

BACHELOROPPGÅVE

Foreldre til dei små kjempene

Korleis kan sjukepleiar ivareta foreldre til premature barn?

av

Kandidatnummer 73

Therese Holme

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Innleveringsdato: 29. Mai 2015

Antal ord: 6991

Rettleiar: Sissel Hjelle Øygard



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

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva "Foreldra til dei små kjempene" i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

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

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

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

kandidatnummer 73, Therese Holme

JA X NEI

Samandrag

Tittel

Foreldra til dei små kjempene

Bakgrunn for val av tema

Årleg vert det fødd ca 4000 premature barn i Noreg (ca 7 %). Det er stort kjenslemessig å jobbe med premature barn; å sjå utviklinga til desse bitte små barna frå dag til dag. Nokre av desse barna kan ha fått varige skadar og vil i verste fall dø. Eg har sjølv fått eit barn som var lett prematurt og eg har hatt fordjupingspraksis på nyfødd intensiv avdeling. Eg har derfor erfart kor viktig det er at foreldra til premature barn vert godt ivaretekne i denne vanskelege tida medan det nyfødde og sårbare barnet vert teke hand om av framande helsepersonell.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar ivareta foreldre til premature barn?

Framgangsmåte

Dette er ein litteraturstudie med forskingsartiklar henta frå databasane Academic Search Premier, Medline og Cinahl. I tillegg forskning og anna relevant litteratur har eg med erfaringar frå praksis og egne personlege erfaringar for å belyse temaet.

Oppsummering

Foreldre som får premature barn er svært engstelege for tilstanden til barnet, og det tekniske miljøet på nyfødd intensiv avdeling er nytt og skremmande for foreldra. At barnet i tillegg vert teken hand om av framande helsepersonell og foreldra vert ståande hjelpelause på sidelinja, er svært stressande for foreldra. For å ivareta foreldra bør sjukepleiar fortløpande informere foreldra om tilstanden til barnet og kva behandling barnet får. Så snart barnet er stabilt bør foreldra få barnet ut på fanget der det kan ligge hud mot hud. Det er viktig at sjukepleiar let foreldra ta del i stell og mating, noko som gjev dei meistringsfølelse.

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Problemstilling.....	1
1.2 Avgrensingar	1
1.3 Oppgåva si oppbygging	1
2 Metode	3
2.1 Val av metode.....	3
2.2 Søke- og utvalsprosessen	3
2.3 Kjeldekritikk.....	3
3 Teori.....	5
3.1 Det premature barnet	5
3.2 Omsorg for premature barn	6
3.2.1 NIDCAP	7
3.3 Foreldra til det premature barnet	8
3.4 Pårørande sin plass i sjukepleien	8
3.5 Stress	8
3.6 Informasjon og kommunikasjon.....	9
3.7 Meistring	9
3.8 Kva seier forskning?.....	10
3.9 Lover og forskrifter	11
4 Drøfting.....	12
4.1 Redusere stress	12
4.2 Informasjon og kommunikasjon.....	13
4.3 Skape meistring	14
5 Konklusjon	17
Litteraturliste.....	18
Vedlegg	

1 Innleiing

Årleg vert det fødd ca 4000 premature barn i Noreg, som er ca 7 % av alle fødde barn (Prematurforeningen, udatert). Barn som vert fødd for tidleg, dvs. før utgangen av svangerskapsveke 37 vert kalla premature barn. Ordet prematur tyder umoden (NHI.no, 2011).

Det er stort kjenslemessig å jobbe med premature barn: det kjem bitte små barn til avdelinga som er totalt avhengig av hjelp frå pleiarane. Det å kunne følgje eit så lite barn frå innkost, sjå utviklinga dag for dag, og til slutt skrive det ut saman med foreldra er fantastisk. Nokre gongar kan barna ha fått varige skadar eller har sjukdommar, og i verste fall kan dei dø. Dette er sterke opplevingar for dei som arbeidar med slike små barn.

Foreldra til desse barna er ofte svært engstelege. Dei tenker på om barnet vil overleve, og om det vil ta skade på nokon måte. Og om barnet har smerter. Samstundes kjenner dei på eit enormt sagn å vere fråskilt sitt eige nyfødde og hjelpelause barn.

Eg har valt å skrive om premature barn og foreldra deira fordi eg sjølv har fått eit barn som var lett prematur, og eg er tante til to barn som vart fødde for tidleg. Dette er eit tema som eg er svært oppteken av personleg då eg har opplevd dette sjølv, i tillegg til at eg hadde fordjupingspraksis på ei barneavdeling der eg jobba med premature barn og foreldra deira.

1.1 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar ivareta foreldre til premature barn?

1.2 Avgrensingar

Eg har valt å konsentrere oppgåva om foreldre til premature barn i den tida barnet er innlagt på sjukehus. Eg vil ikkje ta med andre pårørande i oppgåva som sysken og besteforeldre. Eg har heller ikkje gått inn på det etiske spørsmålet om kor unge premature barn ein skal forsøke å redde.

1.3 Oppgåva si oppbygging

Oppgåva startar med ei innleiing der eg gjer greie for val av tema gjennom eit samfunns- og sjukepleiefagleg perspektiv, samt personlege erfaringar. Så presenterar eg problemstillinga og avgrensingar av oppgåva. I neste kapittel kjem det fram kva metode eg har brukt, korleis eg har gjennomført søke- og utvalsprosessen samt kjeldekritikk. I kapittel tre, som er teorikapitlet, presenterar eg det faglege grunnlaget for problemstillinga. Mot slutten av dette kapitlet presenterar eg dei fem forskingsartiklane som eg har valt å bruke i oppgåva. I neste kapittel drøftar eg problemstillinga opp mot teoriane og forskingsresultata som er presentert i teorikapitlet. Eg

trekk i tillegg inn egne erfaringar som eg har opplevd i praksis som sjukepleiarstudent og som mor til eit prematurt barn. I konklusjonen viser eg kva eg har funnet ut gjennom oppgåva. Eg har og lagt ved vedlegg som viser søkeprosessen, samt ein presentasjon av forskingsartiklane.

2 Metode

Metode er ein framgangsmåte ein brukar når ein vil undresøke noko, for å framskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007, s. 83). Eg vil i dette kapitlet gjere greie for kva metode eg har nytta i oppgåva, samt søke- og utvalsprosessen og kjeldekritikk.

2.1 Val av metode

Metoden eg har valt å bruke i denne oppgåva er litteraturstudie, det vil seie at materialet som eg brukar alt er studert og skrevet av andre forfattarar (Støren, 2013, s. 16). Eg meiner at denne metoden vil gje gode data, og på ein fagleg måte belyse spørsmålet mitt om korleis sjukepleiar kan ivareta foreldre til premature barn.

2.2 Søke- og utvalsprosessen

Eg starta med å søke i SveMed+ for å omsette sentrale norske ord til engelsk. Dei engelske søkeorda eg valte å bruke var premature, parents, neonatal intensive care unit, nursing og coping. Deretter søkte eg i databasen Academic Search Premier og haka av for Medline og Cinahl i tillegg. Eg avgrensa søka til å gjelde frå 2005 til 2015, då eg ville ha forskning av nyare dato. Eg søkte først på kvart enkelt av dei nemnde søkeorda, før eg sette dei saman i forskjellige kombinasjonar ved å bruke "Search with AND"-funksjonen, sjå vedlegg 1. Til slutt enda eg opp med fem artiklar som eg valde å bruke i oppgåva, sjå vedlegg 2.

