

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

*Hvordan sykepleier kan styrke tilknytningen mellom foreldre og premature barn innlagt på
nyfødt intensiv.*

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Åtgård, 11.05.2021



*Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som
eksempeloppgave på studiet*

Sammendrag

Bakgrunn

Utvikling innenfor nyfødtmedisinen har vært enorm de siste 10 årene. Det fødes nesten 4000 premature spedbarn i Norge hvert år. Sannsynligheten for å overleve ved for tidlig fødsel har økt betraktelig. Etter å ha jobbet på en nyfødt intensiv avdeling i noen måneder er jeg nysgjerrig på hvordan det oppleves for foreldre å skulle skape bånd med det premature spedbarnet på en nyfødt intensiv avdeling.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan styrke tilknytningen mellom foreldre og premature barn innlagt på nyfødt intensiv.

Metode

Jeg har benyttet en integrativ litteraturoversikt som metode for å belyse hensikten min. Jeg har analysert tre vitenskapelige artikler. Resultatene fra disse, relevant pensum, selvvalgt faglitteratur og egne refleksjoner er brukt for å gi en besvarelse på denne oppgaven.

Resultater

Resultatene viser at foreldre trenger god informasjon om det premature spedbarnets helsetilstand, og rutiner på nyfødt intensiv avdelingen. Sykepleier kan legge til rette for at foreldre får styrket sine positive følelser gjennom trygghet, støtte og empati. Etter hvert som foreldre mestrer å ta mer og mer ansvar for barnet sitt kan sykepleier oppmuntre dem til det, og gjøre seg tilgjengelig for veiledning når foreldre har behov for det. Autonomi, medbestemmelse og deltakelse i det som angår barnet er viktig for å styrke sin foreldreidentitet. Den viktigste faktoren for å fremme tilknytningsprosessen mellom barnet og foreldrene var fysisk kontakt, da særlig hud mot hud kontakt.

Nøkkelord: preterm infant, infant bonding, attachement, interaction, nurse, NICU and parents.

Innholdsfortegnelse

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMFORMULERING	6
1.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 PREMATURITET.....	7
2.2 TILKNYTNINGSTEORI	7
2.3 KENGURUMETODEN	9
2.4 OMSORGSTEORI	9
2.5 KRISETEORI.....	10
2.6 FORELDRES BEHOV FOR KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON	11
2.7 FAMILIEORIENTERT OMSORG OG NIDCAP – MODELLEN	12
3.0 METODE	13
3.1 HVA ER METODE?	13
3.2 INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT	14
3.3 LITTERATURSØK	14
3.3.1 Valg av databaser	14
3.3.2 Valg av søkestrategier og avgrensinger.....	14
3.3.3 Valg av søkeord.....	15
3.3.4 Valg av artikler.....	15
3.4 ANALYSE AV ARTIKLER	17
4.0 RESULTATER	18
4.1 INFORMASJON OG KUNNSKAP	18
4.1.1 Forstå rutiner og arbeidsmiljø på NI	18
4.1.2 Informasjon om barnets helsetilstand	19
4.2 STYRKE POSITIVE FØLELSER.....	20
4.2.1 Trygghet/støtte/empati og veiledning.....	20
4.3 BYGGE FORELDREIDENTITET	21
4.3.1 Autonomi, medbestemmelse og delaktighet	21
4.3.2 Dele erfaringer med andre foreldre	22
4.4 FYSISK KONTAKT	22
4.4.1 Hud mot hud	23
4.4.2 Amming/mating/stell	24
5.1 METODEDISKUSJON.....	25
5.1.1 Land og arena for studiene	25
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	25
5.1.3 Studienes informanter	26
5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode.....	26
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	27
5.2 RESULTATDISKUSJON	28
5.2.1. Informasjon og kunnskap.....	28
5.2.2. Styrke positive følelser	30
5.2.3. Bygge foreldreidentitet	31
5.2.4 Fysisk kontakt.....	32
5.2.5 Konklusjon.....	33
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	34

LITTERATURLISTE.....	35
VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER	38
ARTIKKEL 1.....	38
ARTIKKEL 2.....	39
ARTIKKEL 3.....	40

1.0 INNLEDNING

En av de største hendelsene i livet er for mange det å bli foreldre. For de aller fleste er fødsel en flott opplevelse og barseltiden en lykkelig tid. Dessverre er det noen som får en tøffere start på dette nye livet enn andre.

Vanligvis varer et svangerskap i ca. 40 uker. Fødsel før 37 fullgatte svangerskapsuker defineres som for tidlig fødsel. De siste tiårene er sannsynligheten for å overleve økt betydelig ved for tidlig fødsel (Markestad og Halvorsen, 2007, s.17).

Bedre teknologi og enorme medisinske fremskritt er noe av årsakene til det. Nyfødtsykepleie som fag vokser frem og utvikles i takt med de medisinske fremskrittene. På en nyfødt intensiv avdeling er det en mengde avansert teknisk utstyr og det utøves komplisert medisinsk behandling. Det som rammer syke, sårbare små barn rammer også familien som helhet. En av utfordringene til helsepersonell i nyfødtsykepleie er at en må ha et familieorientert perspektiv der en må møte det nyfødte barnet og familiens behov (Steinnes, 2009, s.12).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Høsten 2020 startet jeg i en studentstilling på en nyfødt intensiv avdeling.

Jeg ble godt mottatt og trivdes umiddelbart på denne avdelingen. Allikevel, som 3-barns mor, undret jeg meg over hvordan det oppleves for foreldre å komme her for første gang.

På avdelingen er det ofte høyt tempo, mange spedbarn, foreldre, sykepleiere og leger. Det er maskiner med masse ledninger som piper i ett sett, sterkt lys og mye støy.

Jeg kan bare forestille meg det havet av følelser som må trigges i dette ukjente miljøet. Alt fra glede, lettelse og håp til sorg, frustrasjon og frykt for at noe skal gå galt.

Jeg undrer meg over hvordan foreldre føler seg ivaretatt oppi alt dette. Hva gjør en innleggelse på nyfødt intensiv med relasjonen mellom foreldre og det nyfødte barnet?

I løpet av studiet har vi hatt forholdsvis lite undervisning i pediatri, og da spesielt den aller minste pasientgruppen vi har, nemlig de premature barna.

Derfor ønsker jeg å lære mer om denne pasientgruppen, foreldrene deres og hvordan denne tøffe starten på livet påvirker tilknytningsprosessen dem imellom.

1.2 Problemformulering

Jeg ønsker å se nærmere på hvordan det oppleves for foreldre å komme på en nyfødt intensiv avdeling. Hvordan deres erfaringer preger deres tilknytningsprosess med det lille, premature spedbarnet. Jeg ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan lette denne prosessen på en god og hensiktsfull måte.

Grunnet oppgavens omfang og tidsbegrensning vil jeg ikke gå nevneverdig inn på medisinske tilstander, viktigheten av amming, ammeveiledning og smertebehandling. Dette er store viktige elementer i nyfødt sykepleien som jeg har valgt å ikke gå dypere inn i, da jeg fokuserer på tilknytningsprosessen mellom foreldre og det premature barnet.

Problemstillingen lyder som følger;

Hvordan kan sykepleier legge til rette for tilknytning mellom foreldre og det premature barnet som er innlagt på nyfødt intensiv?

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan styrke tilknytningen mellom foreldre og premature barn innlagt på nyfødt intensiv.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Prematuritet

Ifølge Stensvold (2017) fødes det nesten 4000 premature barn i Norge hvert år. Fødes barnet før uke 37 blir det regnet som prematur. De aller fleste barna er lett til moderat premature. 400 av barna regnes som ekstremt premature, der fødsel skjer mellom uke 22 og 27 av svangerskapet. I Norge gir en vanligvis aktiv, livreddende behandling av spedbarn som er født fra uke 23, men uke 22-24 er en gråsoner. I tilfellene der barnet er på grensen til hva som vil kunne være levedyktig, er det vanskelig å skille mellom når en skal tilby eller avstå aktiv behandling. Risiko for alvorlig funksjonshemming øker dess mer umodent barnet er ved fødsel. (Stensvold, 2017)

Saugstad (2009, s.13) sier at ordet prematurt stammer fra latin, «pre» betyr før og «matur» betyr moden. Prematurt betyr altså at barnet er født før det er modent. Hvorfor dette skjer vet man relativt lite om, selv om det er forsket på i flere tiår. Noen kjente og viktige faktorer er klarlagt og disse er blødning under graviditeten, stress, svangerskapsforgiftning, tungt kroppsarbeid, svak livmorhals, infeksjoner hos mor og foster, flerlinger, tidlig vannavgang og arv (Saugstad, 2009, s. 17). Et normalt svangerskap varer vanligvis mellom 37-42 uker, der gjennomsnittet ligger på 40 uker. Det finnes flere grader av for tidlig fødte barn, og det kan være hensiktsmessig å dele dem inn i tre grupper. Lett premature barn, født mellom uke 32-36, moderat premature barn, født mellom uke 28-31, og ekstremt premature barn, født før uke 28. (Saugstad, 2009, s.52)

2.2 Tilknytningsteori

Tilknytningsteorien legger vekt på den beskyttende funksjonen foreldre har til barnet sitt, og deres evne til å være sensitive i sin omsorg. Det legger videre grunnlaget for dannelsen av barnets emosjonelle bånd til foreldrene. Dersom den tidlige kontakten blir begrenset, eller hvis barnet gir så svake signaler at foreldre har vansker med å respondere på disse, vil samspillet og den emosjonelle kontakten mellom foreldre og barn bli vanskeligere. (Ravn, 2009, s.251)

Ifølge Eide & Eide (2007, s.143) er tilknytningsteorien utviklet av John Bowlby et forsøk på å forklare de varige båndene vi knytter til nære personer.

«Bowlby bygget sin teori på et bredt materiale både av biologisk forskning, eksperimentelle studier med mennesker og kliniske observasjoner» (Eide og Eide, 2007, s. 143).

