



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	395
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7505
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	87
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Når det uventede oppstår – psykiske utfordringer hos foreldre til prematurt fødte barn i nyfødttintensiv avdelinger

When the unexpected occurs – psychological challenges among parents of premature infants in Neonatal Intensive Care units

Kandidatnummer 395

Sjuepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.05.21

Antall ord: 7505

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

Summary

Title: When the unexpected occurs – psychological challenges among parents of premature infants in the Neonatal Intensive Care units

Background: In 2020, 3310 children were born prematurely, making up 6,2% of all children born that year. The parents of these children go through a frightening and uncertain experience of having their premature infant being put in the Neonatal Intensive Care unit. These parents often experience being amidst a crisis and can undergo psychological challenges that they struggle to overcome. There are therefore high demands put in place for health workers in such wards that encounter these types of parents.

The purpose of this study: To research what psychological challenges that parents of prematurely born infants in Neonatal Intensive Care units experience, as well as finding out what nurses can do to best help these parents.

Method: A literary study has been applied as a method in this thesis. Former research has been established through searches in the databases CINAHL, MEDLINE and PsycINFO.

Results: Parents of prematurely born infants in Neonatal Intensive Care units experience psychological challenges such as stress, anxiety, depression and are in danger of acute stress disorders and post-traumatic stress disorders. Mothers and fathers had differing reactions, and mothers experienced anxiety, depression, and stress to a larger extent than fathers. Communication and social support helped the parents overcome the situation.

Conclusion: Nurses can support parents of prematurely born infants in Neonatal Intensive Care units by informing them of their child's health condition, by listening to their crisis response and by identifying their individual needs. Nurses must have knowledge of emergency responses and how to encounter parents in an crisis. They must understand that parents have differing needs and must include both mother and father in the participation of the child's care. In this way, the parents' psychological challenges may be reduced, and the parents may feel seen, heard and taken care of.

Key words: premature, parents, psychological challenges, Neonatal Intensive Care unit, NICU

Innholdsfortegnelse

1.INNLEDNING	3
1.1 PROBLEMSTILLING	4
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN	4
1.3 SAMFUNNSFAGLIG RELEVANS	5
1.4 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
2. METODE	5
2.1 HVA ER EN METODE?	5
2.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	5
2.3 SØKEPROSESS	6
2.3.1 PICO	6
2.3.2 Mesh termer/søkeord	6
2.3.3 Søkemotorer	7
2.3.4 Søkestrategi	7
2.3.5 Inklusjons-og eksklusjonskriterier	8
2.3.6 Metodekritikk	8
2.3.7 Kildekritikk	9
3.TEORI	9
3.1 ÅRSAKER OG KONSEKVENSER TIL PREMATUR FØDSEL.....	9
3.2 KRISETEORI	10
3.3 JOYCE TRAVELBEE	11
3.4 LOVVERKET	12
4.RESULTAT	12
4.1 HØY FOREKOMST AV STRESS, ANGST OG DEPRESJON	12
4.2 FORSKJELL BLANT FORELDRE NÅR DET GJELDER STRESS, ANGST OG DEPRESJON	13
4.3 FARE FOR AKUTT-STRESSLIDELSE OG POST-TRAUMATISK STRESSLIDELSE (PTSD)	13
4.4 KOMMUNIKASJON OG SOSIAL STØTTE HJELPER	15
5.DISKUSJON	14
5.1 HØY FOREKOMST AV STRESS, ANGST OG DEPRESJON OG FARE FOR AKUTT-STRESSLIDELSE OG POST- TRAUMATISK STRESSLIDELSE (PTSD)	15
5.1.1 Informasjon og kommunikasjon	15
5.1.2 Krisereaksjoner	18
5.1.3 Støtte	19
5.2 FORSKJELL BLANT MØDRE OG FEDRE	20
5.3 METODEDISKUSJON	21
6.KONKLUSJON	22
7.REFERANSER	24
8. VEDLEGG	27
Vedlegg I Søkehistorikk	27
Vedlegg II Prisma Flow-Diagram	32
Vedlegg III Resultatmatrise	33
Tabell 1: PICO	6

1. Innledning

Å bli foreldre er for mange noe av det største en opplever i livet. Mor og far venter vanligvis spent i ni måneder på at barnet skal vokse seg klar inni morens livmor. Forventninger om livet sammen med barnet øker og de gleder seg til å se den lille. Dessverre er det ikke slik at alle barn fødes når de er fullbårne.

I 2020 ble 6,2% barn født for tidlig (Folkehelseinstituttet, u.å.). Blir barnet født før uke 28 i svangerskapet, kalles de ekstremt premature. Fra uke 28 til uke 31 blir de kalt meget/moderat premature og fra uke 32 til uke 36 blir kalt premature (Peitersen et al., 2014, s. 127). Ved en svangerskapsalder på 23 uker er barnet så umodent at det ikke er riktig å forsøke behandling fordi risiko for å dø senere eller overleve med funksjonshemminger er stor. Behandlingen i nyfødtp perioden er belastende og lang, og en vil i de fleste fagmiljøer ikke anbefale å behandle barn født i uke 23 med mindre det er et sterkt ønske fra foreldrene. Fra og med uke 24 tilbys barnet en mulighet. Sjansen for at barnet skal klare seg godt, er da så stor at de fleste anbefaler behandling så lenge barnet ikke har andre sykdommer (Markestad, 2008, s. 16–17).

Noen foreldre vil være forberedt på en mulig prematur fødsel. Moren blir gjerne lagt inn på en observasjonspost grunnet blødninger, prematur vannavgang eller preeclampsii. Foreldrene får da samtale med barnelege og informasjon om hva som forventes videre med tanke på barnet. De får en omvisning i nyfødttintensiv avdelingen, og kan på den måten bli kjent med stedet de kommer til å tilbringe mye tid. For andre vil en prematur fødsel komme uforberedt, og foreldrene kommer gjerne direkte fra hjemmet. De vil da ikke i samme grad være forberedt på en prematur fødsel (Haugan & Tryti, 2009, s. 107).

Ofte vil det være vanlig at det for tidlig fødte barnet blir lagt inn på nyfødttintensiv avdelingen som følge av temperaturregulering, ernærings- eller respirasjonsproblemer (Saugstad, 2009, s. 51). Her kommer foreldrene inn i en ukjent verden, med mange ulike fagpersoner og høyteknologisk utstyr som kan virke skremmende. Hverdagen blir snudd på hodet og drømmen om å komme hjem med et fullbåret og friskt barn blir knust. Foreldrene har behov for støtte og omsorg på en annen måte enn foreldre til friske fullbårne barn. Har man fått barn til termin, er man følelsesmessig, psykisk, praktisk og hormonelt forberedt, og foreldrene er trygg i sin rolle. Disse naturlige forberedelsene blir avbrutt når et barn blir født før tiden. Foreldrene har kanskje blitt foreldre for første gang, og skal være foreldre på et offentlig sted slik som nyfødttintensiv avdelingen er (Sandtrø, 2009, s. 75).

Foreldrene opplever ofte krisereaksjoner i form av håpløshet, mangel på kontroll, angstanker og skyldfølelse (Tandberg, 2009, s. 224). En prematurfødsel som oppstår uforberedt, kan føre til at krisereaksjonene blir forsterket (Haugan & Tryti, 2009, s. 107). Å føde et barn før tiden er inne, kan oppleves som stressende, farlig og usikkert for foreldrene. Det kan være vanskelig å forestille seg at det lille barnet skal kunne overleve og i det hele tatt bli friskt. Etter hvert kommer bekymringene om at barnet kan få vansker i fremtiden og hvilke behov barnet trenger (Markestad, 2008, s. 5 og 73).

Reaksjonene som oppstår blant foreldrene på en nyfødtintensiv avdeling kan være med å endre livene deres. Det stilles derfor høye krav til de helsearbeiderne som jobber på en slik avdeling, og som kommer disse foreldrene i møte (Tandberg, 2009, s. 224). Sykepleiere kan ikke alltid fjerne all smerten eller gjøre alt normalt igjen. Men det sykepleiere kan gjøre er å hjelpe foreldrene gjennom prosessen, slik at de kan bearbeide inntrykk og reaksjoner (Tandberg, 2009, s. 227–228).