I tillegg til dei fem forskingsartiklane har eg i hovudsak nytta fagbøkene *Nyfødtstjukepleie 1 og 2: Syke nyfødte og premature barn* av Tandberg og Steinnes, og *Når barnet er født for tidlig* av Saugstad. Desse fann eg på høgskulen sitt bibliotek. Eg har og brukt dokumenter og informasjon som eg har fått frå barneavdelinga på Førde Sentralsjukehus. Elles har eg brukt anna relevant litteratur som eg har funne på biblioteket på høgskulen og på internett. Eg nyttar og eigne erfaringar frå praksis i drøftinga.

2.3 Kjeldekritikk

For å vurdere om artiklane eg har funne er relevante og gode nok, har eg fyrst sett etter om dei er bygd opp etter IMRAD- prinsippet. Ein vitenskapelig artikkel skal innehalde ein Introduksjon der det kjem fram kvifor forfattaren vil gjere studien, ein **M**etodedel der det er beskrevet korleis studien er gjennomført og resultatata er analysert, **R**esultat av studien og (**A**nd) **D**iskusjon der forfattarane beskriv kva dei meiner resultatata betyr (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nodheim, & Reinart, 2012, s. 69). Eg har og nytta sjekklister for vurdering av artiklar som er presentert i *Jobb Kunnskapsbasert!* skrevet av Nordtvedt et al., 2012. Eg har i hovudsak svart på dei tre hovudspørsmåla i sjekklisene; 1. Er formålet med studien klart formulert? 2. Kan ein stole på resultatata? 3. Kva fortel resultatata?

Eg har valt ut tre artiklar om kvalitative studiar og to systematiske oversiktsartiklar. Alle desse fem artiklane er relevante for mi oppgåve då dei i hovudsak handlar om korleis foreldra opplever å ha barn innlagd på nyfødd intensiv avdeling, og kva sjukepleiarane kan gjere for å ivareta foreldra i denne perioden. At to av artiklane er systematiske oversiktsstudiar er ein styrke for oppgåva då desse ligg høgt oppe i S-pyramiden (Nortvedt et al., 2012 s. 44). Eg har og nytta nasjonale faglege retningslinjer som og ligg høgt oppe i denne pyramiden. Dess høgre oppe i denne pyramiden ein kjem dess meir kvalitetsvurdert, anvendelig og lettlest er forskinga (Nortvedt et al., 2012 s. 44). Eg har valt å bruke artiklar som er nyare enn 10 år for å få så ny og relevant forskning som mogeleg.

Eg har konsekvent gått etter nyaste utgåve av bøkene, då dette er eit fagområde som stadig er i utvikling. Så langt som råd er har eg nytta primærkjelder, men i nokre tilfeller har eg nytta sekundærkjelder då eg ikkje har fått tak primærkjelda. Dette kan ha ført til at teorien kan ha blitt omskriven og tolka feil.

Bøkene eg nyttar om premature barn vurderar eg som gode fagbøker då dei er å finne på høgskulen sitt bibliotek og på barneavdelinga på sjukehuset. Andre bøker eg brukar er pensumbøker frå tidlegare emne i studiet, og har dermed vorte godkjende gjennom fleire instansar.

3 Teori

I denne delen av oppgåva vil eg presentere det faglege grunnlaget for problemstillinga. Dette vil vere ulike teoriar og framstilling av relevante forskingsresultat.

3.1 Det premature barnet

Eit svangerskap varer i gjennomsnitt i 40 veker. Dersom barnet vert fødd før utgangen av 37 fullgådde veker er det prematurt. Prematurt betyr at barnet er umodent (Saugstad, 2009, s. 13). Dei viktigaste kjende faktorane for at fødselen startar for tidleg er bløding under graviditeten, stress og tungt kroppsarbeid, infeksjon hos kvinna, svak livmorhals, fleirlingar, tidleg vassavgang, misdanningar eller andre sjukdommar hos fosteret. Svangerskapsforgifting og høgt blodtrykk hos kvinna kan og føre til for tidleg fødsel. Likevel er årsaka til omtrent halvparten av prematurfødslane uklare (Saugstad, 2009, s. 17).

For barn som er fødte for tidleg går grensa for levedyktigheit ved 23-24 svangerskapsveker, det vil seie ei fødselsvekt på omtrent 600-700 gram (Grønseth & Markestad, 1998, s. 243). 80-90 % av dei levandefødde barna med fødselsvekt under 1000 gram eller svangerskapsalder under 28 veker overlever. Dei vanlegaste dødsårsakene er neonatalt åndenødssyndrom, hjerneblødingar og infeksjonar. Alvorlege funksjonshemmingar, som cerebral parese, blindheit og døvheit førekjem hos under 5 % av barna med svangerskapsalder på 28 veker, men aukar betydeleg for barn yngre enn 26 veker (Grønseth & Markestad, 1998, s. 243).

I følgje Saugstad (2009, s. 51) kan ein dele dei premature barna inn i tre grupper:

1. Lett premature, fødd mellom 32-36 svangerskapsveke. Desse barna får i dag svært sjeldan alvorlege problem. Unntaksvis kan dei ha så umodne lunger at dei treng hjelp til å puste. Som oftast er det nok å tilføre ekstra oksygen, men ein sjeldan gang trengst det respiratorbehandling. Det er ikkje uvanleg at desse barna har problem med å ete. Før 34-35 svangerskapsveker klarar dei ikkje alltid å suge, og må matast med sonde. Barna kan og ha problem med å halde kroppstemperauren oppe. Då må dei ligge ei stund i kuvøse, både for temperaturen si skuld, og for overvaking av hjerteaksjon og andedrett.
2. Moderat premature barn, med svangerskapslengde på 28-31 veker. Mange av desse barna har umodne lunger, og vil i den første tida trenge hjelp med pustinga med CPAP (continuous positive airway pressure) eller respirator.
3. Svært premature barn, med svangerskapslengde kortare enn 28 veker. Desse barna har nesten alltid umodne lunger og vil i dei aller fleste tilfeller trenge CPAP-behandling eller

respiratorbehandling. Jo mindre barna er, dess større er risikoen for at dei vert ramma av ein eller fleire sjukdommar eller skadar (Saugstad, 2009, ss. 51-52).

Premature barn kan ha mange medisinske utfordringar, noko som er forskjellig frå barn til barn, og kor premature dei er. Dei vanlegaste utfordringane hos premature barn er problem med lungene (Saugstad, 2009, s. 53). Premature manglar surfaktant på innsida av lungeblærene slik at desse vil klappe saman kvar gong barnet pustar ut. Andre lungeproblem kan vere bronkopulmonal dysplasi der lungene blir stive fordi det veks bindevev inn i lungeblærene. Pusteapnè grunna umodent pustesenter i hjernen er heller ikkje uvanleg (Saugstad, 2009, ss. 67-75).

I følge Saugstad (2009, ss. 24-25) kan ductus arterius kan vere ei anna utfordring. I fosterlivet er det morkaka som står for gassutvekslinga, og det går svært lite blod gjennom lungene. Blodet frå lungepulsåra vert pumpa direkte til aorta via ductus arterius. Normalt vil denne blodåre lukke seg raskt etter fødselen, men dette skjer ikkje alltid hos barn som er for tidleg fødde. Vidare er det fare for at premature barn kan få hjernebløding. I fosterlivet har ein eit område rundt hjernen sine ventriklar som er tett besett med blodårer. Desse blodårene er svært skjøre, og det skal lite til før dei brest. Dette blodåresystemet vert tilbakedanna ved om lag 35. svangerskapsveke. Det er kun eit mindretal av barna med slik hjernebløding som får varige mein (Saugstad, 2009, ss. 91-93).