Bowlby refererer til to hovedtyper av tilknytningsmønster, «trygg tilknytning» og «utrygg tilknytning». Trygg tilknytningsatferd utvikles de første leveårene i kommunikasjon med foreldre som er trygge, sensitive overfor barnas signaler, tilgjengelige og omsorgsfulle når barna trenger dem for trøst og støtte (Eide og Eide, 2007, s.145).

Bowlby (1988, s.35) hevder at nøkkelbegrepet i tilknytningsteorien er adferds system.

Tilknytningsadferd er enhver form for adferd der en person oppnår eller opprettholder kontakt med et individ som oppfattes til å være i bedre stand til å klare seg i verden.

Ettersom denne adferden fremtrer hos praktisk talt alle mennesker, betraktes den som en integrert del av menneskets natur og noe vi har til felles med medlemmer av andre arter.

Tilknytningens biologiske funksjon er beskyttelse, og tilknytning har sin egne, indre motivasjon. Bowlby (1988, s.37) sier at et meget betydningsfullt fenomen er den friske nyfødtes iboende evne til å inngå i en elementær form for sosialt samspill, og den alminnelige følsomme mors iboende evne til å ta vellykket del i det. Kommunikasjonen mellom spedbarn og mor foregår utelukkende gjennom emosjonelt uttrykk og ledsagende atferd. Selv om språket senere supplerer det emosjonelle uttrykket, blir det allikevel et vesentlig trekk ved nære forhold hele livet.

Evnen til å skape nære emosjonelle bånd til andre individer sees på som et vesentlig trekk ved effektiv personlighetsfunksjon og god psykisk helse (Bowlby, 1988, s.135).

Psykolog Gro Brean sier at «Svangerskapet og den første tiden med babyen er fylt med mange små øyeblikk som til sammen skaper en mor» (Bendiksen & Brean, 2009, s.57).

Bendiksen og Brean (2009, s.58) hevder at tilknytningsprosessen mellom mor og spedbarn starter tidlig i graviditeten. De sier videre at prosessen fortsetter etter fødselen, og alt etter hvordan omsorgspersonen regulerer behov som sult, trøst og søvn, utvikler barnet forventninger til hvordan det er å være sammen. Tilknytning dreier seg om det affektive båndet som dannes mellom barn og primære omsorgspersoner. Forskning viser til at trygg tilknytning fremmer god utvikling sosialt, emosjonelt og kognitivt (Bendiksen & Brean, 2009, s. 59).

2.3 Kengurumetoden

Ifølge Steinnes (2009, s.53) ble kengurumetoden innført på et sykehus i Colombia i 1978. Hovedsakelig var grunnen til det mangel på kuvøser og fulle avdelinger. Metoden gikk ut på at barnet skulle ligge hud mot hud på mors bryst, 24 timer i døgnet. Denne metoden fikk overraskende gode resultater og har blitt forsket mye på i ettertid. Det viste seg at å ta i bruk denne metoden gav mange positive effekter, for både mor og barn. Det premature barnet fikk mer stabil temperatur, bedre vektøkning, ble ammet lenger og det reduserte stress hos mor og barn. Andre positive fordeler var bedret tilknytningsprosess og bedret kognitiv utvikling. I den vestlige verden vil kengurumetoden i utgangspunktet være supplerende til annet utstyr og medisinsk kompetanse. Allikevel vil metoden kunne føre til en humanisering av nyfødtsomsorgen. Foreldre blir tidlig delaktige i barnets omsorg, noe som vil styrke deres foreldrerolle, samt deres opplevelse av mestring (Steinnes, 2009, s.54). Videre sier Steinnes, (2009, s.55) at metoden har fordeler på kortere og lengre sikt. Metoden innebærer at barnet ligger på brystet til en av omsorgspersonene, kun iført bleie hud mot hud. Barnet vil oppleve omsorg og trygghet fra sine foreldre, noe som medfører fysiologisk stabilitet. Puls synker, respirasjonen stabiliseres og barnet får mindre apneer og bedre temperaturregulering. Barnet vil kunne få lengre perioder med dyp søvn som resulterer i energisparing og bedre vekst. På lengre sikt vil denne hud mot hud kontakten øke melkeproduksjonen hos mor, og dermed også mestringsfølelsen hennes. Ammeforekomsten blir hyppigere når barnet ligger ved mors bryst over lengre tid. Kengurumetoden gir mulighet for å bli bedre kjent med spedbarnet sitt og foreldre får en bedre forutsetning til å kunne tolke signalene barnet gir. Dette vil fremme tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn. Videre vil disse fordelene kunne føre til tidligere hjemreise (Steinnes, 2009, s.55).

2.4 Omsorgsteori

Kari Martinsen har utviklet sin omsorgsfilosofi gjennom et langt forfatterskap. Hun legger stor vekt på grunnleggende verdier og har vært inspirert av en rekke filosofer i sitt arbeid (Kristoffersen, 2016, s. 53). Martinsen (1989, s.14) sier at omsorg er forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, og følelsen av å stå andre nær. Hun hevder at omsorg er et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Den moralske siden har med livsførsel å gjøre, det handler om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet

(Martinsen, 1989, s.17). Yrkesmessig omsorg består av en relasjon der den ene er forpliktet til å hjelpe den andre og gjøre det som trengs i situasjonen. For å få til dette må sykepleier engasjere seg og vise interesse for pasienten og sette seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen,2016 s. 60). «... å forsøke å fortolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne», sier Kari Martinsen (sitert i Kristoffersen, 2016, s.60). Sammen med observasjoner og kliniske intervensjoner er den relasjonelle og moralske delen av sykepleien grunnsteiner i nyfødtsykepleie (Tandberg, 2009, s.14).

2.5 Kriseteori

Tandberg (2009, s.224) sier at flere studier viser til at foreldre til et prematurt, sykt barn går gjennom en krisereaksjon i forhold til fødsel og barseltid. Følelser som hjelpeløshet, mangel på kontroll, angsttanker og manglende matlyst er normalt. Videre er det normalt med ambivalente følelser overfor barnet som bidrar til skam og skyldfølelse. Det er mye som spiller inn på i hvilken grad krisereaksjonene rammer familiens medlemmer, og de vil kunne gå ut og inn i ulike faser i kriseforløpet til ulike tider. Det avhenger også av hvor forberedt og informerte foreldrene er på en mulig innleggelse før fødselen og alvorlighetsgraden av barnets situasjon. I Skandinavia har Johan Cullbergs kriseteori vært mye brukt av helsepersonell. Han beskriver livet som en kontinuerlig prosess der de ulike livsfasene avløser og påvirker hverandre. Hans teori beskriver fire faser i en kriseprosess. Disse fasene er sjokk-, reaksjon-, bearbeiding- og nyorienteringsfasen. Teorien har blitt oppfattet som at en fase etterfølges av den neste. Noe av kritikken til teorien hans handler om at mennesker stort sett går frem og tilbake mellom de ulike fasene (Tandberg, 2009, s.224-225). Hillgaard, Keiser og Ravn har bygget på teorien til Cullberg og utviklet sin egen. De legger vekt på at det er store forskjeller på hva som utløser en krise hos den enkelte, og at helsepersonell må være bevisste på det. De sier at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom hvor sykt barnet er og foreldrenes fortvilelse. Definisjonen deres av akutt krise legger vekt på at det oppstår noe i et menneskes liv der det blir stilt overfor perspektiver det ikke har opplevd før. De hevder at en krise er utløst av en ytre begivenhet og der personen som rammes opplever tap eller trussel om tap. Det kan oppstå voldsomme, motstridende følelser og en mister evne til problemløsning. (Tandberg, 2009, s.226)

Cullberg (2008, s.113) hevder at enhver sykehusinnleggelse fører til mer eller mindre integritetskrenking og oppgivelse av egen autonomi. Fra man kommer til institusjonen mister man en rekke ting som bidrar til å skape følelsen av personlig sosial identitet.

2.6 Foreldres behov for kommunikasjon og informasjon

Eide og Eide (2007, s. 18) skiller mellom profesjonell, hjelpende kommunikasjon, og den kommunikasjonen vi har i dagliglivet. Profesjonell kommunikasjon er den kommunikasjonen en bruker i sitt yrke, i denne sammenheng vår yrkesrolle som sykepleier. Den har et helsefaglig formål, og det er at den skal være faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre. «Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon på en måte som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at pasienter og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig» (Eide og Eide, 2007, s. 20).

Eide og Eide (2007, s.42) sier at foruten informasjon om sykdom og behandling er det også viktig å informere om praktiske ting. Informasjonen bør være så fullstendig som mulig, bidra til å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig og gis i et språk som er forståelig for vedkommende.

Tandberg (2009, s.230) legger stor vekt på at familiene en møter på i en nyfødt intensiv avdeling har to behov knyttet til kommunikasjonen. Det første er kognitive behov knyttet til å få informasjon og kunnskap. Dette for å gi størst mulig grad av opplevelse av kontroll over situasjonen. Det andre behovet er affektive behov som vil si å bli tatt på alvor med de følelser man har. Foreldre har krav på nøyaktig og pålitelig informasjon om det som angår deres barn og behandlingsalternativer en står ovenfor. Informasjonen skal gis på foreldrenes premisser, og det er viktig å etablere en fast struktur med faste systemer på hvordan dette gjøres. Å hjelpe familien med å få dekket affektive behov dreier seg om å møte hvert familiemedlem der de er, og gi rom for at de kan få utløp for følelsene sine. Tandberg (2009, s. 232) påpeker at helsepersonell ikke kan fjerne foreldrenes smerte, men at spørsmålet er i hvilken grad vi kan klare å hjelpe dem gjennom prosessen. «Alle inntrykk må få et uttrykk!» (Tandberg, 2009, s. 228). Det er viktig at foreldrene får anledning til å snakke ut om det de har opplevd. Sykepleier kan signalisere at foreldrene er viktige, i kraft av seg selv og i forhold til barnet, ved å sette fokus på deres opplevelser. Det er viktig at sykepleier er aktivt lyttende uten å bli rådgivende. For å få en god relasjon til foreldrene er det viktig å opparbeide seg tillit

(Tandberg, 2009, s.232). Mye verdifull kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre foregår ofte spontant ved barnets seng. En tar da ofte utgangspunkt i barnets behov der og da. Denne form for kommunikasjon er ikke egnet for samtaler om foreldrenes behov for hjelp og støtte. Det er viktig at det er prosedyrer for samtaler med foreldrene der fokuset er på deres opplevelser og erfaringer, ikke bare informasjon om barnets tilstand (Tandberg, 2009, s. 228). I *faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* er ett av tiltakene før hjemreise fra en nyfødtintensivavdeling at foreldrene skal bli trygge i sin omsorgsutøvelse av barnet. De skal holdes informert om barnets tilstand, ta aktivt del i pleien og lære å tolke barnets signaler og behov. Før hjemreise bør foreldrene få anledning til refleksjon og opplæring om hva de kan forvente seg den nærmeste tiden og senere. Videre sier forfatterne at sykepleiere i nyfødtavdelinger bør ha kompetanse i samspillsveiledning (Markestad & Halvorsen, 2007, s.10).