Det å gå gjennom en krise er en naturlig reaksjon på en vanskelig hendelse (Tandberg, 2009, s. 224). Foreldrene kan oppleve psykiske utfordringer og kan ha vanskeligheter med å vite hvordan de skal komme seg gjennom krisen og tiden på sykehuset. De har behov for kunnskap, støtte og omsorg. Derfor er det viktig at sykepleiere vet hvordan de skal kommunisere og oppføre seg rundt disse foreldrene, for at de skal kunne bruke sin kunnskap til å støtte foreldre i en vanskelig tid. Selv om det er det lille barnet som er i sentrum, er det viktig å ikke glemme foreldrene.

1.1 Problemstilling

”Hvilke psykiske utfordringer opplever foreldre til prematurt fødte barn i nyfødtintensiv avdelinger, og hva kan sykepleiere gjøre for å avhjelpe disse?”

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke psykiske utfordringer foreldre til premature barn i nyfødtintensiv avdelinger opplever, samt å finne ut hvordan sykepleiere kan hjelpe disse foreldrene.

1.3 Samfunnsfaglig relevans

3310 barn ble født for tidlig i Norge i 2020. Det utgjør 6,2% av alle barna som ble født samme år (Folkehelseinstituttet, u.å.). Disse barna har en eller to foreldre som da går gjennom en ekstrem stressende opplevelse som for mange oppfattes som en krise. Opplevelsene foreldre har kan føre til psykiske problemer som kan vare i lang tid etter sykehusoppholdet (Tandberg, 2009, s. 224).

1.4 Sykepleiefaglig relevans

Grunnleggende sykepleie handler blant annet om å bygge en god relasjon til pasienten man har. Hos en sykepleier som jobber på en nyfødteintensiv avdeling, handler det også om å bygge relasjon til foreldrene til pasienten. De er her like viktige som selve det syke barnet, fordi de går gjennom en usikker og skremmende opplevelse, og man er som sykepleier hele tiden i direkte kontakt med dem. I Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleiere skal «vise respekt, omtanke og inkludere pårørende». Videre står det at sykepleieren skal «samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet», samt å «bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt» (Norsk sykepleierforbund, u.å.). På en nyfødteintensiv avdeling får begrepet pårørende en spesiell betydning. Pårørende, altså begge foreldrene, og eventuelle søsken, blir en del av sykepleierens ansvar. Vårt mandat som sykepleiere er å ta vare på disse på en respektfull og omsorgsfull måte.

2. Metode

2.1 Hva er en metode?

Metode er fremgangsmåten en benytter for å kunne samle inn informasjon for å belyse en problemstilling. Metodebeskrivelsen skal være presist formulert, slik at andre kan etterprøve det en har gjort og få det samme resultatet (Thidemann, 2015, s. 76)

2.2 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt i denne oppgaven å bruke litteraturstudie som metode. Det innebærer at en samler inn kunnskap fra skiftelige kilder, går kritisk igjennom den og sammenfatter det hele til slutt. Hensikten med en systematisk tilnærming, er at leseren får oppdatert og god

forståelse av kunnskapen som problemstillingen handler om, og en gjennomgang av hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.3 Søkeprosess

2.3.1 PICO

Jeg startet med å lage en PICO (tabell 1). PICO er et verktøy som hjelper å gjøre problemstillingen tydelig og presis. På denne måten oppnår man struktur rundt litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebiblioteket, 2016a).

Tabell 1: PICO

P:	Populasjon/problem	Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om? Foreldre til premature barn
I:	Intervensjon/eksposisjon	Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier deg seg om? Innlagt på nyfødtintensiv avdeling
C:	Sammenligning	Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om? X
O:	Utfall	Hvilke utfall eller endepunkter er du interessert i? Psykiske utfordringer (stress, angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse)

2.3.2 Mesh termer/søkeord

Først valgte jeg norske søkeord som passet min problemstilling. Deretter brukte jeg Meshordboken fra Helsebiblioteket, for å finne engelske søkeord. Søkeordene jeg valgte å bruke var «premature infants», «preterm infants», «preterm birth» og «premature birth», «preterm baby» og «premature baby». Jeg brukte valgte i tillegg å bruke søkeordene «emotional», «mental health», «depression», «anxiety», «stress», «posttraumatic stress

disorder», «psychological challenges» og «distress». De andre søkeordene mine var «parents» og «neonatal intensive care unit» og «nicu».

2.3.3 Søkemotorer

Jeg tok kontakt med en bibliotekar på Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen, som hjalp meg med å finne databaser og mesh termer/søkeord og hvordan jeg skulle strukturere søket.

I tillegg fikk jeg hjelp med det tekniske rundt søkestrategi og forklaring omkring de ulike databasene.

CINAHL er en database som blant annet inneholder engelskspråklig litteratur om sykepleie, samt kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Høgskulen på vestlandet, u.å.). MEDLINE er en database for blant annet medisin og sykepleie, og har referanser til artikler fra internasjonale tidsskrift fra 1946 (Helsebiblioteket, u.å.). PsycINFO har referanser til fagfelleurderte artikler innen mental helse og atferdsforskning (Høgskulen på vestlandet, u.å.)

2.3.4 Søkestrategi

Jeg startet først å søke i databasen CINAHL. Der brukte jeg søkeordene «premature infants», «preterm infants», «premature baby» og «preterm baby» og kombinerte disse med «or». De andre søkeordene jeg valgte var «parents», «mental health», «neonatal intensive care unit» «nicu», «psychological challenges», «stress», «anxiety» og «depression». Jeg gjorde flere ulike søk, der jeg kombinerte ulike søkeord i hvert søk med «and» (Se vedlegg I).

Neste søk utførte jeg i databasen Medline. I Medline brukte jeg søkeordene «mental health» «emotional», «parents», «distress», «posttraumatic stress disorder», «neonatal intensive care unit» og «nicu». Videre brukte jeg søkeordene «premature infant», «preterm infant», «preterm baby», «premature baby» som jeg kombinerte med «or». Jeg gjorde flere søk og kombinerte ulike søkeord i hvert søk med «and» (Se vedlegg I).

2.3.5 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene i denne oppgaven var at artiklene skulle omhandle psykiske utfordringer hos foreldre med premature barn på en nyfødttintensiv avdeling. Jeg har inkludert alle former for prematuritet, både ekstremt, moderat og premature barn. Jeg ønsket å finne ut hvilke psykiske utfordringer foreldre til barn opplevde, så jeg inkluderte derfor artikler som handlet om stress, angst, depresjon, post-traumatisk stresslidelse og emosjonelle erfaringer, da dette er normale reaksjoner på en krise. Videre ønsket jeg å inkludere artikler som var skrevet på engelsk, fagfelleurdert og publisert mellom 2016 og 2021.

Med disse kriteriene fant jeg 27 artikler. Etter å ha lest gjennom sammendrag og fulltekst, valgte jeg å bare inkludere artikler som handlet om begge foreldrene, og ikke bare om mor. Jeg inkluderte også bare artikler som var publisert fra og med 2017, grunnet jeg fant en scoping review som var skrevet i 2017. På den måten inkluderte jeg artiklene i scoping review og artikler skrevet i årene 2018-2020 (Se vedlegg II).

Eksklusjonskriteriene omfattet artikler som handlet om foreldre til prematurt fødte barn og tiden etter sykehusoppholdet. Jeg ekskluderte derfor artikler som handlet om tiden etter sykehusoppholdet, ved å se på overskriftene og sammendragene til artiklene. Jeg ekskluderte også artikler som ikke klart definerte at de handlet om premature barn i fulltekst. Videre ekskluderte jeg artikler som var eldre enn 5 år fordi jeg ønsket å finne så ny forskning som mulig.

2.3.6 Metodekritikk

En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra tidligere skriftlige kilder. Det blir brukt data som er samlet inn av andre, sekundærkilder, som for eksempel bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2015, s. 75–77). Når en bruker sekundærkilder, tolker en noen andres arbeid og dette kan føre til mistolkning. Videre er det viktig å være objektiv og ikke la egne preferanser eller synspunkt komme frem. En må være kritisk til andres verk og det kreves derfor bruk av sjekklister for kritisk vurdering. Fremgangsmåten til kunnskapen skal beskrives på en transparent måte, slik at andre skal kunne utføre akkurat samme fremgangsmåte og komme frem til det samme resultatet.

2.3.7 Kildekritikk

Kildekritikk handler om at en er i stand til å være kritisk til kildematerialet som blir brukt og hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen. Hensikten er at leseren skal forstå gyldighet og relevans i utvelgelse av litteraturen. En skal vurdere i hvilken grad de forskningsartiklene og teoriene en bruker i oppgaven, kan bli brukt til å svare på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72–73). Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av sjekklister fra Helsebiblioteket for å vurdere artiklenes validitet og reliabilitet (Helsebiblioteket, 2016b). For å finne teori har jeg søkt etter bøker på Oria på Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek, samt jeg har brukt bøker fra pensumlitteraturen.