Saugstad (2009) seier og at premature barn kan lett få infeksjonar grunna dårleg utvikla immunforsvar. Ein anna utfordring kan vere augeskade, prematuritets-retinopati, som kan føre til blindhet. Årsaka er ofte for mykje oksygen i kuvøsa, men kan og førekomme hos barn utan oksygentilførsel. Gulsott er heller ikkje uvanleg hos desse barna. Barnet blir fødd med eit høgt antal raude blodceller, og når desse vert nedbrotne vert det danna bilirubin, som er eit gult fargestoff. Barnet sin lever er umoden og har dermed ikkje kapasitet til å bryte ned alt bilirubinet. Gulsott vert behandla med lysterapi. Ei anna utfordring er at huda til premature barn er tynn og manglar det underliggande feittlaget. Premature barn er derfor svært utsett for varme- og væsketap. Fordi huda er så tynn vil den lett absorbere stoff som bli smurt på, og indre organ kan verte skadde. Huda vil og reagere kraftig på elektroodar og plaster (Saugstad, 2009, ss. 69-105).

Seinverknadar hos premature barn kan vere av eit vidt spekter; fysiske, nevrologiske, motoriske, atferdsmessige, psykiske og kognitive (Markestad & Halvorsen, 2007, s. 5).

3.2 Omsorg for premature barn

Å gje omsorg til premature barn er ei stor utfordring skriv Sandtrø (2009, s. 57). Spedbarn kan ikkje uttrykke sine følelsar og behov med ord, men ved hjelp av kroppsspråk. Kommunikasjonen

forvanskast ytterlegare hos eit prematurt barn ved at barnet ikkje reagerar på stimuli på same måte som fullborne friske barn gjere, og kommunikasjonen er svakare dess meir prematurt barnet er.

3.2.1 NIDCAP

For barnet betyr det å bli fødd for tidleg at det blir teke ut av livmora si beskyttande omgjevningar til ei ny verd fylt med stimuli som barnet ikkje har mogelegheit til å handtere i høve til sitt utviklingsnivå (Sandtrø, 2009, s. 57).

NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) vert gjerne oversett til Familiesentrert og utviklingstilpassa neonatalomsorg, og vart utvikla av psykolog Heidelise Als ved universitetet Harvard i Boston (Ingulfsvann & Mørkved, 2008, s. 5). NIDCAP er ein omsorgsmodell som gjev premature barn og foreldra deira den omsorga dei har behov for ut i frå eit heilskapleg menneskesyn som går ut på at kvar enkelt menneske er unikt og har sine spesielle behov (Sandtrø, 2009, s. 57). Dette inneber blant anna at stimuliane blir tilpassa barnet sitt utviklingsnivå, til dømes ved å gjere miljøet rundt barnet mest mogeleg likt miljøet i livmora.

Ingulfsvann og Mørkved (2008, s. 14) seier at sjukepleiarane bør legge til rette for eit utviklingstilpassa miljø for barnet. Ein bør dekke til kuvøsa slik at barnet får sove i lengre periodar, og dekke til auga til barnet ved stell og prosedyrar slik at ikkje barnet får sterkt lys direkte i auga. Ein bør og skilje mellom dag og natt med variasjon i lys-, lyd- og aktivitetsnivå slik at barnet får ein døgnrytme. Vidare bør ein dempa lyd og støynivå då høg lyd kan forårsake stress hos barnet. Hørselsorganet utviklar seg tidleg i fosterstadiet. Synsinstrykka bør og reduserast, då mange synsinstrykk hindrar det premature barnet å slappe av. Unngå derfor å legge mange fargerike ting i kuvøsa. Vidare seier Ingulfsvann og Mørkved (2008, s. 18) at barnet bør ligge godt innpakka i eit slags reir, slik at det blir mest mogeleg likt miljøet inne i livmora. Barnet føler seg tryggare når det får god støtte rundt kroppen. Ved berøring bør ein halde godt rundt barnet, og ikkje stryke eller vogge barnet då det får unødig mykje stimuli. La barnet få hudkontakt, gjerne ligge i lengre periodar hud mot hud på mor eller far sitt bryst. Dette vert kalla kengurumetoden. Då vil barnet høyre kroppsllydar som er velkjende frå fosterlivet. Ein bør og beskytte barnet mot sterke lukter. La gjerne barnet få eit tøyestykke som mor har bert inntil kroppen, såkalla ammeklut, slik at barnet kan kjenne lukta av mor (Ingulfsvann & Mørkved, 2008, ss. 14-19).

Medan barna er innlagt i ei nyføddeavdeling er det haldepunkt for at stressreduserande tiltak som NIDCAP kan føre til noko raskare vektauke, tidlegare avslutting av sondeernæring, tidlegare utskrivning til heimen og mogelegheits noko betre generell funksjon dei første åra (Markestad & Halvorsen, 2007, s. 29).

3.3 Foreldra til det premature barnet

Foreldre til premature barn har i følge Sandtrø (2009, s. 75) andre behov for støtte og omsorg enn foreldre til friske fullborne barn. Når ein får eit barn til termin er ein både psykisk, hormonelt, følelsesmessig og praktisk forberedt. For foreldre til premature barn har desse naturlege førebuingane vorte avbrotne. Ved for tidleg fødsel kan foreldra vere i sjokk og gjerne må takle kjensler som skuffelse og skuld over å ikkje kunne fullføre svangerskapet. I tillegg kjem redselen for barnet si helse, og at det kanskje ikkje vil overleve.

Når eit for tidleg fødd barn vert lagt inn på nyfødd intensiv avdeling, møter foreldra ei ukjend verd med mange fagpersonar og forskjellig høgteknologisk utstyr som kan verke skremmande (Tandberg, 2009, s. 224). Tidlegare livserfaringar og barnet sin situasjon har betydning for korleis ei innlegging vert tolka og opplevd av foreldra.

3.4 Pårørnde sin plass i sjukepleia

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringar med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i desse erfaringene” (Travelbee, 2001, s. 29).

Allereie i definisjonen av sjukepleie trekk Joyce Travelbee inn at sjukepleiaren ikkje berre skal hjelpe pasienten, men og familien. Den sjuke er medlem av familien, og det som skjer med den eine i familien vil og innverke på dei andre. Indirekte vil sjukepleiaren vere til hjelp for familien ved å gje pasienten god og kompetent sjukepleie. Meir direkte bør sjukepleiaren gå inn for å bli kjend med pasienten sin familie, ho bør vise oppmerksomheit, snakke og lytte til familiemedlemmane. Sjukepleiaren bør vere tilgjengeleg når pårørnde ønskjer å drøfte sjukepleia til den sjuke. Familien kan vere hos den sjuke heilet døgnet i veker eller månader. Under slike forhold kan dei pårørnde ofte bli fysisk utmatta og kjenslemessig tappa. Det vil bety mykje for dei pårørnde at sjukepleiaren viser at ho forstår kva påkjenningar dei går gjennom. Ho kan i tillegg gjere dei små velgjerdingane som tek lita tid, men som betyr så mykje for mottakaren, som å hente ein kopp kaffi, noko lesestoff eller ei god pute i stolen (Travelbee, 2001, ss. 259-260).