2.7 Familieorientert omsorg og NIDCAP – modellen

Saugstad (2009, s.148) hevder at det nyfødte barnet og den nærmeste familien har blitt selve kjernen i og utgangspunktet for all behandling. Rollene har endret seg på nyfødtintensivavdelingene de siste årene. Det er mye mer fokus på at foreldre og barnet skal knytte seg til hverandre. Foreldrene skal gradvis ta mer og mer over ansvaret for stell av barnet etter hvert som det blir bedre. Foreldre har gått fra å være tilskuere i barnets liv, til å bli den viktigste pleieren av barnet. Pleiepersonalet har dermed blitt mer som en støttespiller og ser til at barnet hele tiden får best mulig pleie og behandling. Videre sier Saugstad (2009, s. 149) at miljøet skal tilpasses barnets behov, og omsorg for hele familien er en viktig del av personalets oppgave.

På 80-tallet utviklet psykolog Heidelise Als omsorgsmodellen NIDCAP som har fokus på «utviklingstilpasset familiefokusert neonatalomsorg». Modellen går ut på å tolke premature barns atferd. Dette for å kunne gi dem individuell tilpasset omsorg ut ifra deres modenhetsnivå og sårbarhet (Sandtrø, 2009, s. 60). NIDCAP modellen har fire grunnleggende prinsipper. Den første er at omsorgen skal være relasjonsbasert, der en fokuserer på den relasjonen omsorgsgiver bygger opp med barnet. Det andre prinsippet handler om barets signaler, og hvordan man skal forstå og observere disse. Det tredje prinsippet innebærer individuell omsorg og det fjerde prinsippet går ut på at omsorgen skal være familiebasert. (Sandtrø, 2009, s.61)

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Auberts, i Dalland, 2020, s.53).

Når en skriver en akademisk tekst, eksempelvis bacheloroppgave, må en følge bestemte kriterier for hvordan en går frem for å finne ny kunnskap. Arbeidet skal komme tydelig og systematisk frem i form av detaljert beskrivelse av hvordan en har gått frem og hva en har gjort for å svare på problemstilling og hensikt i oppgaven. Leseren skal ut fra metodekapittelet få en god forståelse for oppbyggingen av oppgaven og de tanker og refleksjoner som ligger bak valgene som er tatt. Ut ifra dette skal leseren kunne tolke hvor troverdig resultater og funn i oppgaven er.

Ifølge Dalland (2020, s.54) må en bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjonen for at det skal være metodisk i vitenskapelig forstand. Dette stiller krav til oss om ærlighet, sannhet og å tenke og systematisere våre tanker. Han sier videre at dette er allmenngyldige krav til enhver metode. Vi trenger ulike metoder for å få frem ny kunnskap og til å etterprøve om påstandene er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2020, s.53).

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder, eller en kombinasjon av disse, når vi skal innhente data til vitenskapelig arbeid. Metodene kan brukes på ulike måter, og hvilken metode en velger, er avhengig av hvilken problemformulering en tar sikte på å besvare.

«De kvantitative metodene har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter. (...) De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland, 2020, s.54). I min oppgave ser jeg det mest hensiktsmessig å bruke artikler som baserer seg på kvalitativ metode. Kvalitativ metode går i dybden og får frem det som er spesielt, eventuelt avvikende. Intervju preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner er vanlig (Dalland, 2020, s.55).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Febe Friberg (2017, s.141) forklarer at en litteraturoversikt handler om å finne ut hva som finnes av eksisterende kunnskap innen et visst sykepleierelatert område. Da får man en oppfatning av hva som studeres og en må også ta stilling til andre aspekter, eksempelvis hvilke metoder som er brukt og hvordan dette diskuteres. En skiller mellom allmenn og integrativ litteraturoversikt, og uavhengig av hvilken oversikt man velger, må man gjennom de samme trinnene i analysearbeidet (Friberg, 2017, s.148). Friberg (2017, s.150) tar utgangspunkt i Whittemore og Knafl (2005) sin beskrivelse av prosessen. Den starter med datareduksjon fra hver artikkel der en velger ut det som samsvarer med egen hensikt eller problemstilling. Deretter lager man en oversikt over all dataen gjennom en oversiktstabell og sammenligner. I en allmenn litteraturoversikt vil en deretter gjøre en beskrivende presentasjon, der man ikke gjør en syntese av resultatene. Friberg (2017, s.150) sier at en går et steg videre om en ønsker å gjøre en integrativ oversikt. Det innebærer at en også trekker konklusjoner og bekrefter hvordan dataen henger sammen. «...fokus är riktat mot att syntetisera resultaten från de olika studierna till det som kan benämnas «en ny helhet»» (Friberg, 2017,s.150).

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av databaser

Jeg gjorde systematiske søk i databaser som er tilgjengelig via søketjenesten Oria i biblioteket ved Universitet i Stavanger. Søkene ble gjort i databasene SweMed+, CINAHL og PubMed. Disse databasene har jeg erfaring med fra tidligere oppgaveinnleveringer i studiet. Databasene er relevante for sykepleiefaget og inneholder vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag.

3.3.2 Valg av søkestrategier og avgrensinger

Mine kriterier var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, da jeg ønsket å få et utvalg av den nyeste forskningen innenfor valgt fagfelt. Det vil si at artiklene skulle være publiserte mellom år 2011-2021. Artiklene skulle være fagfelleverderte, forskningsartikler og fremstå med full tekst.

3.3.3 Valg av søkeord

Jeg anvendte søkeord på engelsk og disse var som følger: preterm infant, infant bonding, attachment, interaction, nurse, NICU og parents. Jeg søkte både med ordene alene og i kombinasjon med hverandre.

I databasen CINAHL søkte jeg på ordet preterm infant og fikk da opp 2305 treff. Jeg observerte i min søkeprosess at infant bonding var et nøkkelord som gikk mye igjen i artikler som så interessante ut for min oppgave. Derfor søkte jeg med kombinasjonsordet «and» og ordet infant bonding, noe som gav 73 treff. Jeg avgrenset søket med en tidsramme fra 2011 – 2021 og var nede i 42 treff. Videre avgrenset jeg søket mitt med at det skulle være fagfelleverderte artikler og fremstå i full tekst. Da kom det opp 27 treff og jeg valgte ut fra disse artikler nummer 1, 8 og 15.

3.3.4 Valg av artikler

Jeg foretok et raskt overblikk over alle artiklene som kom opp ved ulike søk og søkestrategier. Først leste jeg selve overskriften på artikkelen. Mange av artiklene omhandlet helt andre hensikter enn det jeg var på utkikk etter. Jeg stod til slutt igjen med 14 artikler som jeg leste gjennom sammendraget på. Dette kaller Friberg (2017, s.146) for et helikopterperspektiv, der en leser sammendraget fra de studiene som ble resultatet fra litteratursøket for å få en helhetlig tilnærming. Videre sier hun at dette arbeidet kjennetegnes av åpenhet og kreativitet, men at sammendraget må leses med kritiske øyne over hva man egentlig er ute etter (Friberg, 2017, s. 146).

Jeg plukket ut tre artikler som alle hadde IMRAD oppbygging. Disse vurderte jeg ut ifra krav til metode. Jeg mente at resultatene var i overensstemmelse med virkeligheten, data var systematisk utvalgt og brukt nøyaktig. Førforståelsen til forskerne kommer frem i artiklene og de er kumulative, altså bygger på eksisterende forskning (Dalland, 2020, s.61)

Med utgangspunktet i min problemstilling, anså jeg det naturlig å bruke artikler som har kvalitativ metode som design. Dette fordi jeg ønsker en dybdeforståelse av hvordan det oppleves for foreldre å skulle knytte bånd til sitt premature barn. Mange av artiklene jeg vurderte fokuserte mest på mors perspektiv. Jeg ville også ha med artikler som tok fars perspektiv fordi han også er en viktig omsorgsperson. For å sjekke studienes gyldighet tok jeg en bakgrunnsjekk av forskerne til studiene. Jeg sjekket også tidsskriftene artiklene var publisert i for å vurdere deres troverdighet.

I tabell 1 vises en oversikt over de utvalgte vitenskapelige artiklene.