Noen av bøkene er eldre utgaver, men jeg valgte å ta med de bøkene fordi de er skrevet av forfattere som er kjent innenfor faget sitt og jeg fant de relevante for min oppgave. Jeg har også brukt yrkesetiske retningslinjer fra norsk sykepleieforbund (NSF), i tillegg til lover og forskrifter hentet fra helsepersonelloven, forskrift om barns rettigheter i institusjon og pasient- og brukerrettighetsloven.

3. Teori

I denne delen vil jeg presentere teori knyttet opp mot problemstillingen, som sammen med resultatene skal brukes i diskusjonsdelen.

3.1 Årsaker og konsekvenser til prematur fødsel

Det er ulike årsaker til hvorfor en fødsel starter før tiden. Det kan være at livmorhalsen åpner seg for lett, det er forandringer i livmoren slik at det ikke kan holde på fosteret eller det er bakterier i skjeden som kan starte fødselsprosessen (Markestad, 2008, s. 13). Andre årsaker kan være tidligere prematurfødsel, tvilling/trilling-fødsel, placentainsuffisens, akutt sykdom som infeksjon eller blødning hos moren (Peitersen et al., 2014, s. 128).

Svangerskapsforgiftning, preeklampsi, kan være farlig for moren og svekke morkakefunksjonen slik at barnet vokser for lite eller dør dersom svangerskapet fortsetter. Da kan en velge å ta ut barnet med keisersnitt før tiden (Markestad, 2008, s. 13).

Lungeproblemer er ofte de største problemene for barn som blir født for tidlig. Vanlige sykdommer er respiratorisk distress-syndrom (RDS), som skyldes umodne lunger, og

lungebetennelse og bronkopulmonal dysplasi (BPD). BPD er lungeskade barnet får av reaksjon på respiratorbehandling og oksygenet (Saugstad, 2009, s. 53). Infeksjon rammer for tidlig fødte barn oftere enn andre, fordi immunforsvaret er dårligere utviklet og innleggelse av kateter øker risiko for infeksjon (Saugstad, 2009, s. 69). Gulsott, hjerneblødning, tarmbetennelse og øyeskader er og vanlige sykdommer barn som fødes for tidlig kan få (Saugstad, 2009, s. 84-100). Prognosen til prematurfødte barn blir stadig bedre, flere barn overlever og den medisinske utviklingen de siste årene er stor. Likevel, har barn som fødes for tidlig økt tendens til luftveisinfeksjoner og astma, samt konsentrasjonsvansker og mestringsproblemer (Saugstad, 2009, s. 176-182).

3.2 Kriseteori

Johan Cullberg inndeler den traumatiske krisers forløp i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Hver fase har sine egne egenskaper og har ikke et klart skille fra hverandre, de kan være innvevd i hverandre. Han forteller videre at fasene er ikke en fast modell, men et hjelpemiddel for å orientere seg i forløpet til krisen (Cullberg, 1989, s. 122–123)

Sjokkfasen kan vare fra et lite øyeblikk til flere døgn. Individet oppfatter ikke virkeligheten som reelt og kan ikke bearbeide eller ta inn det som har skjedd. Ofte ser man ikke på individet utenifra at personen er i sjokk, men under overflaten er alt kaos. Personen kan ha problemer i senere tid med å huske hva som har hendt og hva som har blitt sagt.

Reaksjons- og *sjokkfasen* utgjør sammen krisens akutte fase. Reaksjonen starter når den rammede blir tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd eller kommer til å skje. Nå begynner individets forsvarsmekanismer å komme frem. Den kriserammede starter med å forsøke å finne en mening, og kan begynne å gjenta spørsmålet ”hvorfor”, og det kan oppstå skyldfølelse.

Bearbeidingsfasen starter når den akutte fasen er over. Nå begynner den kriserammede å bli med fremtidsrettet, og er ikke like lengre sjokkert. Forsvarsmekanismer som fornektelse på hva som har skjedd opphører, og den kriserammede blir mer åpen for nye erfaringer og har et mer realistisk blick på hendelsen.

Nyorienteringsfasen er den siste fasen og den har ingen avslutning. Her lever den kriserammede med et arr som ikke forsvinner, men det er ikke et hinder for vanlige

livskontakter. Håpet og sviktende selvfølelse blir bearbeidet. En krise blir en del av livet, den glemmes ikke (Cullberg, 1989, s. 123-134).

Det er viktig at en sykepleier kjenner igjen typiske krisereaksjoner og faser foreldrene kan gjennomgå. På den måten kan de forstå at foreldrene har behov for informasjon på nytt, og kanskje gi ulik informasjon til hver forelder. Kunnskap om kriseteori gir sykepleier en mulighet til å forstå foreldrenes krisetilstand.

3.3 Joyce Travelbee

Travelbee definerer sykepleie som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2001, s. 29). Her inkluderer hun familien som en del av den mellommenneskelige prosessen, noe som direkte viser at den kan overføres til relasjon mellom sykepleier og pårørende. På denne måten kan Travelbee’s teori rettes mot å hjelpe familien til den syke.

Travelbee (2001) skriver videre at det ikke bare er den syke som må finne meningen i sykdommen, familien trenger hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Sykepleier vil indirekte hjelpe familien ved å gi den syke god og kompetent sykepleie. For å hjelpe familien direkte bør hun gå inn for å bli kjent med den sykes familie. Dette kan sykepleieren gjøre ved å vise oppmerksom, snakke og lytte til dem. Det vil bety mye for familien at sykepleier viser forståelse over hvilke påkjenninger de gjennomgår (Travelbee, 2001, s. 259-260).

Travelbees syn på kommunikasjon er en grunnleggende del av menneske-til-menneskeforholdet. Hun skriver at kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleier i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og på denne måten oppfylle sykepleiens mål og hensikt som er å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 135). Kommunikasjon er en gjensidig prosess, der sykepleieren kan søke og gi informasjon, og midlet familien kan bruke for å få hjelp. Gjennom kommunikasjon formidler sykepleien omsorg, både verbalt og non-verbalt (Travelbee, 2001, s. 137) og familien kan kommunisere sin oppfatning av sykepleieren og i hvilken grad hun er et hjelpende menneske.

3.4 Lovverket

Det å ha et barn innlagt på en helseinstitusjon gir foreldrene og barnet en del rettigheter. Sykepleiere sin oppgave er å følge at disse rettighetene blir holdt. Lov om helsepersonell regulerer helsepersonells plikter og bidrar til sikkerhet for pasienter og kvalitet og tillitt til helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Barn har rett til å minst en forelder tilstede under sykehusoppholdet, og dersom barnet er alvorlig eller livstruende skadet skal begge foreldrene få være hos barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2)

Personalet har som plikt å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker og kan utføre hos barnet. I tillegg skal foreldre være mest mulig til stede under behandlingen dersom det lar seg gjøre. Personalet skal gi fortløpende informasjon om barnet til foreldrene. Videre skal foreldrene få mulighet til avlastnings dersom det er behov og få kontakt med psykolog/sosionom eller annet støttepersonell under oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6).

4.Resultat

Resultatene fra litteratursøket med de fem inkluderte artiklene fremgår skjematisk av resultatmatrisen (se vedlegg III). Her presenteres resultatene i en tekstlig syntese.

4.1 Høy forekomst av stress, angst og depresjon

Roque et al. (2017) fant i sin scoping review at psykiske utfordringer er vanlig blant foreldre på nyfødtintensiv avdelinger. De fant at foreldre med barn på nyfødtintensiv avdelinger rapporterte høyere depresjonssymptomer enn foreldre som ikke hadde barn innlagt på nyfødtintensiv avdelinger. Videre fant Roque et al. (2017) at mødre til premature barn var mer bekymret og deprimerte enn de om fødte fullbårne og friske barn. Følelsene mødrene fikk var komplekse; de kjente på både tristhet, skyldfølelse, sorg, frykt, bekymring og usikkerhet, men også håp og lykke. Sorgen og skyldfølelsen stammet fra det å være i et stressende miljø og at de følte seg ansvarlig for babyens situasjon. Dette samsvarer med resultatene fra Gutiérrez et al. (2020), som i sin kvalitative fenomenologiske studie fant at foreldrene følte tristhet og skyldfølelse, samt skuffelse og angst for å ikke ha fullført svangerskapet. Mødrene følte

skyldfølelse for å ikke ha gjort ting bedre for barnet under svangerskapet og for å ha født prematurt.