I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* er det eit eige kapittel, kapittel 3, som handlar om sjukepleiaren og pårørnde. Der står det blant anna at sjukepleiaren skal vise respekt og omtanke for pårørnde (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.5 Stress

Benner og Wrubel definerar stress som eit samanbrot av meining, forståing og ubesværa funksjon, som fører til at personen vert skadd, opplever tap eller står ovanfor ei utfordring. Situasjonen

inneber sorg, behov for fortolking eller tileigning av nye ferdigheiter (gjengjeve av Kristoffersen, 2011, s. 263).

Å få eit for tidlig født barn inneber ofte større grad av stress og usikkerheit omkring foreldrerolla i nyfødd- og spedbarnsperioden enn når ein får eit fullbårent barn (Markestad & Halvorsen, 2007, s. 34). Studien til Turan, Basbakkal og Özbek (2008) viste at foreldre opplevde eit svært høgt stressnivå då dei premature barna var innlagd på nyfødd intensiv avdeling. Det fysiske miljøet med alarmer, maskiner, slangar og kuvøser er enormt stressande for foreldra.

3.6 Informasjon og kommunikasjon

Informasjon er opplysing eller viten som vert formidla ved hjelp av ulike formar for kommunikasjon mellom menneske (Store Norske Leksikon, 2009). I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* kapittel 3.1 står det at sjukepleiar skal bidra til at pårørande sin rett til informasjon vert ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 9).

Ordet kommunikasjon stammar frå det latinske verbet *communicare*, og betyr å gjere noko felles (Røkenes & Hanssen, 2002, ss. 41-42). Når vi kommuniserar "med-delar" vi oss til kvarandre, vi delar meiningar, opplevingar og vi gjer fleire sider ved oss sjølve felles. I samtale med ein annan person kan vi kan vi utvide opplevingsfellesskapet slik at vi forstå meir av korleis den andre personen opplever ting, korleis han tenker, og kva han føler. Travelbee (2001, s. 137) seier at kommunikasjon er ein gjensidig prosess. Det er den prosessen sjukepleiaren brukar for å søke og gje informasjon, og det middelet pasienten eller hans pårørande brukar for å få hjelp. Sjukepleiaren formidlar omsorg for den ho har ansvaret for gjennom kommunikasjon, som regel non-verbalt; det vil seie gjennom blikket eller måten ho utfører tenestene på.

På dei fleste nyfødd intensiv avdelingar vert det medan barnet er innlagt gjennomført samspeletalar med visse mellomrom, og i følgje Moss et al. (2007, ss. 10-11) er dei faglege prinsippa frå NIDCAP som er basiskunnskap for desse samtalane. Her er fokuset samhandling mellom foreldre og barnet, samt ein felles vurdering av barnets tilstand. Samtidig vil foreldra få anledning til å drøfte eventuelle bekymringar for barnet.

3.7 Meistring

Lazarus og Folkman definerar meistring som personen sin vekslende kognitive og åtferdsmessige anstrengelsar for å handtere stress eller utfordrande situasjonar (gjengjeve av Thorsen, 2010, s. 65).

For å støtte opp under tilliten foreldra har til eiga foreldrekompetanse seier Moss, Hval, Hellerud og Dikkanen (2007, s. 7) at det viktig å ta utgangspunkt i foreldra sine eigne oppfatningar av barnet sitt

og behova barnet har. Dersom pleiaren opptre som "den som veit alt", kan ein lett auke foreldra si usikkerheit og undergrave deira eiga tillit til at dei kan vere gode nok foreldre til barnet sitt. I tillegg til å støtte foreldra si oppleving av meistring må personalet korrigere og rettleie foreldra når det gjeld stell og omsorg for det premature barnet (Moss et al., s.8).

3.8 Kva seier forskning?

Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit (Turan, Basbakkal, & Özbek, 2008) er ein randomisert kontrollert studie som har som mål å avgjere effekten av stressreducerande sjukepleie til foreldre til premature barn på nyfødd intensiv avdeling. Konklusjonen i denne studien er at foreldra opplevde svært høgt stressnivå då barna var innlagd på nyfødd intensiv avdeling. Det fysiske miljøet med alarmer, maskiner, slangar og kuvøser er enormt stressande for foreldra.

The Parental Experience of Having an Infant in Newborn Intensive Care Unit (Obeidat, Bond, & Callister, 2009) er ein systematisk oversiktsstudie der hensikta er å utforske og beskrive korleis foreldre opplevde det å ha eit barn på nyfødd intensiv avdeling. Funna i denne studien er blant anna at foreldre med barn på nyfødd intensiv avdeling ofte lir av stress, angst, depresjon og tap av kontroll. Det foreldra opplevde som mest stressande var når barna hadde smerter.

Artikkelen ***Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support*** (Smith, Steelfisher, Salhi og Shen, 2012) bygger på ein kvalitativ studie der hensikta er å undersøke kva foreldra gjer for å meistre opphaldet, samt erfaringar dei har frå nyfødd intensiv avdeling. Foreldra i denne studien brukte følgjande meistringsstrategiar: delta i omsorga for barnet, komme seg vekk frå avdelinga, samle informasjon, involvering av familie og vener og skape kontakt med andre foreldre på avdelinga. Det personalet kan gjere for at foreldra skal kjenne meistringsfølelse, er å tilrettelege slik at foreldre kan delta i omsorga, dokumentere barnet sin framgang, vise hengivenheit for barnet, gje nøyaktig informasjon og kople foreldra med andre familiar med liknande situasjonar.

I artikkelen ***Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support*** som bygger på ein kvalitativ studie, skriv forfattarane Whittingham, Boyd, Sanders og Colditz (2013) at foreldra må takle stress som er forårsaka av sjukehusinnlegging av barna deira; oppleving av institusjonalisering, manglande førebuing til overgangen til å vere foreldre, sorg, isolasjon frå barnet sitt og redsle for utviklingsvanskar hos barnet.

A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones, & Taylor,

2011) er ein systematisk oversiktsstudie som omhandlar 72 artiklar frå studiar hovudsakleg gjort i USA. Formålet med denne oversiktsstudien var å identifisere og kartlegge effektiv intervensjon for å kommunisere med, støtte og gje informasjon til foreldre med premature barn. Konklusjonen er at betre kommunikasjon mellom helsepersonell og foreldre lindra foreldra si stresskjensle gjennom alle stadia på foreldra si reise gjennom tida på nyfødtafdelinga. Kommunikasjon og informasjon gav og færre urealistiske bekymringar og mindre usikkerheit rundt den medisinske tilstanden til barnet .