Tittel, forfattere, årstall:	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU, S.C.Treherne, N. Feeley, L. Charbonneau & A. Axelin, (2017).	Foreldres opplevelse av nærhet til sitt premature barn	Beskrive foreldres opplevelser av hva som styrker eller svekker deres nærhet til sitt premature barn	Foreldre	Kvalitativt beskrivende design	CINAHL
Tittel, forfattere, årstall:	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers, I.M.F.Medina, J.G.Molina, C.F.Sola, J.M.H.Padilla, M.C.Ávila & M.d.M.L.Rodríguez, (2017)	Tilknytningsprosessen mellom mødre og ekstremt premature spedbarn	Beskrive erfaringene hos mødre til ekstremt premature barn innlagt på nyfødt intensiv med hensyn til tilknytningsprosessen mellom mor og barn.	Mødre	Kvalitativ, fortolkende metode	CINAHL
Tittel, Forfattere, Årstall:	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
'Now she has become my daughter': parents' early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants, R. Maastrup, J.Weis, A.B.Engsig, K.L.Johannsen & V.Zoffmann, (2017)	Hud mot hud kontakt mellom foreldre og ekstremt premature spedbarn.	Å utforske foreldrenes umiddelbare opplevelser av hud-til-hud kontakt med ekstremt premature spedbarn, dvs. <28 uker postmenstruell alder.	Foreldre	Kvalitativ, deskriptiv metode	CINAHL

Tabell 1

3.4 Analyse av artikler

Jeg har i denne oppgaven valgt å skrive en integrativ litteraturoversikt, med utgangspunkt i Febe Fribergs (2017) metode. I henhold til denne har jeg gjort systematiske søk for å finne frem til tre relevante vitenskapelige forskningsartikler som samsvarer med min problemstilling. Jeg har lest nøye gjennom hver artikkel, og deretter foretatt en datareduksjon. Det vil si at jeg har valgt ut funn fra hver artikkel som er i overensstemmelse med min hensikt. Ut fra disse funnene identifiserte jeg nøkkelfunn, altså funn som gikk igjen i artiklene, og som jeg anså som «sterke» resultater. Disse nøkkelfunnene satte jeg opp i en skjematisk oversikt for å lettere kunne sammenligne funnene, samt se på likheter og ulikheter. Deretter har jeg sett på underliggende mønster og karakteristika i dataen. Jeg har kategorisert dette i en tabell med hoved- og underkategorier.

Denne tabellen presenteres her:

Hovedkategori	Underkategori
Informasjon og kunnskap	Forstå rutiner og arbeidsmiljø på NI Informasjon om barnets helsetilstand
Styrke positive følelser	Trygghet, støtte, empati og veiledning Ansvar i passe doser og tilgjengelig hjelp
Bygge foreldreidentitet	Autonomi, medbestemmelse og delaktighet Dele erfaringer med andre foreldre
Fysisk kontakt	Hud mot hud Amning/mating/stell

Tabell 2

4.0 RESULTATER

4.1 Informasjon og kunnskap

I tidligere forskning, som (Treherne, Feeley, Charbonneau & Axelin, 2017) støtter seg til, beskrives miljøet på nyfødt-intensiv avdeling som stressende og overveldende. All teknologien som omgir barnet gjør foreldre usikre på hvordan de kan gi pleie til barnet uten å sette det i fare. Teknologien blir altså en barriere. Med tilstrekkelig informasjon og kunnskap om hvordan teknologien fungerer, kan foreldre lære hvordan de kan være nær barnet, på tross av alle ledninger og teknisk utstyr.

4.1.1 Forstå rutiner og arbeidsmiljø på NI

Medina et al. (2017, s.328) fant at når deltakerne ikke var kjent med teknologien, arbeidsrutiner, alarmer og gjøremål til helsepersonell, ble nyfødt intensiv avdelingen sett på som et stressende miljø. All teknologien og alarmene tok oppmerksomheten bort fra kontakten med spedbarnet deres. Deltakerne kjente på frykt for å miste barnet sitt, og forteller at det første besøket i avdelingen ble sett på som det verste og vanskeligste. Nyfødt intensiv avdelingen og maskinene rundt barnet, bidro til denne frykten, og miljøet ble oppfattet som gåtefullt, truende og noe som bidro til en forlengelse av usikkerheten de kjente på. Usikkerheten på hva som ville møte dem på avdelingen førte til at noen av deltakerne ikke ønsket å besøke barnet sitt. De ville ikke se eller røre ved spedbarnet sitt i redsel for å miste det. Andre deltakere var opptatt av å bli kjent med barnet sitt. En av studiens deltakere sier følgende: «I was overwhelmed by seeing the NICU, so many tubes, respirators, full of small cables. It took me two days to go back... I was paralyzed by the fear! (Medina et al., 2017 s.328). Deltakerne gav uttrykk for at kuvøsene, maskinene, utformingen av avdelingen, timeplaner og mangel på informasjon, var store utfordringer som hindret dem i å utvikle et forhold til barnet sitt. De understreket også at mangel på privatliv, intimitet og kontinuerlig avbrytelser fra alarmer, var utfordringer som bidro til manglende tilknytning. For deltakerne var nøkkelen til økt ro å få informasjon fra helsepersonell, sammen med økende forståelse for rutinene på nyfødt intensiv- avdelingen (Medina et al., 2017, s. 328).

Treherne et al. (2017, s. 743) fant tilsvarende funn i sin studie. Deltakerne rapporterte om at miljøet på nyfødt intensiv kan være forstyrrende for tilknytningen mellom spedbarn og foreldre. Nyfødt intensiv-avdeling er et kunstig miljø med mye støy fra skjermer, andre

mennesker og andre spedbarn. Det er et travelt, bråkete og overfylt miljø som gjør at foreldre føler seg distraheret og fremmedgjort for sine egne spedbarn. En far forteller at han var så opptatt av miljøet på avdelingen at han noen ganger mistet evnen til å fokusere på tiden han hadde med sønnen. For en mor var miljøet så urovekkende at hun uttrykket sin frustrasjon slik: «I don't get the impression that I am close to my baby, but rather that I am with a doll on a monitor that doesn't stop crying and ringing.» (Treherne et al., 2017, s.743). Forskerne fant, som kontrast til dette forstyrrende miljøet, at da avdelingen var stille hadde foreldrene øyeblikk der de følte seg nær barnet sitt. For det første fremhevet foreldre fravær av andre mennesker og støy når de var i stand til å ta en hvil med spedbarna sine uten å bli forstyrret. For det andre følte ikke foreldrene seg adskilt fra spedbarna sine ved tilstedeværelsen av medisinsk utstyr og ledninger, med mindre det forstyrret dem i det de ønsket å gjøre. Det ble også lettere å føle seg nær spedbarna sine når de lærte seg å jobbe rundt ledninger og utstyr (Treherne et al., 2017, s.743).

4.1.2 Informasjon om barnets helsetilstand

Funn viste at foreldre følte en økt tilknytning til barnet sitt, og fikk en følelse av «kontroll» og forutsigbarhet når de fikk informasjon om helsetilstanden til barnet. Det gjaldt også når de ble inkludert i beslutninger eller at deres ekspertise, som foreldre, ble anerkjent. Det var viktig for dem at informasjonen var tilgjengelig og transparent til enhver tid. En far formidlet dette slik: «We could review the information at any moment we wanted without feeling like “helicopter parents.” That made me feel that the care team trusted us and it allowed me to trust them» » (Treherne et al., 2017, s.742). Når ansatte på nyfødt intensiv avdelingen ikke kunne svare på spørsmål om barna deres, fikk det motsatt effekt. Foreldrene ble bekymret og følte seg atskilt fra spedbarna sine (Treherne et.al, 2017, s.742).

Medina et al. (2017, s. 328) avdekket at noen av kvinnene i studien knyttet sin psykiske tilstand opp mot informasjon om helsen til barnet. Videre knyttet de også egen psykisk helse opp mot andre foreldres barn og deres prognose og død, eller til andre foreldres følelsesmessig tilstand.

Flere av deltakerne i Maastrup, Weis, Engsig, Johannsen & Zoffmann (2017) sin studie måtte gjennom en prosess for å tørre å gi hud mot hud kontakt til det ekstremt premature spedbarnet sitt. De var avhengige av at helsepersonell gav dem informasjon og veiledning om viktigheten av hud mot hud kontakt. Informasjonen de fikk gav dem kunnskaper som gjorde dem i stand til å forstå fordeler ved hud mot hud kontakt og hvorfor det var viktig. Deltakerne opplevde oppmuntring om hudkontakt fra helsepersonell som noe positivt og nødvendig. For å utnytte kontakten med spedbarnet fullt ut måtte de overvinne frykten for situasjonen. En mor som først var veldig skeptisk til den første hud mot hud kontakten, forklarte at hun fikk bestemme når hun selv var klar for det, og uttrykte seg slik: «I did not feel pressed but convinced» (Maastrup et al., 2017, s. 549).

4.2 Styrke positive følelser

Deltakerne i to av studiene uttrykker ulike behov og oppfatninger av hva som styrker og svekker deres positive følelser (Treherne et al., 2017, Medina et al., 2017)

4.2.1 Trygghet/støtte/empati og veiledning

Medina et al. (2017, s.329) avdekket at deltakerne følte seg mer avslappede, informerte og selvsikre når de opplevde empati fra sykepleieren som tok seg av barnet deres. De opplevde at sykepleier gav dem verdifull hjelp til å knytte bånd med barnet sitt. En mor satte ord på det slik: «The nurse always tried to create as much of a bond as possible between my daughter and I, they were our confidants, they gave us courage, strength to continue...» (Medina et al., 2017, s. 329).

Treherne et al. (2017, s.742) fant at deltakerne mente at familie og venner ikke fikk anledning til å bli ordentlig kjent med spedbarnet deres grunnet sykehusinnleggelsen. De forklarte at sykepleierne ble kjent med spedbarna deres gjennom den pleien de gav. Det tillot foreldre å ha samtaler med sykepleierne som: «like a regular conversation I would have ... about my child under normal circumstances», og dette gav dem: «a sense of normalcy, a moment that made me feel like a typical mom» (Treherne et al., 2017, s. 742). Det var en situasjon som førte til at de følte seg nær spedbarna sine ved å kunne diskutere barna med sykepleiere som kjente barna deres like godt som de selv gjorde.