Alexopoulou et al. (2018) fant i sin kvantitative studie at angst- og depresjons-nivå var høyere blant foreldre som hadde født sitt første prematurbarn, foreldre med fødselskomplikasjoner og foreldre som hadde barn med komorbide tilstander (ikke premature). Çekin & Turan (2018) fant i sin kvantitative studie at stressnivået blant foreldre som hadde flere barn var høyere enn de som ikke hadde det. I tillegg fant de at foreldre som hadde barn som trengte oksygenhjelp hadde høyere stressnivå enn foreldrene til barna som ikke trengte det.

4.2 Forskjell blant foreldre når det gjelder stress, angst og depresjon

Alexopoulou et al. (2018) fant at det var forskjell på angst og depresjon blant fedrene og mødrene. Mødre opplevde høyere grad av angst og depresjon enn fedrene. Dette samsvarer med Roque et al. (2017), som fant at det var forskjell blant foreldrene når det gjaldt depresjon. Blant fedrene viste det seg at høye stress- og depresjonsnivåer var mer vanlig dersom partnere også erfarte stress- og depresjonssymptomer. Videre fant de at risikofaktorer for depresjon blant fedrene var lite støtte fra sykepleierne, lav svangerskapsalder på barnet, langt sykehusopphold og at det premature barnet hadde alvorlige helseproblemer. Blant mødrene var risikofaktorene tidligere historie med depresjon, avhengighet, antepartum depresjon symptomer og perinatale komplikasjoner.

Ionio et al. (2019) fant i sin kvantitative studie at det var en betydelig forskjell mellom mødrene og fedrenes stressnivå. Mødrene hadde et totalt høyere stressnivå enn fedrene. De hadde også et høyere stressnivå når det gjaldt miljøet på nyfødtintensiv avdelingen (syn og lyder), samt hvordan barnet så ut og barnets atferd og endringer i foreldrerollene. Fedrene opplevde et høyere stressnivå relatert til endring i foreldrerollen sammenlignet med miljøet på avdelingen (syn og lyder). Yngre mødre og fedre rapporterte sammenlagt et høyere stressnivå enn de eldre, mens Alexopoulou et al. (2018), fant at angstnivået var høyere blant foreldre over 40 år.

4.3 Fare for akutt-stresslidelse og post-traumatisk stresslidelse (PTSD)

Andre psykiske utfordringer foreldrene på nyfødtintensiv avdelingen opplevde var akuttstresslidelse og post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Roque et al. (2017) fant at mange

foreldre rapporterte symptomer på akutt-stresslidelse etter barnet var blitt innlagt på nyfødtintensiv avdelingen. Disse symptomene var assosiert med stress blant foreldrene, endringer i foreldrerollen og familiesammenheng og foreldrenes mestringsstil. Videre fant Roque et al. (2017) at utviklingen av PTSD fire uker etter innleggelse på nyfødtintensiv avdelingen var forbundet med tidligere psykisk helseutfordringer blant foreldrene og familiene, endringer i sivilstatus, jobbsammenheng og juridiske problemer. Vedvarende usikkerhet, mangel på kontroll og endringen i foreldrerollens forventninger var faktorer som medførte økt traume-symptomer blant foreldrene. I tillegg var barnets vekt, savngerskapsalder, og miljøet på nyfødtintensiv avdelingen knyttet til risiko for å utvikle akutt-stresslidelse. Vekt og svangerskapsalder på barnet, sivilstatus og tidligere angst var knyttet til risiko for PTSD.

4.4 Kommunikasjon og sosial støtte hjelper

Roque et al. (2017) fant at foreldrene mestret det å være innlagt på nyfødtintensiv avdelingen ved hjelp av kommunikasjon med andre og å søke sosial støtte. Mødrene søkte emosjonell eller psykisk støtte fra deres partnere, mens fedrene følte at informasjon fra helsevesenet var støttende. Videre fant mødrene støtte fra andre mødre som var innlagt på nyfødtintensiv avdelingen. Mødre som tidligere hadde vært innlagt på nyfødtintensiv avdelingen klarte å mestre situasjonen bedre enn mødre som var innlagt for første gang. Dette samsvarer med funnene til Gutiérrez et al. (2020).

De fant at foreldrene rapporterte at de fikk stor støtte av å snakke med de andre foreldrene til andre barn som var innlagt på avdelingen. Der kunne de dele tanker og erfaringer, og støtte hverandre. De fikk tilbud om å få snakke med psykolog, men de opplevde ikke dette som støttende. Det var mer støttende å snakke med noen som hadde de samme erfaringene og visste hva de gikk gjennom. Videre fant Gutiérrez et al. (2020), at sykepleierne ikke spurte fedrene om hvordan de hadde det og håndterte situasjonen.

5.Diskusjon

I diskusjonsdelen blir resultatene diskutert i lys av tidligere forskning og teori som er beskrevet tidligere i oppgaven. ” *Hvilke psykiske utfordringer opplever foreldre til prematurt fødte barn i nyfødtintensiv avdelinger, og hva kan sykepleiere gjøre for å avhjelpe disse?*»

5.1 Høy forekomst av stress, angst og depresjon og fare for akutt-stresslidelse og post-traumatisk stresslidelse (PTSD)

Forskning viser at foreldre til prematurt fødte barn opplever psykiske utfordringer som stress, angst, depresjon, og at det er fare for akutt-stresslidelse og post-traumatisk stresslidelse (Alexopoulou et al., 2018; Çekin & Turan, 2018; Roque et al., 2017). Det at disse foreldrene opplever psykiske utfordringer etter en prematur fødsel, gjør at sykepleierne på nyfødteintensiv avdelinger må ha kunnskap om hvordan de skal støtte disse foreldrene. De må også vite at disse psykiske utfordringene forekommer, og da være forberedt på hvordan en skal hjelpe foreldrene å mestre situasjonen. I lys av norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, skal en sykepleier være oppdatert om forskning, utvikling og dokumentere praksis innen eget fagområdet og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, u.å). På den måten kan sykepleierne se hva som er årsaken til disse psykiske utfordringene foreldrene opplever, og opprette tiltak som reduserer de psykiske utfordringene. Noen normale reaksjoner er vanskelig å forebygge og vil være en naturlig del av sjokket en opplever ved å føde et barn før tiden. Likevel, er det mulig å forebygge at de psykiske reaksjonene utvikler seg og hjelpe foreldrene gjennom krisens utvikling.

5.1.1 Informasjon og kommunikasjon

Ifølge forskningen til Alexopoulou et al. (2018) viser det seg at foreldre som føler seg informert om barnets tilstand, opplever mindre angst og depresjon. Gutiérrez et al. (2020) skriver at foreldrene følte mangel på kontroll over å ikke kunne gjøre noe.

En kan tenke seg at dersom man har informasjon om barnets tilstand, vil følelsen av mangel på kontroll bli redusert. Selv om man selv ikke kan gjøre noe medisinsk faglig rettet mot barnet sitt, kan man få en følelse av kontroll ved å føle seg informert. Foreldre har rett på informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-4), og vi som helsepersonell er pliktig å gi informasjonen (Tandberg & Steinnes, 2009, s. 230). Foreldre skal få fortløpende informasjon om barnets helsetilstand (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000 §6) og helsepersonalet skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-5). En stor del av sykepleierens jobb på nyfødteintensiv avdelingen, er å informere foreldrene (Tandberg, 2009, s. 230).

Çekin & Turan (2018), Ioni et al. (2019) og Roque et al. (2017) fant at foreldre som fødte premature barn og var innlagt på nyfødtintensiv avdelingen opplevde stress. Det er ulike faktorer som påvirker stressnivåene. Blant annet viser det seg at det å være på en nyfødtintensiv avdeling, selve miljøet, var en stressende faktor (Çekin & Turan, 2018; Ionio et al., 2019). Nyfødtintensiv avdelingen er en ukjent verden for de som ikke har vært der før. Det er en komplisert og uvanlig situasjon for foreldrene å være der. Det er mange monitorer med lyder og støy og alarmer, som for foreldrene kan virke skremmende. Ved at sykepleier informerer og forklarer foreldrene hva monitorene og alarmene betyr, kan stressnivået til foreldrene reduseres (Çekin & Turan, 2018). Sykepleiere må kommunisere med foreldrene på en måte som de forstår, og ikke bruke fagterminologi og vanskelige uttrykk (Gutiérrez et al., 2020).