3.9 Lover og forskrifter

Sosial- og helsedirektoratet har utforma retningslinjer for å sikre god kvalitet ved oppfølging av for tidleg fødde barn; *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Formålet med desse retningslinjene er å sikre god kvalitet ved oppfølging av for tidlig fødde barn (Markestad & Halvorsen, 2007, s. 5). Ved behandling av for tidlig fødde barn i nyfødtafdelinga bør det leggast vekt på tiltak som reduserer stress hos barnet ved å skjerme det mot unødvendig lys, lyd, smerte og uro. Vidare i retningslinjene vert det lagt vekt på å støtte opp om foreldra si utøving av omsorg til barnet slik at dei vert så trygge som mulig i omsorgsutøvinga. Dette kan gjerast ved at bekymringane og usikkerheita deira vert møtt med relevant kartlegging av barnet og familien sine behov. Foreldra må haldast informert om barnet sin tilstand. Dei må ta aktivt del i pleia, lære å forstå barnet sin individualitet og tolke barnet sine signal og behov (Markestad & Halvorsen, 2007, ss. 5-10)

I følge *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* § 6 har barnet rett til å ha minst ein av foreldra hos seg under institusjonsopphaldet, og ved alvorleg eller livstruande sjukdom skal begge foreldra vere med. Personalet pliktar og å avklare med foreldra kva for oppgåver foreldra ynskjer og kan utføre medan dei er hos barnet (*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*, 2000).

I helsepersonellova (1999) § 4 står det blant anna at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp. Kva som reknast som fagleg forsvarleg er stadig i endring etter kvart som det kjem nyare forskning. Eit eksempel er innføring av NIDCAP-prinsippa. Tidlegare låg dei nyfødde pasientane i senger og kuvøser under full belysning heile døgeret, med høge lydar, og alle fekk stell og mat til same tider. Dette vert ikkje lenger rekna som fagleg forsvarleg sjukepleie til nyfødde (Korsvold, 2009, s. 29).

I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* kapittel 2.3 står det at sjukepleiaren skal ivareta den enkelte pasient sitt behov for heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8).

4 Drøfting

Å få eit prematurt barn inneber at den normale prosessen i å forberede seg kjenslemessig til å bli foreldre plutsleg vert avbroten (Ingulfsvann & Mørkved, 2008, s. 6). Foreldra har ikkje rokke å forberede seg psykologisk på det nye barnet sin ankomst. Kontrasten mellom det store og friske barnet som foreldra har drøymd om og det barnet som ein har blitt foreldre til, er ofte stor. Kvinner som føder for tidleg har ofte skyldfølelse fordi svangerskapet blei avbrote og barnet ikkje fekk den optimale starten på livet. Møtet mellom mor og barn blir kort og fylt med redsel. Barnet blir flytta til nyfødte intensiv avdeling, og foreldra må møte sitt nyfødde barn der. Det tekniske miljøet er skremmande, og mange foreldre føler seg stressa og redde for barnet sitt. Mange foreldre synast det er vanskeleg å bli mamma og pappa "for open scene" (Ingulfsvann & Mørkved, 2008, s. 6).

I dette kapittelet skal eg drøfte korleis sjukepleiar kan ivareta foreldre til premature barn ved å redusere deira kjensle av stress ved å informere og kommuniserer med foreldra, samt å la foreldra ta del i stell og omsorg av barnet for å gje dei meistringsfølelse.

4.1 Redusere stress

Tandberg (2009, s. 224) seier at når eit nyfødd prematurt barn vert lagd inn på nyfødde intensiv avdeling møter foreldra ei ukjend verd med mange forskjellige fagpersonar og høgteknologisk utstyr som kan verke stressande på foreldra. Ho seier og at mange av mødrene til premature barn kan ha symptom på posttraumatisk stress i lang tid etter fødselen. Likeins seier Turan et al. (2007) i studien sin at det er ekstemt stressande for foreldre å ha sine nyfødde premature barn innlagt på nyfødde intensiv avdeling. Foreldra har mista kontrollen på grunn av ukjent miljø. Det fysiske miljøet med alarmer, maskiner, slangar og kuvøser er enormt stressande. Verst for foreldra var at dei følte tap av den forventa og ønska foreldrerolla. Turan et al. (2007) konkluderar med at dersom foreldra skal få redusert stressnivået har foreldra behov for støttande sjukepleie; sjukepleiaren bør vere saman med foreldra den første tida dei er på avdelinga, dei bør forklare barnet sin tilstand, svare på spørsmål, gje foreldra tillit ved å støtte dei kjenslemessig og oppmuntre dei til å vere hos barnet og røre ved det. I studien til Smith et al. (2012) kjem det fram at når foreldra fekk vere i same rom som barnet fekk dei sjå progresjon i utviklinga, noko som igjen førte til at bekymringa om barnet si helse vart redusert.

Også studien til Whittingham et al. (2013) viser at foreldra opplevde det svært stressande at barnet vart lagt inn på nyfødde intensiv avdeling. Spesielt mangelen på førebuinga til å bli foreldre, det å bli verande på sjukehus, sorg og isolasjon førte til ein svært stressande periode for foreldra. Likeins viser oversiktsstudien til Obeidat et al. (2009) at mødrene blei stressa og frustrerte då dei vart separerte frå dei nyfødde barna sine. Dei følte sagn, usikkerheit og var bekymra for barnet si helse. Dette var noko eg som mor sjølv erfarte då det var tydeleg at det kom til å bli for tidleg fødsel. Den største

bekymringa var sjølvstekt korleis det kom til å gå med barnet, men det neste var redselen for at eg ikkje fekk vere hos mitt nyfødde barn etter fødselen, då eg som mor følte det var i denne tida barnet trengde meg mest. Eg var heller ikkje klar for at fødselen skulle skje så raskt, verken mentalt eller praktisk.

Sist men ikkje minst, viser studien til Obeidat et al. (2009) at det mest stressande for foreldra var når barna hadde smerter. Foreldra følte manglande evne til å beskytte barna mot smerter og å trøste dei når dei hadde smerter. Når barna vart smertelindra hadde mødrene det betre. Eg har erfart at i enkelte tilfeller kan sjukepleiaren la foreldra vere med å bidra til å trøste og smertelindre barna sine. Ved til dømes nedlegging av sonde, ultralydundersøking og blodprøvetaking kan foreldra vere med å gje barnet sukkervatn via sprøyte, og å holde rundt barnet. I følgje Skaug (2009, s. 277) gjev sukkervatn og det å bli halden rundt god smertelindring.

4.2 Informasjon og kommunikasjon

Saugstad (2009, s. 155) seier at stikkord for å ivareta foreldra er openheit, kontakt og informasjon. Personalet bør fortløpande, eller så snart som råd snakke med foreldra og fortelje kva tilstand barnet er i, og kva behandling barnet får. Pleiarane bør snakke med foreldra fleire gonger dagleg når det fell seg naturleg, i tillegg til formelle samtalar ein gong i veka. I ein kritisk fase treng foreldra kanskje fleire samtalar kvar dag, medan i ein stabil fase der barnet legg godt på seg, treng dei færre samtalar. Vidare seier Saugstad (2009, s. 155) at nokre foreldre er litt tilbakehaldne og redde for å mase på personalet. Det er derfor viktig at personalet tek initiativ, slik at alle foreldre får tilbod om samtalar.