4.2.2 Ansvar i passe doser og tilgjengelig hjelp

Treherne et al. (2017, s.742) fant at foreldre satte pris på når sykepleier gjorde seg selv tilgjengelig med å støtte dem etter hvert som de involverte seg mer i pleien til barnet. Når sykepleierne gav foreldre mulighet til å utføre stell av barnet selv, men var tilgjengelige om nødvendig, følte de seg nære sine spedbarn. Deltakerne satte pris på å få tilbringe tid alene med barnet sitt. Noen foreldre opplevde derimot hjelpen fra sykepleier som en påminnelse om at de var på nyfødt intensiv-avdeling. Sykepleierens nærvær, til enhver tid, fikk dem til å føle seg utilstrekkelig og at sykepleier mestret pleien av deres eget spedbarn bedre enn dem selv.

Mastrup et al. (2017) avdekket at noen foreldre opplevde iblant at det var utfordrende å måtte dele ansvaret for barnet sitt med helsepersonell. Noen foreldre opplevde helsepersonell som forventet for mye foreldreansvar, andre som erkjente foreldrerollen for lite. Noen foreldre ønsket at sykepleier skulle være synlige hele tiden, mens andre ønsket å tilbringe mest mulig tid alene sammen med barnet. Et foreldrepar gav uttrykk for at de måtte forsvare sitt ønske om å sitte hud mot hud i lange perioder;

Some of the HCPs were quite relaxed about it (...) whereas others would rather avoid it or were clearly concerned while we did it... It may be a goal for the NICU to turn the HCPs from the habitual thinking of the incubator as the safe place (P9). (Mastrup et al., 2017, s. 549-550)

Disse foreldrene opplevde et sterkt indre behov for å gi hud mot hud kontakt etter hvert som foreldreansvaret vokste frem (Mastrup et al., 2017, s.550).

4.3 Bygge foreldreidentitet

Foreldre vil trenge støtte og veiledning til å bygge opp foreldreidentiteten sin. Sykepleier kan lege til rette for det ved å oppmuntre til deltakelse og ansvar.

4.3.1 Autonomi, medbestemmelse og delaktighet

Mastrup et al. (2017, s.549) avdekket at foreldre begynte å ta mer ansvar for spedbarna sine som et umiddelbart resultat av hud mot hud kontakt. Foreldrene opplevde det meningsfullt å ha hudkontakt med spedbarna sine, og det var en måte for dem å gi barnet verdifull nærhet og omsorg. Det var en oppgave som gav de skjøre spedbarna tilbake til dem, og førte til at de

kunne ta mer foreldreansvar. Denne voksende følelsen av foreldreansvar oppstod fra foreldrenes opplevelse av å kunne hjelpe barnet sitt.

Treherne et al. (2017, s.740) avdekket at for deltakerne var det å ha en rolle som forelder knyttet til å føle seg selvstendig og å ta beslutninger som omhandlet spedbarnet deres. Deltakerne følte seg bemyndiget i foreldrerollen når de fikk ta vare på spedbarnet sitt «som hjemme». Deres identitet som foreldre ble reell for dem når de var direkte involvert i omsorgen for spedbarnet sitt og var i stand til å kunne ta avgjørelser på vegne av barnet. En deltaker sa: «For a brief moment you feel like you are in control again, which for me gives me the sense of responsibility and bonds me to my baby» (Treherne et al., 2017, s.741). Ord som “I was able to”, “I can”, “I did it alone” og “by myself” ble brukt når deltakerne la vekt på deres evne til å handle uavhengig (Treherne, 2017, s.740).

4.3.2 Dele erfaringer med andre foreldre

Medina et al. (2017, s.329) fant at selv om sykepleiernes støtte reduserte stress og engstelse hos mødrene, ble den mest effektive emosjonelle støtten gitt av andre mødre til premature spedbarn. Informantene hevdet at den forståelsen de opplevde sammen med andre foreldre i samme situasjon, nettopp var bygd på deres felles erfaringer. En deltaker uttrykket seg slik: «No one understands you, except a person who has gone through the same thing...» (Medina et al., 2017, s.329).

4.4 Fysisk kontakt

Fysisk kontakt ble beskrevet av informantene som det viktigste elementet i å etablere bånd til barnet etter fødsel. Berøring reduserte mødrenes fortvilelse og stress relatert til separasjon med barnet sitt. “... the emotional bond was created from the moment I could touch her, as the days went by it got stronger and stronger, you can feel your child again” (Medina et al., 2017, s.328). Maastrup et al. (2017) og Treherne et al. (2017) fant også i sine studier at fysisk kontakt blir fremhevet som et viktig aspekt for å føle seg nær spedbarnet sitt. Foreldre mente at nær fysisk kontakt var en av de viktigste faktorene i tilknytningen.

4.4.1 Hud mot hud

Maastrup et al. (2017) forsket på foreldrenes tidlige erfaringer med hudkontakt med deres ekstremt premature spedbarn. Deltakerne i studien hadde motstridende følelser og tanker om den tidlige kontakten. De vekslet mellom et indre ønske om å holde spedbarnet sitt og frykt, som var forankret i bekymring for å skade det. Når denne frykten ble overvunnet og foreldrene etablerte hud mot hud kontakt ble det rapportert fra foreldre om umiddelbar lykke, og at tilknytningen ble sentral. Erfaringen viser bevegelse fra en perifer foreldrerolle til en mer sentral rolle i barnets liv og en far beskriver det slik: «You can feel a little more like mum and dad when you have him skin- to- skin, not a guest in his home» (Maastrup et al., 2017, s.549). Når foreldre først hadde overvunnet barrieren ved å gi hud mot hud kontakt med sitt ekstremt premature barn, gikk de ikke tilbake til fasen hvor de vegret seg for å holde barnet. Et av foreldrepårene i studiet, som mistet tvillingparet sitt, anså hudkontakten de hadde hatt med barna sine som viktig når de skulle bearbeide sorgen. Det følelsesmessige båndet de hadde fått til barna sine kunne ikke erstattes av noe annet og var viktig for foreldrene på lenger sikt. Dette var, ifølge Maastrup et al. (2017, s.551), et viktig funn som viser at tilknytningen som foreldre får med barnet sitt gjennom hud mot hud kontakt er viktig uansett overlevelse.

Deltakerne i studiet til Medina et al. (2017, s.328) hevder at Kengurumetoden er det som forsterker båndet til spedbarnet mest. Dette definerte en av deltakerne slik: «It is that first complete contact you can feel close to your baby, his heartbeat, his breathing, to transmit his feeling to him and to see how, little by little, he recognizes you by your voice or by smell» (Medina et al., 2017, s. 328). Deltakerne understreket at å gi massasje kunne være gunstig for barnet. Den taktile opplevelsen har en mulig effekt på utvikling av tilknytningsprosessen mellom mor og barn. Det kan redusere stress og angst, gir dem mulighet for å bli bedre kjent, og foreldre føler seg nyttig ved å kunne gi velvære til spedbarnet sitt. «... it would favour the bond with the child very much, it is not the same way of touching the mother as the physical therapist. The mother gives them something else, it's returning to your smell, to feel...» (Medina et al., 2017, s.328).

I studien til Treherne et al. (2017, s.742) rapporterte deltakerne om at det å holde spedbarnet sitt, og gi dem hud mot hud kontakt gjorde at de følte seg nær barnet sitt. Foreldre kunne da føle hvor «levende» spedbarnet deres var ved å kjenne pusten, bevegelsene og varmen deres

mot kroppen. De forklarte den fysiske kontakten som «a very good experience» og at det var vanskelig å «describe in words» (Treherne et al., 2017, s.742).

4.4.2 Amming/mating/stell

Treherne et al. (2017, s.742) fant at mødre vanligvis opplever nærhet under amming og mating med flaske. Noen mødre hadde ikke erfaring fra amming tidligere, og følte seg nær når de prøvde å amme spedbarnet sitt. Mødrene følte seg også nær når de pumpet seg, særlig når de kunne gjøre dette ved siden av spedbarna sine. (Treherne, 2017, s.742) Deltakerne opplevde å være følelsesmessig nær spedbarna sine i situasjoner der de matet, holdt og kommuniserte med spedbarna sine. De fikk da tid sammen til å bli kjent med hverandre: «That's how we discover who our little baby is» (Treherne et al., 2017, s. 741). Deltakerne likte å komme til avdelingen for å utføre stellerutiner, blant annet måling av temperatur og bleieskift. I disse øyeblikkene følte de seg knyttet til spedbarnet sitt. «It's really your turn to take over» (Treherne et al., 2017, s. 741)

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Med utgangspunkt i problemområdet og hensikten med oppgaven min, mener jeg at valg av metode har vært hensiktsmessig. Analyse og videre sammenstilling av data fra vitenskapelige forskningsartikler har vært en kvalitetsmessig god måte å komme frem til relevante funn på i min oppgave.

5.1.1 Land og arena for studiene

De tre studiene jeg har tatt utgangspunkt i, er foretatt i vestlige, industrialiserte land. Her finner vi sammenlignbare utgangspunkter til Norge i forhold til økonomi og teknisk standard i helsevesenet. Studien jeg har valgt er foretatt i Canada, Danmark og Spania.

Tilknytning mellom premature barn og foreldre er selvfølgelig et universelt fenomen, men jeg finner det mest relevant å anvende forskning fra land som er sammenlignbare med Norge.

Alle tre studiene er utført på nyfødt intensiv avdelinger, men med ulik organisering og på ulike behandlingsnivå. De ulike nivåene skiller mellom sykdomsgrad og behandlingsbehov.

Studiet til Treherne et al. (2017) foregikk i en åpen avdelingsenhet med 34 sengeposter.

Studien til Medina et al. (2017) er hentet fra en avdeling med 12 rom til nyfødt

intensivpasienter. Studiet sier ingenting om antall sengeplasser eller organisering av disse

rommene. Maastrup et al. (2017) sin studie er utført på en avdeling med 36 sengeplasser

fordelt på to- og fem sengsrom. Ulik organisering vil selvfølgelig ha innvirkning på foreldres opplevelse. Dette er en faktor som en må tas i betraktning når en analyserer funnene.