Foreldrene syntes også at barnets utseende og atferd var en årsak til stress (Çekin & Turan, 2018; Ionio et al., 2019). Premature barn kan på grunn av mangelfull utvikling se annerledes ut enn fullbårne barn. Det er vanlig at barnet har for stort hodet i forhold til kroppen, lite fett og muskelmasse og huden er rød og nesten gjennomsiktig (hos ekstremt tidlig fødte). Armer og ben er mer omfattende og bevegelsene er flaksende og ukoordinerte (Peitersen et al., 2014, s. 128–129). Ved å gi informasjon til foreldrene på hva som er normalt utseende og utbredelse av fysisk atferd hos barna, kan stressnivået til foreldrene reduseres (Çekin & Tukan, 2018). Disse studiene viser hvordan betydningen av informasjon kan spille inn på foreldrenes psykiske helse.

En utfordring sykepleiere på nyfødtintensiv avdeling kan få er at foreldre i dag har tilgang på informasjon og kunnskap fra andre kilder (Tandberg, 2009, s. 230). Foreldre skaffer seg detaljert informasjon fra Internett om blant annet andre behandlingsmetoder. Derfor er det viktig at sykepleiere holder seg faglig oppdatert, for å kunne veilede familien til den «gode informasjonen» sammenlignet med mengden av useriøs informasjon de kan ha funnet på Internett (Tandberg, 2009, s. 231). Det å holde seg faglig oppdatert står nedfelt i norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer, og ligger i vårt mandat som sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, u.å).

En forutsetning for at informasjon skal kunne bli akseptert fra foreldrene er tillitt. En oppnår ikke tillitt som sykepleier automatisk, det er noe en må opparbeide. Et tillitsforhold med foreldrene er noe sykepleierne kan opparbeide ved å ta initiativ til en åpen dialog med foreldrene, og være lydhør for foreldres tolkning av situasjonen (Tandberg, 2009, s. 232).

Travelbee (2001) skriver at gjennom kommunikasjon formidler sykepleieren omsorg, og at kommunikasjon er en grunnleggende del av menneske-til-menneske-forholdet.

Kommunikasjon er en gjensidig prosess, der sykepleieren kan søke og gi informasjon, og familien kan bruke det for å få hjelp (Travelbee, 2001, s.135-137). Sykepleier kan bruke «4 gode vaner» for å bedre kommunikasjonen med foreldrene. «4 gode vaner» er et kommunikasjonsverktøy som skal sikre at pasienter/pårørende får med seg alt som blir sagt. En bygger opp tillit ved å være høflig, til stede og skaffer seg oversikt. Etter hvert tar en opp tankene og utfordringene til foreldrene ved å stille åpne spørsmål og lytte. En viser empati ved å være følelsesmessig til stede gjennom å bruke ord og kroppsspråk. Avslutningsvis gir en relevant informasjon og svarer på spørsmål som foreldrene har (Helse Bergen, 2016).

En annen utfordring sykepleieren på nyfødttintensiv avdelingen kan stå ovenfor er at foreldrene «sjekker ut» svarene de har gitt dem, med andre i personalgruppen. Dette kan oppfattes av sykepleierne som mangel på tillitt, og kan være frustrerende for en sykepleier som ønsker å hjelpe. Som sykepleier må en her forstå at det vi observerer, er reaksjoner på foreldrenes fortolkning av sin virkelighet. Foreldrene forsøker å skaffe kontroll over en situasjon de føler er kaotisk, ved å for eksempel stille gjentatte spørsmål og «sjekke ut» personalets informasjon. Sykepleiere må her ha kunnskap om reaksjoner og hvordan vi skal møte dem. En må forstå at foreldre som er i kriser har behov for gjentatt informasjon (Tandberg, 2009, s. 226–227). Et tiltak er å opprette sykepleiesamtaler med faste kontakter, slik at en oppnår en fast struktur som bidrar til en gjensidig informasjonsutveksling.

Dette bør gjøres så snart barnet har ankommet avdelingen, slik at sykepleier kan få tidlig bli kjent med foreldrene og hvilke behov for informasjon de har. Sammen med den muntlige informasjonen, kan skriftlig informasjon også gis (Tandberg, 2009, s. 231). På den måten kan foreldrene lese på den skriftlige informasjonen når de har tid og føler seg klar for det.

Foreldre som hadde andre barn i tillegg til barnet på nyfødttintensiv avdelingen, stresset over barna som var hjemme og følte seg skyldig fordi de tilbrakte så mye tid på sykehuset og ikke tok vare på de andre barna hjemme (Çekin & Tukan, 2018). Sykepleier må støtte disse foreldrene ved å forklare at søsken tåler å være med på hendelser i livet som er uforutsigbare forutsatt at det er sammen med noen trygge personer de kjenner. Søsken forstår og aksepterer at mor og far må være på sykehuset hvis de får lov til å del i det familien gjennomgår, og de vil være i stand til å forstå alvoret i situasjonen. Foreldrene må «se» søsken og hvordan de har

det og anerkjenne søskenrollen og bidraget det gir familien. Denne informasjon om betydningen av søskenrollen må sykepleierne gi til foreldrene (Tandberg, 2009, s. 239).

5.1.2 Krisereaksjoner

Roque et al., (2017) fant at det å være foreldre til et prematurt barn på nyfødttintensiv avdelingen medførte risiko for traume relaterte symptomer som akutt-stresslidelse og posttraumatisk stresslidelser. Foreldre opplever ofte å være i en krise når de har et barn på nyfødttintensiv avdelingen (Tandberg, 2009, s. 224). Det å være i en krise er individuelt, og det som utløses en krisereaksjon hos en forelder, gjør det kanskje ikke for en annen forelder. Derfor er det viktig at en som sykepleier forstår at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom hvor sykt barnet er og hvor fortvilte foreldrene er (Tandberg, 2009, s. 225).

For å hjelpe foreldre i en krise, må de så tidlig som mulig få snakke ut om følelsene de har opplevd. Dette kan være forebyggende på senere utvikling av krisen. Ved at sykepleierne setter fokus på foreldrene, gir vi dem et signal om at de er viktige. Sykepleierne kan sette fokuset på foreldrene ved å ha samtale med dem i et annet rom en der barnet ligger. På den måten viser sykepleieren at foreldrene også er i fokus, og ikke bare barnet (Tandberg, 2009, s. 228). Som skrevet i teoridelen kan en traumatisk krise inndeles i fire ulike faser; sjokkfase, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Fasene har egne egenskaper, men en kan ikke alltid skille fasene fra hverandre (Cullberg, 1989, s. 122-123). Foreldrene vil kunne gå inn og ut av fasene og befinne seg i ulike faser til ulike tider.

Hvordan foreldrene reagerer på krisen avhenger av om foreldrene var forberedt på en innleggelse før fødsel, hvor informert de var og hvor sykt barnet deres er. Noen av barna som er innlagt på nyfødttintensiv avdelingen har et ukomplisert medisinsk forløp. Men selv om foreldrenes reaksjoner ikke alltid samsvarer med alvorlighetsgraden på barnet deres, er det heller ikke slik at foreldre med syke barn er i krise hele tiden. Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap om krisens faser og på den måten kan gjenkjenne fasene foreldrene er i, og møte dem der de er (Tandberg, 2009, s. 226). Foreldrene frykter ofte at de mister barnet, selv om barnets sykdom oppfattes som problemfritt og ukomplisert sett fra et medisinsk faglig synspunkt (Peitersen et al., 2014, s. 381). Som sykepleier må man her ikke bagatellisere foreldrenes bekymringer, men lytte til dem. Travelbee (2001) skriver at det vil bety mye for foreldrene at sykepleiere viser forståelse over hvilke påkjenninger de går gjennom. Sykepleie til disse foreldrene må bygge på en individuell vurdering av hvilke behov

og støtte de trenger, samt se hele familien som en helhet og samtidig hver enkel forelder (Tandberg, 2009, s. 226).

5.1.3 Støtte

Når man er i en situasjon som en aldri har vært i før, er det naturlig å støtte seg til andre i samme i situasjon. Gutiérrez et al. (2020) fant at foreldre fikk stor støtte av å snakke med andre foreldre som var innlagt på samme avdeling. Det gjorde at de kunne dele tanker og erfaringer og sammen støtte seg til hverandre. I studien fikk foreldrene tilbud om å snakke med psykolog, men de følte det var mer støttende å snakke med noe som hadde de samme erfaringene og visste hva de gikk gjennom (Gutiérrez et al., 2020).