I studien til Turan et al. (2007) kjem det fram at det er viktig at sjukepleiaren informerar foreldra om behandlingar og prosedyrar som barnet må gjennomgå. Ein må og forklare kvifor ein brukar medisinteknisk utstyr og korleis det verkar. Vidare kjem det fram at det er ein fordel at foreldra får informasjon om avdelinga, rutinar og korleis dei behandlar premature barn, før barnet vert lagt inn på nyfødd intensiv, i dei fleste tilfelle før fødselen. Denne informasjonen bør og vere skriftleg. I følgje Brett et al. (2011) og Saugstad (2009, s. 154) bør far og mor, dersom ho er i stand til det, få omvising på avdelinga før fødselen. Foreldra får dermed sett korleis det ser ut på avdelinga, angsten og sjokket vil bli mindre, og foreldra vil føle seg tryggare. På avdelinga der eg hadde fordjupingspraksis fekk foreldra slik omvising dersom det var tid før fødselen. Avdelinga hadde og informasjonsskriv som sjukepleiarane delte ut. Eg erfarte at desse tiltaka gjorde godt for foreldra, då dei vart tryggare på kva som skulle skje med barna etter fødselen. Dei fekk og helse på nokre av sjukepleiarane og eventuelt lege viss han/ho var tilstades. Foreldra følte seg dermed velkommen i avdelinga, og det vart lettare for dei at det var nokon dei hadde møtt som skulle ta vare på barnet deira.

I studien til Smith et al. (2012) var foreldra takksame når sjukepleiarane la informasjonen til rette for deira emosjonelle behov og tekniske ferdigheiter, og det var viktig for dei at det vart gjeven lik informasjon frå ulike helsearbeidarar. Nokre foreldre i denne studien føretrakk dessutan å få teknisk og kompleks informasjon av lege.

I studien til Whittingham et al. (2013) kom det fram at foreldra ønskjer meir informasjon om barna si utvikling og at dei er redde for utviklinga til barnet. Brett et al. (2011) fann i sin oversiktsstudie ut at diskusjonar mellom helsepersonell og foreldre rundt progresjonen hos barna resulterte i færre urealistiske bekymringar, mindre usikkerheit angående den medisinske tilstanden til barnet, mindre konflikhtar og større tilfredsheit med hensyn til å ta felles avgjersler. Vidare oppfatta foreldra at den mest effektive kommunikasjonen med sjukepleiarar var når sjukepleiarane stilte spørsmål og oppmuntra foreldra og til å stille spørsmål, og at sjukepleiarane og foreldre kommuniserte som likeverdige partnarar i omsorga for barnet. På den andre sida oppfatta foreldra det som ineffektiv kommunikasjon når informasjonen ikkje var konsekvent, når personalet ikkje sjekka om foreldra hadde forstått informasjonen og når det ikkje var rom for spørsmål.

På avdelinga der eg hadde praksis vart det gjennomført samspelsamtalar med visse mellomrom, og eg erfarte at det var godt for foreldra å vite at det var sett av tid spesielt til dei, slik at dei følte seg ivaretatt. Foreldra sette og stor pris på at vi informerte dei om kva prosedyrar og undersøkingar barnet deira skulle gjennom, og resultatata av desse. Eg fekk inntrykk av at dette skapte tillit, og foreldra stolte på at vi alltid var ærlege om tilstanden til barnet.

4.3 Skape meistring

Saugstad (2009, s. 33) skriv at ved dei fleste nyfødde intensiv avdelingar i Noreg får barnet nokre få primærsjukepleiarar som i hovudsak skal ha ansvaret for barnet, slik at barnet og foreldra ikkje skal ha for mange pleiarar å forhalde seg til. Desse sjukepleiarane blir dermed godt kjend med både barnet og foreldra. Slik vert det lettare å skape eit menneske til menneske forhold som Travelbee (2014, s. 171) meiner er ein viktig del av sjukepleia. Ved å danne eit menneske til menneske forhold skapar sjukepleiaren tryggleik, tillit og meistring hos foreldra og barnet.

Ingulfsvann og Mørkved (2008, s. 6) meiner at foreldra vert sikrare i foreldrerolla når dei veit at dei er viktige for barnet sitt allereie frå byrjinga. Dei kan halde hendene roleg rundt barnet i kuvøsa trass tuber, slangar og leidningar, og tidleg ta del i stell av barnet. Sjukepleiaren er til stades og kan gje foreldra rettleiing og støtte undervegs, slik at dei kan føle seg trygge i samhandling med barnet sitt. Vidare seier Ingulfsvann og Mørkved (2008, s. 6) at foreldra startar med ulik bakgrunn og erfaring, og derfor bør oppfølginga av kvar enkelt familie vere individuell.

I følge Steinnes (2009, s. 53) har det premature barnet eit grunnleggande behov for hudkontakt med foreldra sine. I intensivfasen kan dette behovet ivaretakast ved at foreldra held varme og rolege hender rundt barnet inne i kuvøsa. Så snart barnet er stabilt, bør det komme ut på mor eller far sitt bryst der det ligg hud mot hud. Dette blir kalla kengurumetoden, og fører i følge Steinnes (2009, s. 54) til redusert stress hos foreldra og barnet, og betre tilknytingsprosess. Brett et al. (2011) skriv at i studiane som dei har gjennomgått kjem det fram at mødrene føretrekk kengurumetoden hovudsakleg fordi dei fekk ha barnet hos seg. Vidare beskriv dei at kengurumetoden reduserar mora sin angst rundt tilstanden til barnet, gjev mora auka følelse av å strekke til som mor og å bli betre kjend med barnet og signala som barnet gjev. Foreldre fekk følelsen av at barna trengte dei, auka tilhøyrighet og betydeleg betre foreldre-barn samspel. Dette førte til betre humør og ein lettare kvardag. Obeidat et al. (2009) fann og ut i sin studie at mødrene hadde behov for å ha nærheit og tilhøyrighet til sitt nyfødde barn. Når desse behova var oppfylgt, blei mødrene meir ansvarlege, trygge og fortrulege med sine skjøre spedbarn. At foreldra fekk auka tryggleik rundt omsorga for barnet sitt kunne føre til betre utfall hos barnet, og liggetida på avdelinga vart redusert (Brett et al., 2011; Saugstad 2009, s. 160).

Eg opplevde i praksis at det var stort for foreldra når dei fekk barnet ut av kuvøsa og opp på fanget. Dei fekk nærheit til barnet, og kunne kose med og ta vare på sitt eige barn. I desse stundene medan barnet låg på foreldre sitt bryst, gjerne fleire timar av gangen, gav foreldra uttrykk for at dei var ein ordentleg familie.

I *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* vert det lagt vekt på at helsepersonell skal støtte opp om foreldra si utøving av omsorg til barnet, slik at dei vert så trygge som mulig i omsorgsutøvinga (Markestad & Halvorsen, 2007, s. 5). Obeidat et al. (2009) kom i sin studie fram til at familiesentrert støtte er viktig. Her må foreldra vere ein deltakande part i stell og omsorg av barnet, og sjukepleiarane må hjelpe dei til å etablere eit støttande og kjærleg forhold til barnet. I studien til Smith et al. (2012) deltok nesten alle foreldra i omsorga for barnet som ein meistringsstrategi. I stellesituasjonar oppnådde foreldra ferdigheiter som gjorde at dei vart betre kjende med barnet sitt, og dei vart tryggare i sine roller som foreldre.

Av den grunn er det viktig at foreldra får lov til å vere med å stelle barnet sitt. I byrjinga kan far eller mor byte bleie på barnet medan det ligg i kuvøsa, og etter kvart på stellebordet. Temperaturmålingar og mating via sonde kan foreldra gjere. Å få bade barnet sitt er stort for dei nybakte foreldra. Eg opplevde fleire gonger at mødrene ville at vi skulle vente med bading til fedrane kom seinare på dag, då dei mente dette var viktig for pappaen å ta del i. Foreldra fekk stor meistringsfølelse av å kunne bade sitt skjøre og nyfødde barn.

