegg til at foreldrene skal oppleve at en er tilgjengelig og er der for dem og deres barn.

Fegran, Helseth og Fagermoen (2008) sier at selv om selve tilknytningen mellom mor og barn begynner etter fødselen er forholdet dem i mellom i utvikling allerede under svangerskapet. Båndene i svangerskapet blir sterkere ettersom tiden går, hvorpå en for tidlig fødsel fører til at dette forholdet mellom mor og barn er mindre utviklet.

Det at barna er på sykehus og ligger i kuvøse er en nødvendighet. Denne nødvendigheten kan videre føre til at det oppstår et eiendomsdilemma rundt barnet, hvorpå foreldrene gjerne kan

føle at det ikke er de som eier og kjenner barnet best, men sykehuset og pleierne. Saugstad (1999) og Baalsrud (1992) sier at det er viktig at sykepleierne sørger for at foreldrene vet at det er deres barn, og bekrefter dette ovenfor dem. Dette kan gjøres ved å se på bilder og snakke om barnet, gjerne om og om igjen om det må til.

Mødre beskriver den første tiden etter en prematur fødsel som utfordrende. Noen kan ha ambivalente følelser omkring barnet i begynnelsen, hvorpå en for eksempel kan nevne mødre som sterkt ønsker å holde barnet sitt, men finner seg gråtende og fortvilet hver gang en gjør det. Sykepleierne bør være oppmerksomme på mødrenes tilnærming til barnet, da det kan hende at det gjerne er forhold hos moren som ikke er som det skal være. Dette er det ikke sikkert at moren er bevisst selv, men om det ikke tas tak i kan en faktor som dette sette en demper på utviklingen av båndet mellom henne og barnet (Fegran, Helseth og Fagermoen, 2008).

Baalsrud (1992) forklarer at foreldre kan ha vanskelig med å forholde seg til å måtte godta ikke å få ha barnet nært hele tiden. Dette har sin bunn i at de fleste vet hvordan praksisen omkring fullbårne barn blir drevet, hvor barnet og foreldrene får muligheten til å ha øyeblikkelig nærkontakt etter fødselen. Å vite at forskere også har kommet frem til at det nyfødte barnet har godt av, og til og med et behov for, denne nærkontakten, kan tenkes å gjøre det enda hardere å måtte forholde seg til dette.

I denne sammenhengen kan sykepleieren støtte foreldrene ved å peke på at adskillelsen etter fødselen nødvendigvis ikke trenger å føre til at tilknytningen mellom barnet og foreldrene blir dårlig. En går gjerne litt andre veier enn med et normalt barn, og prosessen kan gjerne ta lengre tid på grunn av engstelse for hva som kan skje og eventuelle problemer som dukker opp. Baalsrud (1992) sier at de fleste kommer i mål til slutt og har nådd frem til det naturlige mor/far-barn-forholdet.

Selv om nærhet og tilknytning er viktig er det like viktig å informere foreldrene om at de med god samvittighet kan forlate barna i perioder for å koble av. Barna deres har et helt støtteapparat i ryggen og de skal ikke trenge bekymre seg for hvordan det går uten dem tilstede (Ulvund et al., 1992). I tillegg kan en vel gjerne si at uthvilte foreldre evner å yte bedre omsorg for barna et utslitte.

6 KONKLUSJON

I denne oppgaven ville jeg se på hva sykepleier kan gjøre for å fremme tilknytningen mellom det premature barnet og foreldrene, hvorpå jeg ved hjelp av litteraturen valgte å konsentrere meg om noe så generelt som kommunikasjon og noen av de undergrenene en kan trekke ut av denne stammen; informasjon, veiledning og undervisning og støtte.

For å fremme tilknytningsprosessen mellom det premature barnet og foreldrene har foreldre påpekt at sykepleieren bør legge til rette for en åpen og ærlig kommunikasjon, hvor foreldrene gjerne blir invitert til å snakke om det som har skjedd, samt få anledning til å spørre om det som måtte være.

I tillegg til en åpen og ærlig kommunikasjon kan det også være til god hjelp om sykepleierne informerer dem om hva som har skjedd, kommer til å skje, samt at de ellers er kontinuerende informasjonskilder gjennom hele sykehusoppholdet. For å gjøre det lettere for foreldrene å forholde seg til situasjonen kan det dessuten være nyttig å peke på de rettighetene de kan ha krav på med et barn på sykehus, hvorpå noe av dette i tillegg gjerne kan føre til at det for faren vil oppleves mer akseptert å involvere seg.