Sykepleiere kan her hjelpe ved å koble sammen foreldre på avdelingene som har behov for å snakke med andre mødre og fedre. På den måten kan sykepleierne hjelpe foreldrene til å møte andre som er på et likt sted. På en annen side, kan foreldre få reaksjoner som er for krevende for sykepleiepersonalet, som gjør at de må henvises til andre fagpersoner (Tandberg, 2009, s. 227). Selv om foreldrene i studien til Gutiérrez et al. (2020) ikke opplevde det å snakke med en psykolog som støttende, kan det for noen foreldre oppleves som godt å snakke med noen som ikke er i direkte kontakt med barnet deres (Tandberg, 2009, s. 227). Som sykepleier skal man ikke overgå egen kompetanse (Norsk sykepleieforbund, u.å), og man må derfor kontakte riktige instanser dersom man observerer at det er nødvendig.

Likevel kan det være at en som sykepleier undervurderer sin egen kompetanse. Det å snakke med andre mennesker som er i en krise, handler ofte å håndtere noe smertefullt en ikke kan sette ord på. Derfor må en understreke sykepleierens egenskaper til å lytte. Ved at foreldrene snakke ut om opplevelsene sine og får ha en person som lytter til dem, bearbeides reaksjonene samtidig. På den måten gir sykepleierne rom for følelsene til foreldrene og gir dem ekte trøst (Tandberg, 2009, s. 227).

Çekin & Turan (2018), Alexopoulou et al. (2018), Ioni et al. (2019) fant at endringer i foreldrerollen var relatert til stress. Gutiérrez et al. (2020) fant at foreldrene opplevde en slags emosjonell distanse når barnet ble lagt inn på intensivavdelingen. Foreldrene følte ikke at de var foreldrene til barnet og at det ikke var de som tok vare på barnet, men sykepleierne på avdelingen. Denne emosjonelle distansen kan forstås ved at barnet og foreldrene blir separert etter fødsel. Barnet må nemlig ofte ligge i kuvøse, og ikke på brystet til mor eller far. Dette gir ofte følelser av at man mister foreldrerollen og følelsen av utilstrekkelighet oppstår (Turill &

Crathern, 2010, s. 45). Som sykepleier er det her viktig å oppmuntre og integrere foreldrene i pleien av barnet, gjennom å gi informasjon og veiledning (Tandberg, 2009, s. 233). Çekin & Turan (2018) skriver at det er viktig at sykepleierne forstår foreldrenes situasjon og gir dem støtte dersom det er behov. Det var viktig for foreldrene å vite at de var involvert i behandlingen til barnet deres selv om de ikke fysisk var til stede. Videre må foreldrene få hjelp til å forbedre deres selvbilde og selvtillit på avdelingen. Ved at sykepleiere oppmuntrer dem til å besøke barnet deres, lærer dem hvordan de skal pleie barnet og inkluderer dem i beslutninger utgjør grunnlaget for denne prosessen. Alle foreldre har ulike ønsker og behov. Det er derfor viktig at sykepleiere identifiserer hvert enkelt foreldres behov og vurderer hver foreldres villighet til å ta del i barnets pleie (Alexopoulou et al., 2018). Det er en del av vårt mandat som sykepleiere å vise «respekt, omtanke og inkludere pårørende» (Norsk sykepleieforbund, u.å).

5.2 Forskjell blant mødre og fedre

Det er en forskjell på hvordan mødre og fedrene reagerer når de føder et prematurt barn og blir innlagt på nyfødtintensiv avdelingen (Çekin & Turan, 2018; Ionio et al., 2019). Ionio et al. (2019) og Çekin & Turan (2018) fant at mødre hadde høyere stressnivå enn fedrene. Årsak til dette kan være at mødre tilbragte mer tid på nyfødtintensiv avdelingen enn fedrene og opplevde avdelingens stressende miljø mer.

Samtidig kan årsaken være at mødre følte mer skyldfølelse for at barnet deres havnet i en situasjon der de trengte medisinsk hjelp (Ionio et al., 2019). I teorien til Tandberg og Steinnes (2009) viser de til forskning som sier at moren følte at separasjon fra barnet gjør at de ikke føler seg som mødre. Denne følelsen ble endret når de opplevde å få mer kontroll. Mødre har gjerne større behov for kontroll enn fedrene, samt et større bekræftelsesbehov i sin rolle som mor (s. 234). I tillegg til stress, viser mødre en høyere grad av angst og depresjon, og at dette påvirket morens psykologiske tilstand negativt. Det gikk utover morens mestringsfølelse og morsfølelsen (Alexopoulou et al., 2018). Sykepleiere må være observante og fange opp tegn til nedsatt eller forverret helsetilstand hos mor (Haugan & Tryti, 2009, s. 111). Ved å bruke tid, være til stede og stille åpne spørsmål, kan mor få frem reaksjonene og følelsene sine. Slik kan sykepleiere kartlegge morens reaksjoner, og kontakte fagpersonen dersom en ser at mors reaksjoner forverres. Foreldrene har rett til å snakke med psykolog dersom de har behov for det (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000 § 6), og siden sykepleierne er direkte kontakt med mor, er det deres ansvar å se behovet og kontakte riktige instanser.

Fedre foretrekker ofte å ordne opp på egen hånd og trekker seg vekk fra avdelingen dersom de får det vanskelig psykisk. De bruker mye energi på å bekymre seg over situasjonen til moren i tillegg til å bekymre seg over barnet sitt, noe som gir dem en tilleggsbelastning som mødre ikke har (Tandberg, 2009, s. 234). Som sykepleier må en forstå at mor og far har ulike behov og kan håndtere situasjonen på forskjellige måter. De kan derfor tilbys individuelle samtaler uten partner til stede. På nyfødteintensiv avdelingen er det ofte mor som er i fokus fra helsepersonalet sin side, men det er rimelig å tro at fedrene også har behov for å bli sett og hørt (Tandberg, 2009, s. 234). I studien til Gutiérrez et al. (2020) sa foreldrene at sykepleierne ikke spurte dem hvordan de hadde det eller håndterte situasjonen ved å være foreldre til et prematurt barn. Çekin & Turan (2018) understreker at det å ha et prematurt barn innlagt på nyfødteintensiv avdelinger er stressende for begge foreldrene og ikke bare mødre. Som sykepleier må man her se begge foreldrene, og prøve å flytte fokuset over på far noen ganger. Fedrene føler ofte at de mest er til nytte dersom de får gjort praktiske ting eller konkrete oppgaver. Sykepleier kan derfor oppmuntre far til å delta i stell av barnet, kanskje gi far konkrete oppgaver som å registrere puls, respirasjon og søvnmønster. På den måten prioriteres fedrene, og de kan føle seg inkludert og sett.

Videre er det viktig at sykepleiere tar opp foreldrerollen som et tema med begge foreldrene. Da kan sykepleier gi foreldrene mulighet til å reflektere rundt sin egen rolle i fellesskap (Tandberg, 2009, s. 235). Gjennom kommunikasjon kan sykepleiere opprette et menneske-til-menneske-forhold og slik oppfylles sykepleiers mål og hensikt som er å hjelpe familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 135).

5.3 Metodediskusjon

Som redegjort under metodedelen har jeg gjennomført dette systematisk litteraturstudie på en måte som gjør at leseren kan gjenta samme prosedyre og komme frem til samme resultat.

En av artiklene jeg har funnet er en scoping review.. Det vil si at den har gått gjennom mange ulike enkeltstudier innenfor samme tema, og systematisert studiene sammen. En svakhet med dette designet er at forfatterne kan ha mistolket resultatene til primærstudiene, noe som kan gjøre at konklusjonen blir basert på mistolkede resultater. Styrker med designet er at primærstudier som har samme tema og formål, grundig systematiseres og sammenfattes.

Ingen av artiklene jeg har med i denne oppgaven er norske. Dette kan på en måte gjøre det vanskelig for implikasjoner og overførsels av resultatene til norsk praksis. Dette kan blant

annet innebære at vi i Norge har et annet tilbud om oppfølging av prematurt fødte og deres foreldre i vår helsetjeneste, eller at vi kan ha andre rettigheter enn andre land. På en annen side er artiklene hentet fra vestlige land, noe som gjør at forskningen kan implementeres til norsk praksis.