Ei mor som eg vart godt kjend med medan eg var i praksis sa: *"I byrjinga var han ikkje heilt vår. Men etter nokre dagar, når vi fekk lov å vere med å stelle han, då var han vår."* Dette sitatet meiner eg viser kor viktig det er at foreldra er med å stelle og å ha omsorg for barnet sitt. Det er viktig for samspelet mellom foreldra og barnet, og gjev foreldra ein følelse av meistring.

Moss et al. (2007, s. 9) seier at ved å gripe fatt i situasjonar som oppstår i den daglege pleia kan sjukepleiar demonstrere barnet si evne til å oppfatte syns- og hørselsinntrykk, vise korleis barnet søker med auga eller snur på hovudet for å sjå mor sitt ansikt når ho flyttar på seg. Å utløyse barnet sitt beredskap for imitere våre ansiktsuttrykk gjere ofte eit stort inntrykk på foreldra. Foreldra blir dermed klar over barnet sine sosiale ferdigheiter, og får ei forståing for at barnet synast det er spennande å utforske og bli kjende med foreldra. Vidare seier Moss et al. (2007, s. 9) at foreldre etter kvart vil erfare at deira barn er unikt med sine særeigne måtar å reagere på, og foreldre vil få ei oppfatning av kva barna likar og ikkje likar. Foreldra blir dermed berte kjend med barnet sitt, samspelet mellom foreldre og barn blir styrka, og foreldra får ei auka kjensle av meistring.

For mange av foreldra som tilbringer mykje tid på avdelinga skapar det eit indirekte stress då dei gjerne har eldre barn heime som dei ikkje får ta seg av. Dersom dei forlot avdelinga i periodar bar dei på bekymring for det nyfødde barnet og anger på at dei hadde reist (Smith et al., 2012). Samtidig var det å komme seg vekk frå avdelinga ein meistringstrategi; dei fekk pause frå avdelinga i ein periode og kunne fokusere på andre ting. Her kan sjukepleiaren bidra med å vise at det premature barnet er i trygge hender på avdelinga, slik at foreldra kan reise frå avdelinga når dei har behov for det. Måtar sjukepleiar kan vise dette på er å ta seg god tid til det einskilde barnet. Det eg har sett gjer mest inntrykk på foreldra er at pleiaren set og kosar med barnet på fanget når dei kjem tilbake til avdelinga.

I følgje Smith et al. (2012) var ein annan måte å meistre situasjonen på å komme i kontakt med andre foreldre på avdelinga. Brett et al. (2010) har og komt fram til at foreldra føretrakk å bli kopla til eit miljø der dei kan møte andre foreldre i same situasjon som kan støtte kvarandre. Her kan sjukepleiarane vere til hjelp for å kople kontakt med andre foreldre som og ynskjer kontakt. Dei kan og informere om at i Noreg har vi ein organisasjon som heiter Prematurforeningen, der foreldra kan få informasjon og eventuelt komme i kontakt med familiar i liknande situasjonar.

5 Konklusjon

I denne oppgåva har eg teke for meg korleis sjukepleiar kan ivareta foreldre til premature barn medan barnet er innlagd på sjukehus. Å få eit for tidleg fødd barn opplevast ofte som svært stressande for foreldra. Dei er gjerne ikkje kjenslemessig og praktisk klar når fødselen skjer for tidleg. Felles for alle desse foreldra er usikkerheita om korleis det vil gå med barnet deira. At barnet vert lagd inn på nyfødd intensiv avdeling er ei skremmande oppleving for foreldra; det er ei ukjend verd med alarmer, maskiner, slangar og kuvøser. Foreldra må overlate det premature barnet til framande menneske som skal ta seg av det, medan dei sjølve vert ståande hjelpelause på sidelinja.

For å ivareta foreldre til premature barn, må sjukepleiar først og fremst informere foreldra. Sjukepleiar må informere om tilstanden til barnet, kva behandling barnet får, kva funksjon utstyret har, og om rutinar på avdelinga. Sjukepleiar må og kommunisere med foreldra om deira behov, og kva dei treng støtte til. Sjukepleiar må vise at ho er der også for foreldra. Små ting som å hente ein kopp kaffi, ei ekstra pute til lenestolen og å vise emosjonell støtte betyr enormt mykje for foreldra.

For at foreldra skal oppleve meistring i ein slik situasjon, må dei få ta del i stell og omsorg for barnet. Hudkontakt er viktig for både barnet og foreldra. Dersom barnet er ustabil, kan foreldra halde rundt barnet medan det ligg i kuvøsa. Så snart barnet er stabilt, bør det få komme ut på mor eller far sitt bryst og ligge hud mot hud. Foreldra må få ta aktivt del i stellet ved å skifte bleier, ta temperaturmålingar, bade barnet og mate det via sonde. Foreldra får ei kjensle av meistring når dei vert kjende med barnet sitt og dei vert dermed tryggare i foreldrerolla.

Mi erfaring er at dagens praksis bidreg til at foreldra til premature barn vert godt ivaretekne medan barna er innlagde på nyfødd intensiv avdeling. Gjennom arbeidet med oppgåva såg eg at forskning og litteratur støttar opp under dagens praksis, og at dei tiltaka sjukepleiarane utfører er med på å ivareta foreldra til premature barn.

Litteraturliste

- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. I *BMJ Open*. 2011;1:e000023 doi: 10.1136/bmjopen-2010-000023.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (1998). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Ingulfsvann, E. M., & Mørkved, M. (2008). *Familiesentrert og utviklingstilpasset omsorg ved hjelp av NIDCAP*. Barneavdelingen, BUK. Nyfødt Intensiv, Universitetssykehuset i Nord-Norge.
- Korsvold, L. (2009). Jus og nyfødtsykepleie. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (ss. 28-37). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (ss. 207-280). (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markestad, T., & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Moss, N., Hval, M., Hellerud, A., & Dikkanen, K. (2007). *Samspillveileder: Nyfødt Intensiv*. Drammen: Sykehuset Buskerud.
- NHI.no. (2011). *For tidlig fødsel - prematuritet*. Henta 7. april 2015 frå Foreldre og barn: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/for-tidlig-fodsels-prematuritet-2880.html?page=all>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nodheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribes AS.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. I *The Journal of Perinatal Education*. 18(3), 23-29, doi: 10.1624/105812409X461199.
- Prematurforeningen. (Udatert). *Fakta om premature*. Henta 17. april 2015 frå <http://www.prematurforeningen.no/node/19>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller breste*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtisykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (ss. 57-79). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus forlag.
- Skaug, V. (2009). Smertefysiologi. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtisykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (ss. 259-283). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Smith, V. C., Steelfisher, G. K., Salhi, C., & Shen, L. Y. (2012). Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and view of staff support. I *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 26(4), 343-352 doi: 10.1097/JPN.0b013e318270ffe5.
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtisykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (ss. 27-56). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Store Norske Leksikon. (2009). Henta 10. april 2015 frå <https://snl.no/informasjon>
- Støren, I. (2013). *Bare søk*. (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtisykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (ss. 224-243). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thorsen, K. (2010). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie. Omsorg til den gamle pasienten* (ss. 57-68). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Turan, T., Basbakkal, Z., & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. | *Journal of Clinical Nursing*. 17, 2856-2866. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x.

Whittingham, K., Boyd, R. N., Sanders, M. R., & Colditz, P. (2013). Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support. | *J Child Fam Stud*. (2014) 23:1050-1061 doi: 10.1007/s10826-013-9762-x.