En annen faktor som vil spille inn er sykdomsgrad og behandlingsbehov hos spedbarnet.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

For å vurdere studienes validitet gjorde jeg en bakgrunnsjekk av forskerne for å undersøke deres kompetanse for å forske på valgt tema. Samtlige forskere hadde helsevitenskapelig bakgrunn, de fleste med interessefelt innen nyfødtmedisin. Flere hadde forskererfaring fra master- og doktorgrad arbeid.

5.1.3 Studienes informanter

Studienes informanter omfattet begge foreldre i to av studiene og bare mor i den tredje studien. Felles for dem var at informantene hadde et prematurt barn som var innlagt på nyfødt intensiv over lengre tid. I studiet til Treherne et al (2017, s. 739) ble 20 foreldre til premature spedbarn kvalifisert til å være med. Dette var foreldre til premature barn på ulike nivåer for pleie. Det vil si spedbarn avhengig av intensivbehandling, spedbarn med intermediærbehandling og spedbarn i rekonvalesensfase. Ved å inkludere begge foreldre og spedbarn på hvert nivå ved en sykehusinnleggelse på nyfødt intensiv avdeling, får forskerne med flere nyanser av foreldres erfaringer i studiet. Et av inklusjonskriteriene var at helsepersonell måtte vurdere spedbarnets medisinske tilstand som stabil. Foreldrene måtte kunne lese engelsk eller fransk og være i stand til å gi informert samtykke. Inklusjonskriteriene til Medina et al. (2017) innebefattet kvinner over 18 år, som var mor til et ekstremt prematurt barn innlagt på nyfødt intensiv avdeling i over 30 dager. Eksklusjonskriteriene var å være mor til et barn med medfødt sykdom, nevrالرrdsdefekter eller død. Studien til Maastrup et al. (2017) sine inklusjonskriterier var at spedbarnets gestasjonsalder er mindre enn 28 uker, altså ekstrem prematur. Spedbarnet måtte være medisinsk stabilt og foreldrene til barnet måtte ikke være for følelsesmessig sårbare.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode

I forskningsartiklene har forskerne benyttet seg av en kvalitativ metode. Få informanter, men et rikt beskrivende datamateriale og med direkte utdrag fra dataene er karakteristisk for kvalitativ forskning (Nortvedt et.al, 2012, s.72). Da min hensikt med oppgaven nettopp er å ha fokus på foreldre til premature barns erfaringer, er det nettopp foreldres perspektiver jeg har valgt å fokusere på.

Jeg har sett på studienes hensikter, gjennomførelse og hvordan analyse av datainnsamlingen har foregått. Data har blitt samlet inn på ulike måter gjennom metoder som semistrukturerte intervju, fokusgruppeintervju og data innhentet med en smarttelefonapplikasjon.

Hensikten til Maastrup et al. (2017) var å undersøke foreldres umiddelbare opplevelser av hud mot hud kontakt med deres ekstremt premature spedbarn. Metoden de benyttet var en kvalitativ deskriptiv metodikk, og de gjennomførte tretten semistrukturerte intervjuer. Det var den samme forskeren som utførte alle intervjuene og deretter analyserte de intervjuene ved hjelp av induktiv tematisk analyse.

Treherne et al. (2017) hadde til hensikt å undersøke foreldres oppfatning av nærhet til og separasjon fra deres premature spedbarn på nyfødt intensiv. Datainnsamlingen foregikk via en smarttelefonapplikasjon, opprettet for denne studien, gjennom 24 timer. Foreldrene skulle registrere følelsene sine ved å trykke på en nærhets- eller separasjonsknapp, etterfulgt av en muntlig tilbakemelding, med så mye detaljer som mulig, ved å snakke inn i telefonen.

Forskeren brukte kvalitativ innholdsanalyse for å analysere dataen.

Medina et al. (2017) sin hensikt med studien var å forsøke å forstå erfaringene til mødre med ekstremt premature spedbarn når det gjelder å knytte bånd med barnet sitt på en nyfødt intensiv avdeling. Forskerne samlet inn data gjennom en fokusgruppe på fem deltakere, og gjennom elleve dybdeintervju hjemme hos deltakerne. Gadamar's filosofiske hermeneutikk ble deretter brukt under analysen. Jeg tenker at det er veldig interessant at det er brukt så ulike metoder for å innhente data. Ved intervju og fokusgruppe kan forskeren, til en viss grad, styre samtalen gjennom spørsmålene sine. Det kan tenkes at disse to metodene vil gi ulike resultater fordi det vil oppleves forskjellig å sitte i en gruppe på fem og snakke med forskeren i motsetning til å være i en en til en situasjon. Telefonapplikasjonen vil sannsynligvis gi andre resultater fordi deltakerne kommer med sine umiddelbare reaksjoner, fritt assosiert. Det vil nok være stor forskjell på hvor mye og hvor detaljert deltakerne vil dele sine tanker og følelser. Samtlige studier fikk etisk godkjenning, deltakerne i alle de nevnte studiene ble informert om studiets mål, de deltok frivillig og signerte et samtykkeskjema. Ingen interessekonflikter blant forskerne kom frem av studiene. Troverdigheten til alle tre studiene ble styrket ved at funnene ble supplert med mange sitater fra deltakere.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Forskningsartiklene tar for seg forskjellige sider og utfordringer ved det å få et prematurt barn innlagt på nyfødt intensiv avdeling. Ut fra funnene mine mener jeg at de utgjør ulike innfallsvinkler som gjør at jeg har funnet flere svar som kan belyse min hensikt med oppgaven. Grunnet tidsbegrensning på oppgaven og liten erfaring fra forskningsarbeid kan det ha forekommet at jeg ikke har tatt meg god nok tid til å velge ut artikler. Derfor er det mulig at andre mer relevante artikler kan ha unngått meg. Med den erfaringen jeg har tilegnet meg i prosessen, hadde jeg nå i ettertid trolig vært enda mer kritisk til inklusjons- og eksklusjonskriterier for søkene mine. Friberg (2017, s.143) hevder at det rettes kritikk mot denne type litteraturoversikt på grunn av den begrensede mengden av relevant forskning som ligger til grunn for oversikten. Videre rettes kritikken mot at utvalget av artikler kan bli

selektive fordi forfatteren velger studier som støtter egne standpunkt. Alle artiklene jeg har valgt er på engelsk, og gjennom oversettelsen til norsk kan noe ha blitt feiltolket eller endret noe av sin opprinnelige betydning. Styrken ved mine studier er at de er kvalitative og går i dybden på foreldrenes tanker, følelser og meninger. Det er erfarne forskere som har foretatt intervjuene, og de har dokumentert analysearbeidet sitt oversiktlig i studiene. Jeg anser det som en styrke at forskerne er så tett på deltakerne som de er i en kvalitativ studie. Forskerne kan da fange opp nyanser i det som blir fortalt på en helt annen måte enn ved kvantitativ metode. Det kan også være lettere å fange opp det som ikke direkte blir uttalt, men som kan leses «mellom linjene». En svakhet ved studiene er at de er utført på en relativt liten foreldregruppe. Derfor kan jeg ikke trekke sikre konklusjoner, og det kan stilles spørsmål med hvor representative funnene mine er. På den ene siden er tre studier kanskje litt lite for å kunne gi noen sikre svar. På den andre siden ser jeg at resultatene mine stemmer overens med mange av mine antakelser på forhånd, og overens med det jeg ser og opplever på nyfødt intensiv avdeling. Funnene mine gir meg dermed en indikasjon på hvilke faktorer som styrker tilknytningen mellom foreldre og barn.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende kapittel vil jeg ta for meg hovedfunnene mine fra artiklene, og diskutere disse i lys av teori, egne refleksjoner og erfaringer fra nyfødt intensiv.

5.2.1. Informasjon og kunnskap

Studiene til Medina et al. (2017) og Treherne et al. (2017) peker på noen sentrale utfordringer når det gjelder å få et prematurt barn innlagt på nyfødt intensiv avdeling. For det første opplever foreldre miljøet på avdelingen som skremmende, ukjent og overveldende. For det andre trenger foreldre informasjon om helsetilstanden til barnet sitt for å få en følelse av «kontroll» (Medina, 2017). Informantene i begge de nevnte studiene ovenfor gir uttrykk for at de ofte er mer opptatt av det som skjer på avdelingen, enn av sitt eget barn. Det å ikke få fred og ro med spedbarnet sitt, i denne sårbare tiden, tenker jeg kan påvirke tilknytningen mellom foreldre og spedbarnet i stor grad. I følge Bolwby (1988) har tilknytningen en indre motivasjon og er en integrert del av menneskets natur. Han ser på det friske spedbarnets iboende evne til å få til et sosialt samspill, og mors evne til å respondere på det (Bolwby 1988). Når denne tidlige kontakten blir begrenset, vil samspillet og den emosjonelle

kontakten mellom foreldre og spedbarn bli vanskeligere. Det premature barnet gir så svake signaler at det kan være vanskelig for foreldrene å respondere på disse (Ravn, 2009, s. 252). Medina et al. (2017) avdekket i sin studie at det som gav foreldrene ro var informasjon fra helsepersonell sammen med økende forståelse for rutinene på avdelingen. Ut ifra egen praksis har jeg erfart at foreldre har ulike behov for informasjon. I tillegg til barnets helsetilstand, er noen veldig opptatt av det tekniske utstyret rundt barnet, mens andre har mer behov for å bli kjent med rutinene på avdeling. For noen er det viktig å få opprettet en dagsplan for å vite hva som skal skje og hva som blir forventet av dem. Eide og Eide (2007) hevder at informasjon, ved en sykehusinnleggelse, må innebære både sykdom og behandling, men også praktisk informasjon. Denne informasjonen skal bidra til å gjøre situasjonen forutsigbar (Eide og Eide, 2007). Jeg tenker at skal en sikre god informasjon er det viktig å finne et sted en kan være i ro og fred, skjermet for inntrykk. På den ene siden blir det da lettere for foreldre å fokusere på det som blir formidlet av helsepersonell og kunne stille spørsmål. På den andre siden blir det også lettere for helsepersonell å finne ut hva foreldre ønsker og trenger av informasjon. Tandberg (2009) hevder at mye informasjon blir gitt i uformelle samtaler ved barnets seng i løpet av dagen. Det handler mest om barnets vel der og da. Denne spontane form for kommunikasjon er viktig og skal ikke undervurderes, men den er ikke tilstrekkelig for foreldrenes behov for hjelp og støtte. Det trengs også formelle møter med foreldre og ulike yrkesgrupper som eksempelvis sykepleiere, leger, sosionomer, psykologer, fysioterapeuter, for å nevne noen (Tandberg, 2009).