Jeg syntes det var utfordrerne å finne engelske søkeord som kunne overensstemme med psykiske utfordringer. Jeg valgte derfor å søke ord som handlet om naturlig reaksjoner på en krisesituasjon, nemlig angst, stress, PTSD og depresjon og emosjonelle erfaringer. Dette kan ha ført til at relevante artikler ikke kom med i søkene mine. Jeg inkluderte også «mental health» for å kunne finne artikler som undersøkte den mentale helsen til foreldrene.

Jeg ønsket også å finne artikler som var av nyere forskning, fordi jeg ønsket så oppdatert forskning som mulig, og fordi det skjer hele tiden endringer innenfor dette temaet. Jeg valgte derfor bare å gå gjennom artikler som var skrevet fra 2016 til 2021. Dette kan ha gjort at forskning som har blitt skrevet tidligere, ikke har kommet med i denne litteraturstudien, og kan ha hatt påvirkning på resultatene. Alle artiklene er fagfellevurderte og har bestått etiske krav for forskningsartikler, noe som styrker artiklenes validitet.

6.Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvilke psykiske utfordringer foreldre som føder premature barn opplever på en nyfødttintensiv avdeling, og hvordan sykepleiere kan hjelpe disse foreldrene. Det å føde et barn før tiden, kan være svært skremmende for foreldrene og de opplever ofte å havne i en krise.

Foreldre som føder premature barn opplever psykiske utfordringer som stress, angst, depresjon, og det er fare for stresslidelser og post-traumatiske-stresslidelser (PTSD). Sykepleiere som jobber på nyfødttintensiv avdelinger må ha kunnskap om hvordan de skal støtte disse foreldrene. De må vite at psykiske utfordringer forekommer, og være forberedt på hvordan de skal hjelpe foreldrene å mestre situasjonen.

Ved at sykepleiere gir foreldrene informasjon om barnets tilstand, opplever de mindre stress, angst og depresjon og mangel på kontroll. Informasjonen må gis individuelt, og en må observere og vurdere foreldrenes informasjonsbehov. Sykepleiere kan støtte foreldrene ved å lytte og være til stede. Foreldrene opplevde det som støttende å kunne snakke med andre

foreldre som var i samme situasjon på avdelingen. Her kan sykepleiere hjelpe til å koble sammen foreldre som ønsker å snakke med andre foreldre. Videre er det viktig at sykepleiere identifiserer foreldre som har behov for støtte fra andre fagpersoner.

Mødre og fedre har forskjellige reaksjoner på det å føde et prematurt barn og være på en nyfødtintensiv avdeling. Mødre har blant annet et høyere stressnivå enn fedrene, og fedrene opplever å være bekymret for både mor og barn. Sykepleiere må se begge foreldrene og identifisere deres ulike behov. Det kan gjøres ved å snakke med dem og lytte til hva de har å si. Helsepersonell på nyfødtintensiv avdelinger fokuserer ofte mye på barn og mor, men fedrene må ikke bli glemt. Ved at sykepleiere oppmuntrer fedrene til å være med på stell av barnet og gi dem konkrete og praktiske oppgaver, kan de også føle seg sett, hørt og tatt vare på.

7.Referanser

- Alexopoulou, P., Evagelou, E., Mpakoula-Tzoumaka, C., & Kyritsi-Koukoulari, E. (2018). Assessing anxiety and depression in parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing, 24*(5), 273–276. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.05.009>
- Çekin, B., & Turan, T. (2018). The stress levels of parents of premature infants and related factors in neonatal intensive care units. *The Turkish Journal of Pediatrics, 60*(2), 117. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2018.02.001>
- Cullberg, J. (1989). *Mennesker i krise og utvikling*. Aschehoug.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (u.å.). *Medisinsk fødselsregister—Statistikkbank*. Hentet 5. mai 2021, fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Gutiérrez, S. S. R., García, P. E., Prellezo, A. S., Paulí, L. R., Castillo, B. L. del, & Sánchez, R. B. (2020). Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: A qualitative phenomenological study. *The Turkish Journal of Pediatrics, 62*(3), 436. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2020.03.011>
- Haugan, B., & Tryti, U. (2009). Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling. I S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1—Syke nyfødte og premature barn* (s. 364). Cappelen damm AS.
- Helse Bergen. (2016, mars 29). *4 gode vanar betrar kommunikasjonen*. Helse Bergen. <https://helsebergen.no/fotnoten/fotnoten-kommunikasjon/4-gode-vanar-betrar-kommunikasjonen>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *MEDLINE*. Helsebiblioteket.No; OVID Technologies. Hentet 20. mai 2021, fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/medline>

Helsebiblioteket. (2016a, juni 3). *PICO*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016b, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Høgskulen på vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressurser*. Hentet 20. mai 2021, fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000021>

Markestad, T. (2008). *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Fagbokforlaget.

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 20. mai 2021, fra

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Peitersen, B., Pedersen, P., & Pryds, O. (2014). *Neonatologi—Det raske og det syge nyfødte barn* (4. utg.). Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Roque, A. T. F., Lasiuk, G. C., Radünz, V., & Hegadoren, K. (2017). Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 46(4), 576–587. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>

Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2—Syke nyfødte og premature barn* (s. 330). Cappelen damm AS.

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

Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I S. Steinnes (Red.), *Nyfødt sykepleie 1—Syke nyfødte og premature barn* (s. 364). Cappelen damm AS.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter—Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Turill, S., & Crathern, L. (2010). Families in NICU. I Glenys Boxwell (Red.), *Neonatal Intensive Care Nursing* (2. utg., s. 503). Routledge.

8.Vedlegg:**Vedlegg I: Søkehistorikk**

Søkedato	Databaser og begrensninger	Søkeord	Antall treff	Hva ble gjort	Resultat
05.05.2021	Cinahl År: 2016-2021 Fagfelleverdert Engelsk språk	S1: parents	44, 524		
		S2: premature infants			
		S3: preterm infants			
		S4: preterm baby			
		S5: premature baby			
		S6: S2+S3+S4+S5	9,484		
		S7: neonatal intensive care unit or nicu	6,850		
		S8: mental health	157, 975		

		S1+ S6 + S7 + S8	17	Leste overskrift på aller artiklene	3
		S9: stress	69, 627		
		S1+S6+S7 + S9	101	Leste overskrift på alle artiklene	10
		S10: anxiety	38, 503		
		S1+S6+S7+S10	53	Leste overskrift på alle artiklene	4
		S11: Depression	58, 467		
		S1+S6+S7+S11	34	Leste overskrift på alle artiklene	3
		S12: psychological challenges	97		
		S1+S6+S7+S12	Ingen		
Sum					20