Vedlegg 1: Litteratursøk

Søkedato	Søkeord	Antal treff	Kva eg gjorde med treffa	Resultat
09.04.2015	1 premature	109 900		
09.04.2015	2 parents	257 283		
09.04.2015	3 neonatal intensive care unit	20 312		
09.04.2015	4 nursing	1 313 434		
09.04.2015	5 coping	63 076		
09.04.2015	1+2+3	436		
09.04.2015	1+2+3+4	143	Las 4 artiklar og brukte 2 i oppgåva	Turan et al. og Obeidat et al.
10.04.2015	1+2+5	16	Las 1 artikkel og brukte den	Smith et al.
12.04.2015	1+2+3+5	16	Las 2 artiklar og brukte begge i oppgåva	Whittingham et al. og Brett et al.

Nokre av artiklane kom fram ved fleire søkekombinasjonar, men for ordens skyld har eg kun ført dei opp ein gang.

Vedlegg 2: Presentasjon av forskingsartiklar for å belyse tema:

Metode			Resultat	
Tittel/forfattar(e) /årstal:	Studiede sign:	Innhald:	Funn:	Møgelege drøftingsområde i bacheloroppgåva:
<p>Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit.</p> <p>Forfattarar: Turan, Basbakkal og Özbek.</p> <p>2007</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>RCT-studie</p>	<p>Mål: Avgjere effekten av stressreducerande sjukepleie til foreldre til premature barn på nyfødd intensiv avdeling.</p> <p>Undersøkelingsgruppa på 20 foreldrepar fekk 30 min. undervising om premature barn, rutiner i avd., utstyr, ernæring og vekt, behandling og medisinar, samt ekstra oppfølging i tida barnet var innlagd på avdelinga. Kontrollgruppa på 20 foreldrepar fekk ikkje noko ekstra utover standard rutinar.</p>	<p>Foreldra i forsøksgruppa scora lavare på stress enn foreldrepara i kontrollgruppa.</p> <p>Familiesentrert sjukepleie er svært viktig. Det gjev effekt å forberede foreldra med skriftleg informasjon når barnet vert innlagd på nyfødd intensiv avd. som informerar om avdelinga og korleis barnet vert fylgt opp.</p> <p>Det er behov for støttande sjukepleie, som å vere saman med foreldra fyrste tida, forklare barnet sin tilstand, svare på spørsmål, gje tillit ved å støtte foreldra følelsesmessig, oppmuntre foreldra til å vere hos barnet og berøre det, samt å informere om behandling og prosedyrar, og kvifor ein brukar det forskjellige utstyret.</p>	<p>Informasjon</p> <p>Støtte til foreldra</p>

<p>The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit.</p> <p>Forfattarar: Obeidat, Bond og Callister.</p> <p>2009</p>	<p>Litteratur studie, kvalitativ Review</p>	<p>Hensikt: Utforske og beskrive korleis foreldre opplevde det å ha eit barn på nyfødd intensiv avd.</p> <p>Metode: Litteratursøk av 14 kvalitative studiar frå 1998-2008.</p>	<p>Funna viste at foreldra hadde depresjon, angst, stress og tap av kontroll, og dei vingla mellom følelsar av inkludering og ekskludering ang. helsetenester til sine nyfødde. Mødrene vart frustrerte og opplevde sagn då dei vart separerte frå barna sine, og dei følte manglande evne til å beskytte barna sine mot smerte og gje smertebehandling. Dei følte seg hjelpelause, usikre og var bekymra ang. barnet sitt utfall.</p> <p>Sjuepleieintervensjonar som fremmar positive psykososiale utfall er nødvendige for å redusere foreldra sine følelsar av stress, angst tap av kontroll. Intervensjonen må fokusere på familiesentrert og støttande behandling.</p>	<p>Informasjon</p> <p>Kommunikasjon</p> <p>Foreldra kan vere nær og berøre barnet, og vere med å stelle barnet når det er stabilt.</p>
---	---	--	---	--

<p>Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents` strategies and views of staff support.</p> <p>Forfattarar Smith, Steelfisher, Salhi og Shen</p> <p>2012</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Hensikt: Undersøke kva foreldra gjer for å meistre opphaldet samt erfaringar dei har frå nyfødte intensiv avd. Bruk av meistringsstrategiar og korleis ansatte kan støtte foreldra.</p> <p>Semistrukturerte intervju med 29 foreldre (20 mødre og 9 fedre). 100 opne spørsmål. Kvalitativ analyse av intervju.</p>	<p>Funn: Foreldra brukte følgjande meistringsstrategiar: delta i omsorga for barnet, komme vekk frå avdelinga, samle informasjon, involvering av familie og vener, kontakt med andre foreldre på avd.</p> <p>Personalet kan tilrettelege slik at foreldre kan delta i omsorga, dokumentere barnet sin framgang, vise hengivenheit for barnet, gje nøyaktig informasjon og kople foreldra med andre familiar med liknande tilstandar</p>	<p>Tilrettelegge for at foreldre kan delta i omsorga</p> <p>Informasjon</p> <p>Kople kontakt med andre familiar</p>
---	--------------------------	---	---	---

<p>Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Perferences for Support</p> <p>Forfattarar: Whittingham, Boyd, Sanders og Colditz</p> <p>2013</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Mål 1: Identifisere korleis det er å vere foreldre til svært premature barn.</p> <p>Mål 2: Vurdere behov for støtte</p> <p>18 foreldre til svært premature barn deltok.</p>	<p>Funn: Foreldre må takle stress som er forårsaka av sjukehusinnlegginga; oppleving av institusjonalisering, manglande forbereding til overgangen til å vere foreldre, sorg, isolasjon, redd for utviklingsvanskar.</p> <p>Foreldre uttrykte at det er behov for foreldrestøtte som er skreddarsydde for foreldre til premature barn, følsame ovanfor den følelsesmessige konteksten av å ha fått eit prematurt barn, fleksible foreldrebehov og styrke mestring og ekteskapelege behov.</p>	<p>Redusere stress</p> <p>Styrke meistring</p> <p>La foreldre vere nær barnet, og få stelle barnet når det er stabilt.</p>
--	--------------------------	--	---	--

<p>A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants.</p> <p>Forfattarar: Brett, Staniszewska, Newburn, Jones og Taylor.</p> <p>2011</p>	<p>Systematisk oversikts studie</p>	<p>Mål: Identifisere og kartlegge effektiv intervensjon for å kommunisere med, støtte og gje informasjon til foreldre med premature barn.</p> <p>Studien omhandla 72 artiklar frå studiar som hovudsakleg var frå USA.</p>	<p>Funn: Foreldre rapporterte følelsesmessig støtte gjennom individuelle utviklingsprogram, gjennom informasjon og undervising, amming og kenguru-omsorg. Dei følte seg og støtta ved å bli kopla til eit miljø der foreldre i liknande situasjon kan møtast og utveksle erfaringar.</p> <p>Studien framhevar viktigheita av å oppmuntre og involvere foreldre i omsorga for deira premature barn medan dei er innlagd på nyfødd intensiv avdeling.</p>	<p>Mogelege drøftingsområde:</p> <p>Kommunikasjon og informasjon</p> <p>La foreldre ta del i omsorga, kengurumetoden og amming</p> <p>Kopla til andre foreldre i liknande situasjonar</p>
---	---	--	---	---