Tandberg (2009) sier at i møtet med foreldre i krise skal sykepleier være tydelig, konkret og så praktisk som mulig. Foreldrene har behov for gjentatt informasjon.

I faglige retningslinjer for oppfølging av det for tidlig fødte barn står det at foreldre skal holdes informert om barnets tilstand, ta aktivt del i pleien og lære å tolke barnets signaler og behov. Videre sier forfatterne at sykepleiere i nyfødtafdelinger bør ha kompetanse i samspillsveiledning (Markestad & Halvorsen, 2007). Retningslinjene understreker her at foreldre har krav på informasjon, samt kunnskaper som gjør dem i stand til å kunne ta del i pleie og å tolke barnets signaler og behov på en god og hensiktsfull måte.

5.2.2. *Styrke positive følelser*

I teorikapittelet har jeg beskrevet kriseteori og de ulike fasene i et kriseforløp (Tandberg, 2009). Studier viser at foreldre til et prematurt barn opplever en krisereaksjon, der store ambivalente følelser som blant annet hjelpeløshet, angsttanker, skam og skyldfølelse kan gjøre seg gjeldende. Foreldre kan videre oppleve å miste «kontrollen», få nedsatt matlyst og oppleve relasjonen med partner vanskelig (Tandberg, 2009). I lys av denne teorien tenker jeg at det er viktig at sykepleier har gode kunnskaper og er seg bevisst på hvordan en arbeider med mennesker i krise. Jeg vil påstå at sykepleier må forsøke å skape en god relasjon med foreldre og bli godt kjent med dem for å kunne klare å styrke deres positive følelser. Samtidig må sykepleier være klar over at når foreldre beveger seg mellom ulike faser i kriseforløpet vil behovet for støtte, veiledning og hjelp endre seg. Både Treherne et al. (2017) og Maastrup et al. (2017) avdekket i sine studier at deltakerne hadde forskjellig behov for hjelp. Noen deltakere satte pris på når sykepleier gav rom for at foreldre utførte stell av barnet selv, men var tilgjengelig når de trengte dem. Andre følte at sykepleiernes tilstedeværelse ble en påminnelse om at de var på sykehus og at de ikke hadde anledning til å ta vare på barnet sitt selv slik de ønsket (Treherne et al., 2017). Maastrup et al (2017) fant tilsvarende funn der noen deltakere ønsket at sykepleier skulle være synlig hele tiden, mens andre syntes det var utfordrende å dele ansvaret for barnet med helsepersonell. Noen deltakere rapporterte om helsepersonell som forventet for mye av dem som foreldre. Andre deltakere mente at helsepersonell anerkjente foreldrerollen for lite (Maastrup, 2017).

Saugstad (2009) sier at foreldre er den viktigste omsorgsgiveren for barnet, og helsepersonell fungerer mer som en støttespiller. Han sier videre at på den ene siden skal miljøet tilpasses barnets behov, mens på den andre siden er omsorg for hele familien en viktig del av personalets oppgave (Saugstad, 2009). Ut ifra dette tenker jeg at utfordringen for sykepleier blir da å ta hånd om spedbarnet og inkludere foreldre tidligst mulig. Samtidig som de også skal støtte foreldre i denne vanskelige tiden, møte dem der de er og gi emosjonell støtte. Tandberg (2009) legger vekt på at foruten observasjon og kliniske intervensjoner er den relasjonelle og moralske delen av sykepleien grunnsteiner i nyfødtsykepleien. Min erfaring i praksis er at foreldre trenger veiledning og støtte i forhold til spedbarnet sitt, men noen trenger også støtte og veiledning til å kunne ivareta egne primære behov. Jeg har opplevd flere anledninger der foreldre, da særlig mødre, blir så oppslukt av det lille spedbarnets behov at de tilsidesetter seg selv. De glemmer å spise og drikke, holder seg fra å gå på toalettet fordi de ikke vil forlate barnet sitt. I lys av Kari Martinsens omsorgsteori er omsorg forbundet med å hjelpe, ta hånd om og en følelse av å stå

den andre nær (Martinsen, 1989). I sykepleiers tilfelle på en nyfødt intensiv avdeling vil det si at en skal yte omsorg overfor både pasient og pårørende. Sitert i teorikapittelet sier Kari Martinsen blant annet at en skal prøve å tolke den andres realitet og forstå utfra den andres horisont (Kristoffersen, 2016). I arbeid med det premature spedbarnet tenker jeg at det å sette seg inn i den andres situasjon blir tosidig. For det første skal en sette seg inn i det lille spedbarnets behov medisinsk, fysisk, psykisk og emosjonelt. For det andre skal en sette seg inn i situasjonen til foreldrene der de er. Tandberg (2009) hevder at det er viktig at sykepleier lytter aktivt uten å bli rådgivende. Jeg tror at for å oppnå en god relasjon med foreldre er det viktig å opparbeide seg tillit, og at det ofte krever at en lytter aktivt og er lydhør for hva foreldrene uttrykker.

Treherne et al. (2017) fant at sykepleiers rolle som samtalepartner var ekstra viktig for foreldre på prematuravdelingen. De har behov for å snakke om barnet sitt med noen som kjenner det. Etter en vanlig fødsel, er det gjerne nær familie og venner de snakker med. På grunn av sykehusinnleggelsen får de ikke like mye anledning til det.

5.2.3. Bygge foreldreidentitet

Cullberg (2008) hevder at enhver sykehusinnleggelse fører til mer eller mindre integritetskrenking og oppgivelse av egen autonomi.

Autonomi, medbestemmelse og delaktighet var faktorer som viste seg å være viktig for deltakerne i studiene til Maastrup et al. (2017) og Treherne et al. (2017). Deltakerne i studien til Maastrup et al. (2017) begynte å ta mer ansvar for barna sine etter hud mot hud kontakt. Treherne et al. (2017) avdekket at deltakerne opplevde at deres identitet som foreldre ble reell når de tok del i omsorgen for spedbarnet sitt og kunne ta avgjørelser på vegne av barnet. Jeg tenker at NIDCAP metoden til Heidelise Als er et godt verktøy for sykepleiere til å hjelpe foreldre med deres foreldreidentitet. Dette er en metode som ser på familien som den viktigste omsorgsgiveren for barnet, og som legger til rette for tidlig deltakelse av omsorgen til barnet. Metoden har fokus på den relasjonen omsorgspersonen bygger opp med barnet sitt. Foreldre skal få veiledning til å tolke barnets signaler og spedbarnet skal få individuell omsorg (Sandtrø, 2009). Jeg forventet å finne funn som bekrefter at sykepleier er en viktig ressursperson for foreldre, noe jeg også fant. Det var mer overraskende at Medina et al. (2017) fant at selv om foreldrene mente at sykepleiernes støtte reduserte stress og engstelse, var følelsesmessig støtte fra andre foreldre i samme situasjon, enda viktigere. Jeg tenker at det

er et dypt menneskelig trekk å tenke at bare den som har opplevd akkurat det samme som meg, kan virkelig forstå meg.

5.2.4 Fysisk kontakt

Samtlige av mine utvalgte studier viser hvor viktig den fysiske kontakten mellom foreldre og barn er. Hud mot hud kontakt blir fremhevet som den viktigste faktoren til tilknytning (Treherne et al., 2017, Medina et al., 2017, Maastrup et al., 2017).

I praksis har jeg selv sett når små premature barn bli lagt på mors bryst for første gang. Det er et sterkt og følelsesladet øyeblikk for foreldre og de som er rundt. Viktigheten med hud-mot-hud viser igjen, både i faglitteraturen, i funnene mine og i min praksis. I teorikapitlet er kengurumetoden og de positive effektene av denne metoden beskrevet. Steinnes (2009) hevder at i den vestlige verden vil kengurumetoden være supplerende til medisinsk utstyr.

Hun mener at selv om en besitter nødvendig teknisk utstyr, er kengurumetoden likevel viktig, fordi den fører til en humanisering av nyfødtomsorgen. Dette fordi foreldre blir tidlig delaktig i barnets omsorg, noe som kan styrke deres foreldrerolle og opplevelse av mestring (Steinnes, 2009). Steinnes skriver om dette så langt tilbake som i 2009, men for å illustrere at dette temaet er minst like aktuelt i dag vil jeg trekke frem en studie som pågår på

Universitetssykehuset i Stavanger akkurat nå. Det heter IPISTOSS og formålet med prosjektet er å se på effekten av hud til hud kontakt med det premature spedbarnet, fra uke 28 til uke 33+6, og mor de første 6 timene etter fødsel. Bakgrunn for prosjektet er manglende dokumentasjon på de positive effektene av kengurumetoden. WHO anbefaler bruk av metoden, og ønsker å implementere dette på verdensbasis, men har behov for en større internasjonal studie for å belyse effekten av umiddelbar hud mot hud kontakt (Stavanger universitetssykehus, s.a.)

Studien til Maastrup et al. (2017) støtter opp om bruk av kengurumetoden på ekstremt premature barn. Ifølge forskerne selv er dette den første studien som rapporterer om foreldrenes umiddelbare opplevelse av hud mot hud kontakt med deres ekstremt premature spedbarn. Tidligere studier har primært inkludert foreldre til premature barn som var eldre og mindre avhengig av teknisk utstyr (Maastrup et al., 2017). Foreldre i studien rapporterer om umiddelbar lykke og at tilknytningen ble sentral etter hud mot hud. Funnene viser at foreldre går fra en perifer rolle til en mer sentral rolle etter at de har hatt fysisk kontakt med barnet. Et viktig funn, i følge Maastrup et al. (2017), var at hud mot hud kontakt var meningsfylt uavhengig av overlevelse. Et foreldrepår som mistet tvillingene sine rapporterte om at den

tilknytningen de fikk til barna sine gjennom hud mot hud kontakt var viktig for dem i sorgprosessen.