Foreldrene beskriver at de har en mangel på selvtillitt når det kommer til pleien og behandlingen av barnet, noe som er god dyrkejord for usikkerhet og tilbaketrekking. Her kan sykepleier fremme tilknytningsprosessen ved å veilede og undervise foreldrene i blant annet barnas behov, riktig stimuli og hvordan en behandler barnet. Ved selv å delta i pleien og omsorgen ovenfor barnet, og også yte omsorg ovenfor foreldrene, følger en dessuten også Travelbees teori om at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk.

Travelbee peker på at empati er viktig innen sykepleie. Ved støtte og bekreftelse kan en hjelpe foreldrene å se mening i en situasjon som til tider gjerne kan virke håpløs og hvor en ikke har alt klart for seg. Mange trenger en bekreftelse på at barnet er deres, selv om det akkurat nå har behov for å ligge på sykehus og dermed også er avhengige av andre enn foreldrene for å overleve. Støtte og bekreftelse er også viktig der hvor foreldrene gjerne fortviler over dette med viktigheten av nærkontakt og deres hindringer på dette området.

7 LITTERATURLISTE

Baalsrud, E. S. (1992) Det første året: Et foreldreperspektiv. I: *Lettvektere – om for tidlig fødte barn*, red. Stein Erik Ulvund, Lars Smith, Rolf Lindemann og Annie Ulvund, s. 152-189. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Bialoskurski, M., Cox, C. L., Hayes, J. A. (1999) The Nature of Attachment in a Neonatal Intensive Care Unit. I: *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. Vol. 13, no. 1, s. 66-77.

Bunkholdt, V. (2000) *Utviklingspsykologi*. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS, 3. utg.

Evenshaug, O. og Hallen, D.(2003) *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo, Gyldendal Akademisk AS, 4. utg.

Fegran, L., Helseth, S og Fagermoen, M. S. (2008) A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. I: *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 6, s. 810-816.

Folketrygdeloven (1997). *Lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/all/hl-19970228-019.html#9-10> [Hentet: 13.02.09]

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 1. desember 2000 nr. 1217. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1217.html> [Hentet: 13.02.09]

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Høyskoleforlaget AS.

Johnson, A. N. (2008) Engaging Fathers in the NICU: Taking down the Barriers to the Baby. I: *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. Vol. 22, no. 4, s. 302-306. Tilgjengelig fra: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1611209641&sid=1&Fmt=2&clientId=72807&RQT=309&VName=PQD> [12.01.09]

Jonassen, A. J. (1998) Børn – følelser og utvikling. I: *Barnets utvikling – en helhet*, red. Espen Jerlang, s. 73-93. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kowalski, W. J., Leef, K. H., Spear, M. L. & Paul, D. A. (2006) Communicating with parents of premature infants: who is the informant? I: *Journal of Perinatology*, no. 26, s. 44-48.

Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=958876331&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234348088&clientId=72807>

[12.01.09]

Krisoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A., (2005) Om sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie – bind 1*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, s. 13-27. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N. J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie – bind 4*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, s. 13-99. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Manniche, V. (2001) *Bogen om barnet*. Politikens Forlag AS.

Saugstad, O. D. (1999) *Når barnet er født for tidlig*. Oslo, Luther Forlag AS.

Schenk, L. K., Kelley, J. H. & Schenk, M. P. (2005) Models of Maternal-Infant Attachment: A Role for Nurses. I: *Pediatric Nursing*. Vol. 31, no. 6, s. 514. Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&sid=4&srchmode=2&vinst=PROD&fmt=6&startpage=->

[1&clientId=72807&vname=PQD&RQT=309&did=942797991&scaling=FULL&ts=1234617078&vtype=PQD&rqt=309&TS=1234617100&clientId=72807](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&sid=4&srchmode=2&vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&clientId=72807&vname=PQD&RQT=309&did=942797991&scaling=FULL&ts=1234617078&vtype=PQD&rqt=309&TS=1234617100&clientId=72807) [12.01.09]

Stenson, B. (1996) Promoting attachment, providing memories. I: *British Medical Journal*, vol. 313, no. 7072, s. 1615. Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did=10599773&SrchMode=2&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234719109&clientId=72807>

[lest 14.02.09]

Ulvund, S. E., Smith, L., Lindemann, R. og Ulvund, A. (1992) *Lettvektene - om for tidlig fødte barn*. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Tanimura, C. S. (2005) *Mother's subjective experience of separation from her premature infant at birth*. Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=10&did=1003860341&SrchMode=1&sid=9&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1231872003&clientId=72807> [29.11.08]

Wigert, H., Johansson, R., Berg, M., Hellström, A-L. (2005) *Mother's experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit*. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 20, no. 1, s. 35-41. Tilgjengelig fra: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118610688/PDFSTART> [12.01.09]