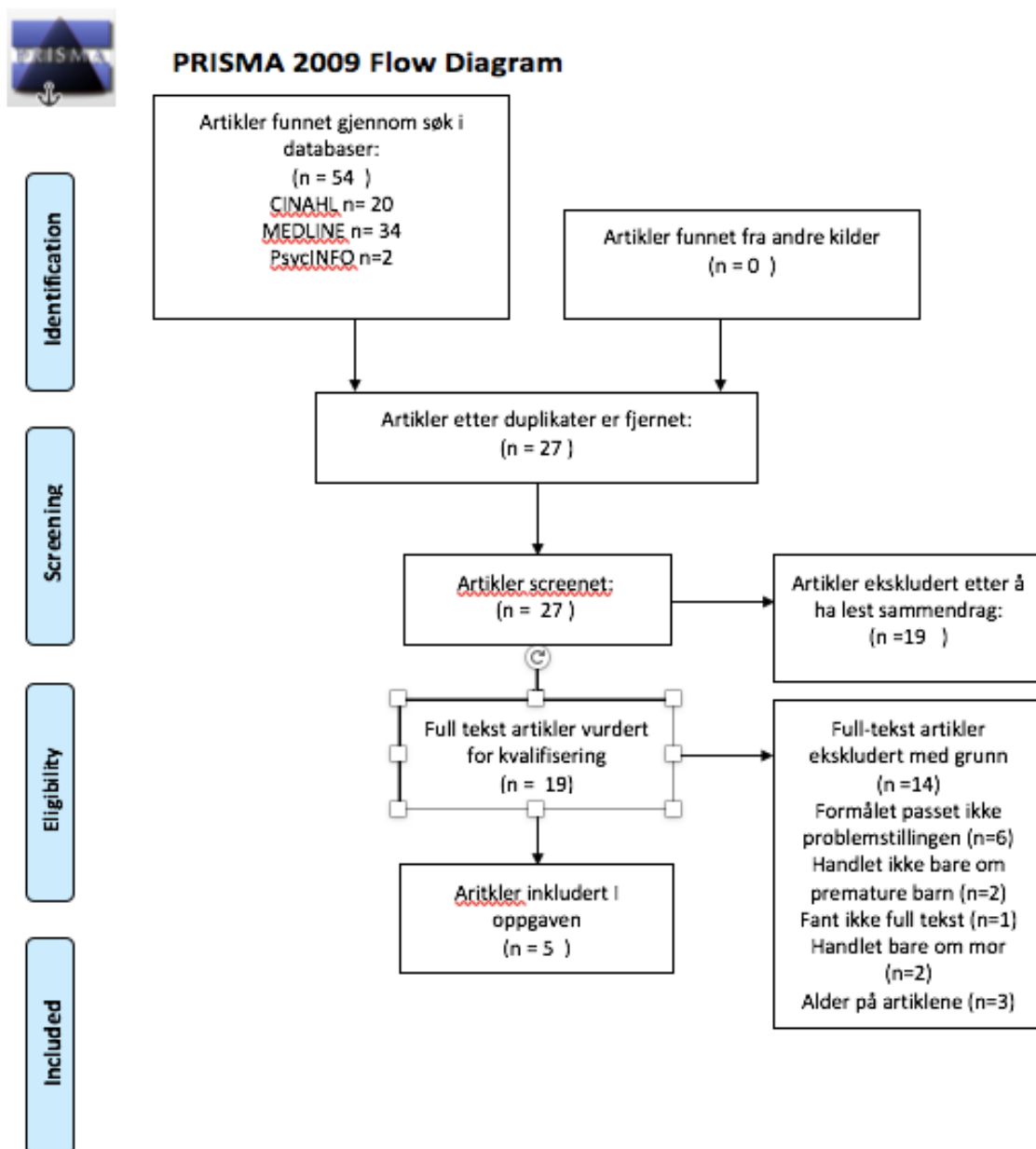
Søkedato	Databaser og begrensninger	Søkeord	Antall treff	Hva ble gjort	Resultat
05.05.2021	Medline År:2016-2021 Fagfelleverdert engelsk	S1:parents	81,241		
		S2: premature infants			
		S3: preterm infants			
		S4: premature baby			
		S5: preterm baby			
		S6: S2+S3+S4+S5	16,819		
		S7: neonatal intensive care unit or nicu	12. 237		
		S8: mental health	125, 533		
		S1+S6+S7+S8	34	Leste gjennom overskrift på	3

				alle artiklene	
		S9: stress	324,393	Leste gjennom overskrift på alle artiklene	15
		S1+S6+S7+S9	131		
		S10: distress	42, 296		
		S1+S6+S7+S10	37	Leste gjennom overskrift på alle artiklene	4
		S11: Post-traumatic stress disorder	12,011		
		S1+S6+S7+S11	6	Leste gjennom overskrift på alle artiklene	1
		S12: emotional			
		S1+S6+S7+S12	70	Leste gjennom overskrift på alle artiklene	11

Sum					34
------------	--	--	--	--	----

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Hva ble gjort	Resultat
28.04.2021	PsycINFO	S1 premature birth			
		S2 birth			
		S3 parents	105 473		
		S4 mental health	66 144		
		S5:S1 or S2	11 688		
		S5 and S3 and S4	19	Leste gjennom overskrift på alle artiklene	2
Sum					2

Vedlegg II: Prisma Flow-Diagram



Vedlegg III: Resultatmatrise

Navn på artikkel og forfattere	Hensikt	Metode	Resultat
<p>Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study (2019).</p> <p>Authors:</p> <p>Sabiniana San Rafael Gutiérrez , Purificación Escobar García , Alicia Saelices Pallezo , Laura Rodríguez Paulí , Beatriz Longueira del Castillo , Rafaela Blanco Sánchez.</p>	<p>The aim of this paper is to analyze the emotional support received by parents with premature children admitted to NICUs.</p>	<p>A phenomenological qualitative study with an explanatory and interpretative approach was employed.</p>	<p>The findings are: 1) The experience and emotions of a premature delivery; showing sadness, guilt and despair, stress, anxiety, and uncertainty over the future of their child. 2) The emotional support received by the father/mother of the partner; discussion of how their partner is cared for, as well as the care given to the premature child and other children in the family; the stress that this causes them on not being able visit all at once. 3) The emotional support offered by the health professionals (doctors, nurses, etc.); parents indicate that they have received very strong support from the nurses, but also that they were not always asked about their feelings when in the NICU. 4) The informal emotional support of relatives and parents in the NICU. After talking with other support mothers, the mothers then felt less guilty.</p>

<p>Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions</p> <p>Authors:</p> <p>Chiara Ioni, Elonora Mascheroni, Caterina Colombo, Francesca Castoldi, Gianluca Lista</p>	<p>The aims of this study were to explore parents' stress levels and negative feelings after premature births and to identify the risk factors related to parents' stress and negative feelings during their children's neonatal intensive care unit (NICU) stay.</p>	<p>The study involved 43 mothers and 38 fathers of preterm infants. All participants filled out the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit and the Profile of Mood States.</p>	<p>The results revealed significant differences between mothers' and fathers' responses to preterm births in terms of both stress and negative feelings. We found that, for mothers, their own young age and the baby's need for respiratory support were significant predictors of stress; for fathers, their own young age and the baby's lower gestational age and worse condition at birth were significant predictors of stress and negative feelings. The NICU may be a stressful place both for mothers and fathers. Identifying which mothers and fathers are at risk immediately after their children are born could help to direct specific interventions that can reduce these parents' stress and prevent them from negative feelings.</p>
<p>The stress levels of parents of premature infants and related factors in Neonatal</p>	<p>The aim of this study is to determine the stress levels of parents</p>	<p>The study sample included 101 parents of premature babies in the NICU of a university hospital. Interviews were</p>	<p>When the stress levels of parents in the NICU were analyzed, it was found that their scores on the infant's appearance and behaviors subscale of the PSS:NICU reflected the highest</p>

<p>Intensive Care Units (2018)</p> <p>Authors: Burku Çekin, Türkan Turan</p>	<p>whose premature baby are hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU) and to determine the factors affecting their stress. T</p>	<p>conducted with the parents. Additionally, the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) was administered.</p>	<p>rate of stress. The mean score on the parental role alterations subscale was higher among mothers than fathers. Additionally, high stress levels were found among parents who had children other than their baby in the NICU, parents whose baby had a young gestation age and a low birthweight, parents whose baby was on a respiration device, and parents who had experienced a stressful event in the past year. The stress levels of parents whose premature baby was hospitalized in the NICU were also high. The family-centred approach is recommended to identify and meet all the needs of all such parents.</p>
<p>Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU (2017)</p> <p>Authors:</p>	<p>To synthesize and summarize evidence regarding the mental health of parents of</p>	<p>We examined the published research regarding the experiences of parents who have infants admitted to the NICU, the mental health problems that</p>	<p>Mental health issues are common in parents of infants in the NICU across diverse ethnocultural groups and countries. Parents report feelings of guilt and shame, high levels of stress, mood and anxiety symptoms, and the positive influence of specific</p>

<p>Ariane Thaise Frello Roquet, Gerri C Lasiuk, Vera Radünz, Kathleen Hegadoren</p>	<p>infants in the NICU.</p>	<p>parents may develop, the tools that have been used to identify such problems, and factors related to parental mental health.</p>	<p>coping strategies and social support. The ethnocultural meanings of these experience and thus nursing interventions may differ widely.</p>
<p>Assessing anxiety and depression in parents of preterm infants (2018)</p> <p>Authors: Paraskevi Alexopoulou, Eleni Evagelou, Chrysa Mpakoula- Tzoumaka, Eleni Kyritsi- Koukoulari</p>	<p>To measure state and trait anxiety, as well as depression, among parents of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units (NICUs).</p>	<p>A convenience sample of 200 parents of preterm infants (124 mothers and 76 fathers) hospitalized in two Greek pediatric hospital NICUs participated in the study.</p>	<p>Among the 200 participating parents, mothers (which constituted 62% of the total sample) experienced higher levels of state anxiety, trait anxiety and depression than the fathers ($p = 0.04$, $p < 0.001$ and $p = 0.001$, respectively). State anxiety scores were also higher in individuals aged ≥ 40 years ($p = 0.038$). Other factors that contributed to higher levels of state anxiety, trait anxiety and depression included being unemployed, living in rural areas and having complications during pregnancy.</p>