5.2.5 Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett på hva sykepleier kan bidra med for å styrke tilknytningsprosessen til foreldre og det premature spedbarnet. Jeg konkluderer med at sykepleier kan formidle god informasjon og kunnskap som gjør situasjonen foreldrene står i mer forutsigbar. Sykepleier kan gi støtte og veiledning slik at foreldre får en god mestringsfølelse og styrker de positive følelsene sine. Ved å oppmuntre foreldre til å være delaktig, legge til rette for medbestemmelse og autonomi vil sykepleier hjelpe foreldrene med å finne sin identitet som forelder. Den viktigste faktoren for å fremme tilknytning er, ifølge mine funn, den fysiske kontakten mellom foreldre og det premature barnet, da særlig hud mot hud kontakt. Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskaper om dette temaet, og legger til rette for at foreldre kommer i gang så tidlig som mulig med hud mot hud kontakt.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Det stilles høye krav til en sykepleier på en nyfødt intensiv avdeling. Arbeidsoppgavene er komplekse, og det er viktig med gode rutiner og systemer for å sikre kvaliteten på sykepleien som gis. Sykepleier må gi god sykepleie og omsorg til det lille premature barnet som skal observeres og overvåkes kontinuerlig. Samtidig skal sykepleier også være mental støtte for foreldre og møte dem der de er gjennom gode kommunikasjons- og samspillsferdigheter. Sykepleiere må være trygge i sin rolle, og ha den kunnskapen og kompetanse som kreves for å fremme tilknytningsprosessen. Dette må en ha fokus på i avdelingen, det må være forankret i ledelsen og jobbes aktivt med.

Konkrete tiltak jeg anser som viktig:

- Fagdager og kurs for å holde seg oppdatert på kunnskap, kompetanse og nyeste forskning som omhandler tilknytningsprosessen.
- Gode rutiner for hvor en finner brosjyrer, prosedyrer, foreldreveiledninger og informasjon tilpasset foreldre, slik at de kan ta gode og gjennomtenkte valg og beslutninger som gjelder deres barn. Det er mye informasjon foreldre til premature barn skal forholde seg til, og de har rett på å få det både skriftlig og muntlig.
- Legge til rette for et forum der pårørende til premature barn har en felles møteplass for å dele erfaringer. Dette forumet skal inneholde både formelle og uformelle møter.

LITTERATURLISTE

Bendiksen, R. B. & Brean G. V. (2013). Emosjonelle og seksuelle aspekter i svangerskapet. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (Red.), *Det nye livet: Svangerskap, Fødsel og Barseltid* (2. utg., s.55-63). Fagbokforlaget.

Bolwby, J. (1994). *En sikker base*. DET lille FORLAG.

Cullberg, J. (2008). *Mennesker i krise og utvikling* (3 utg.). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.,). Oslo: Gyldendal akademisk.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 utg. s.141-152). Studentlitteratur AB.

Helsedirektoratet. (2007, juli). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Lokalisert på <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/for-tidlig-fodte-barn.pdf>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I G.H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s, 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Maastrup, M., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L., Zoffmann, V. (2017). ‘Now she has become my daughter’: parents’ early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32 (2), 545-553. [10.1111/scs.12478](https://doi.org/10.1111/scs.12478)

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Tano A.S.

Medina, I. M. F., Molina, J.G., Sola, C.F., Padilla, J. M. H., Ávila, M. C. & Rodríguez, M. M. L. (2017). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and birth* 31 (4), 325-330. [10.1016/j.wombi.2017.11.008](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribes AS.

Ravn, I.H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I S. Steinnes, & B. S. Tandberg (Red.), *Nyfødt sykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (s.244-258). Cappelen akademisk forlag

Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttene og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.). *Nyfødtsykepleie 2: syke nyfødte og premature barn* (s. 27-56). Cappelen akademisk forlag.

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

Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.). *Nyfødtsykepleie 2: syke nyfødte og premature barn* (s. 27-56). Cappelen akademisk forlag.

Stensvold, H. J. (2017, 05 august). Hvordan går det med ekstremt premature barn? <https://blogg.forskning.no/forskningssykehuset/hvordan-gar-det-med-ekstremt-premature-barn/1096092>

Tandberg, B. S. (2009). Møte med familien på nyfødtavdelingen. I S. Steinnes, & B. S. Tandberg (Red.), *Nyfødt sykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (224-243). Cappelen akademisk forlag

Treherne, S.C., Feeley, N., Charbonneau, L. & Axelin, A. (2017). Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46 (5), 737-747. [10.1016/j.jogn.2017.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.07.005)

HELSE STAVANGER, Stavanger universitetssykehus. (s.a.) Effekt av behandling av premature barn hud mot hud hos foreldre i stedet for i kuvøse umiddelbart etter fødsel.

Stavanger: SUS. Lokalisert på <https://helse-stavanger.no/kliniske-studier/effekt-av-behandling-av-premature-barn-hud-mot-hud-hos-foreldre-i-stedet-for-i-kuvose-umiddelbart-etter-fodselsel>

VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Tittel	Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU
Tidsskrift/årstall	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2017
Forfatter(e)	Stephanie C. Treherne, Nancy Feeley, Lyne Charbonneau, and Anna Axelin
Perspektiv	Foreldre
Problem	Det er lite forskning som sier noe om hvilke handlinger som styrker eller svekker foreldrenes opplevelser av nærhet til sitt premature barn.
Hensikt/formål	Beskrive foreldres opplevelser av hva som styrker eller svekker deres nærhet til sitt premature barn innlagt på nyfødt intensiv, samt forstå sykepleiehandlinger som bidrar til disse oppfatningene.
Metode	Data ble samlet inn med en smarttelefonapplikasjon der foreldrene registrerte sine opplevelser av øyeblikk med nærhet og separasjon over en 24-timers periode i nyfødt intensiv avdelingen. Data ble transkribert ordrett og innholdet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse. Det ble brukt et kvalitativt beskrivende design i denne studien. Det var i alt tjue deltakere som deltok i studien, fordelt på tretten mødre og syv fedre. Data ble samlet inn mellom februar 2015 og januar 2016.
Resultater	Det ble identifisert fem temaer som kunne knyttes til foreldrenes oppfatning av nærhet og separasjon; 1) Å ha en rolle som forelder, 2) Å sørge for å bli kjent med spedbarnet, 3) Støtte fra personalet, 4) Å forlate barnets seng erfares som separasjon, 5) Nyfødt intensiv miljøet.

Artikkel 2	
Tittel	Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers
Tidsskrift/årstall	Women and birth, 2017
Forfatter(e)	Isabel María Fernández Medina, José Granero-Molina, Cayetano Fernández-Sola, José Manuel Hernández-Padilla, Marcos Camacho Ávila, María del Mar López Rodríguez
Perspektiv	Mødre
Problem	Tilknytningsprosessen mellom mødre og ekstremt premature spedbarn
Hensikt/formål	Beskrive og forstå erfaringene hos mødre til ekstremt premature barn innlagt på nyfødt intensiv med hensyn til tilknytningsprosessen mellom mor og barn.
Metode	En fortolkende, kvalitativ forskningsmetodikk ved bruk av Gadammers filosofiske hermeneutikk ble brukt. Totalt 16 kvinner deltok i studien, 5 dannet en fokusgruppe, og 11 deltok i dybdeintervjuer. Data ble samlet inn mellom juni og september 2016.
Resultater	Fra dataanalysen ble det avdekket to hovedtemaer og fire undertemaer <ul style="list-style-type: none"> 1) For tidlig fødsel og teknologisk miljø; morsrollen blir vanskelig <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Følelsen av tomhet og emosjonell krise 1.2 Opplevelsen av miljøet på en nyfødt intensivavdeling setter i gang emosjonelle svingninger. 2) Lære å være mor til et ekstremt prematurt barn <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Vanskeligheter med å forholde seg til en fremmed 2.2 Danne bånd til tross for vanskeligheter

Artikkel 3	
Tittel	‘Now she has become my daughter’: parents’ early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants
Tidsskrift/årstall	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2017</i>
Forfatter(e)	Ragnhild Maastrup, Janne Weis, Anne B. Engsig, Kirsten L. Johannsen og Vibeke Zoffmann
Perspektiv	Foreldre
Problem	Foreldres opplevelse av hud mot hud kontakt med ekstremt premature spedbarn. Helsepersonell er bekymret for om det legges for stort press på foreldre når det gjelder hud mot hudkontakt.
Hensikt/formål	Å utforske foreldrenes umiddelbare opplevelser av hud-til-hud kontakt med ekstremt premature spedbarn, dvs. <28 uker postmenstruell alder.
Metode	En kvalitativ deskriptiv metodikk med temaanalyse ble brukt. Studien var en del av en intervensjonsstudie fra mars til desember 2008. Tretten semistrukturerte, ansikt til ansikt intervjuer ble gjennomført. Både mødre og fedre deltok hvis de begge var til stede når intervjuet ble gjort.
Resultater	Foreldrenes erfaringer med hud til hud kontakt med sine ekstremt premature spedbarn, flyttet seg fra ambivalens til å sette pris på hudkontakten. Prosessen bestod av tre trinn; <ol style="list-style-type: none"> 1) Å overvinne ambivalens gjennom profesjonell støtte og personlig erfaring: Dette temaet gjelder foreldrenes erfaringer før den første hud mot hud kontakten. 2) Nærhet som vekker foreldrenes følelser overfor spedbarnet, og får et indre behov for å gi omsorg: Temaet er knyttet til foreldreopplevelser under hudkontakt. 3) Føle seg nyttig som foreldre og innse viktigheten av hud til hud kontakt: Temaet gjelder foreldrenes refleksjoner etter og mellom hud mot hud økter.