

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Kengurumetoden: Viktigheten ved tidlig implementering av hud-mot-hud kontakt hos det premature barnet, og faktorer som påvirker sykepleierens holdninger knyttet til dette.



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

Stavanger, 04.05.2022

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

- Bakgrunn: Kengurumetoden dikterer at det premature barnet blir lagt direkte på foreldrenes bryst. Det er sykepleierne som legger til rette for hud-mot-hud på alle Nyfødte intensive avdelinger. Deres kunnskap om og holdninger til denne metoden kan påvirke hvor lenge det premature barnet får ligge hud-mot-hud, og det finnes flere ulike faktorer som påvirker disse holdningene.
- Problemstilling: *Kengurumetoden: Viktigheten ved tidlig implementering av hud-mot-hud kontakt hos det premature barnet, og faktorer som påvirker sykepleierens holdninger knyttet til dette.*
- Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten ved tidlig implementering av hud-mot-hud kontakt mellom det premature barnet og dens foreldre, og se nærmere på sykepleierens holdninger og hvilke faktorer som påvirker dem.
- Metode: Metoden som er blitt benyttet i denne bacheloroppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Oppgaven vår bygger på fire utvalgte forskningsartikler, hvor tre av de bygger på et kvantitativt studium og den resterende bygger på et kvalitativt studium.
- Resultater: Resultatene i studiene vi har tatt utgangspunkt i, viser til flere helsefremmende faktorer ved tidlig implementering av kengurumetoden, underbygget av tall og statistikker. Dessuten viser de også til hvilke utfordringer det kan ha for det premature barnet dersom tiltaket ikke implementeres innenfor “the golden hour”. Det er sykepleiernes og foreldrenes holdninger som legger til rette for når og hvor mye hud-mot-hud kontakt det premature barnet får under oppholdet. Studiene i besvarelsen viser til flere faktorer som har en påvirkning på disse holdningene. Det blir belyst at sykepleierne vil ha mer informasjon og kunnskap om kengurumetoden, spesielt et ønske om felles retningslinjer på alle Nyfødte intensive avdelinger.

Nøkkelord: Hud-mot-hud, kengurumetoden, sykepleie, det premature barnet, holdninger, foreldre, nyfødt intensiv, tidlig implementering, “Golden hour”.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemformulering.....	1
1.3 Hensikt.....	1
1.4 Begrepsavklaringer.....	2
1.4.1 Kengurumetoden/ Hud-mot-hud kontakt (HMH).....	2
1.4.3 Golden Hour.....	2
1.4.4 Hypotermi.....	2
1.4.5 GA.....	2
2. TEORI	3
2.1 Premature barn.....	3
2.2 Kengurumetoden.....	3
2.3 Golden hour.....	4
2.4 Sykepleierens verdier som grunnlag for holdninger.....	4
2.5 Lovverk.....	5
2.5.1 Helsepersonelloven.....	5
2.5.2 Brukermedvirkning.....	5
2.6 Sykepleierpedagogikk.....	5
3. METODE	7
3.1 Integrativ litteraturoversikt.....	7
3.2 Litteratursøk/søkeprosess.....	7
3.2.1 Valg av databaser.....	8
3.2.2 Valg av søkeord.....	8
3.2.3 Valg av artikler.....	8
3.3 Analyse av artiklene.....	14
4. RESULTATER	16
4.1 Tidlig implementering.....	16
4.1.1 Helsefremmende faktorer.....	16
4.1.2 Konsekvenser/utfordringer.....	17
4.2 Sykepleierens holdninger.....	18
4.3 Faktorer som påvirker sykepleierens holdninger.....	19
4.3.1 Organisatoriske utfordringer.....	19
4.3.2 Sykepleierens ønsker og behov for mer kunnskap og opplæring.....	20
4.3.3 Foreldrenes holdninger.....	20
5. DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Valg av søkestrategier.....	23
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	24
5.1.3 Informant-deltakerne i studiene.....	24
5.2 Resultatdiskusjon.....	24

5.2.1 Tidlig implementering.....	25
5.2.2 Faktorer som har innvirkning på holdningene	26
6. ANVENDELSE I PRAKSIS	29
LITTERATURLISTE	30
VEDLEGG.....	33
Vedlegg 1: Oversiktstabell over analyserte studiet:.....	33
Vedlegg 2: Søkelogg	40

Antall ord: 7941

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

For å komme frem til ønsket tema for bacheloroppgaven vår, satte vi oss ned for å diskutere felles interessefelt innenfor sykepleiefaget. Etter å ha diskutert og idemyldret innenfor flere tema vi har interesse for, endte vi til slutt på et felles valg om å skrive om premature. Dette kan begrunnes med bekjentes og egne erfaringer beslektet med temaet, og vi landet på å skrive en oppgave om kengurumetoden. Dette er et tema innenfor pediatrien vi synes er viktig og relevant, og som vi gjerne ønsker å lære mer om for å utvide egen kompetanse. Det har de siste årene blitt publisert mye ny forskning rundt temaet, som også gir oss et økt engasjement i tillegg til at vi synes det er et viktig tema å utforske og belyse.

1.2 Problemformulering

Hvert år fødes flere tusen babyer enten prematurt eller til termin. Etter fødsel er det viktig at barnet får mulighet til hud-mot-hud (HMH) kontakt, da forskning viser at kengurumetoden har en helsefremmende påvirkning på både det premature barnet og foreldrene deres. Utfordringer knyttet til dette er blant annet at det kan være krevende å tilrettelegge for tidlig implementering. Ved premature fødsler stabiliseres barnet på mottaksbordet og det kan ofte ta flere timer før de får HMH. Resultatet av dette kan bli flere og alvorlige komplikasjoner for det premature barnets helse. Ved å se nærmere på dette temaet, vil vi kunne presentere ny kunnskap og informasjon om hvorfor tidlig implementering av kengurumetoden er viktig. Økt bevissthet rundt metoden og dens bruk kan igjen føre til et mer stabilt barn med færre komplikasjoner og raskere utskrivelse. For å kunne legge til rette for HMH er det også viktig å forstå sykepleierens holdninger og faktorer som påvirker dem. Sykepleierens holdninger kan ha stor betydning for hvor tidlig og hvor mye HMH kontakt det premature barnet får sammen med sine foreldre.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten ved tidlig implementering av HMH kontakt mellom det premature barnet og dens foreldre, og se på og forstå sykepleierens holdninger og hvilke faktorer som påvirker disse.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Kengurumetoden/ Hud-mot-hud kontakt (HMH)

- Ved denne metoden legges barnet, kun iført bleie/lue, på moren eller farens bryst mens de sitter oppreist (Grønseth & Markestad, 2017 s.134). Begrepet kengurumetoden og HMH har samme betydning og blir brukt om hverandre gjennom hele besvarelsen vår.

1.4.2 Prematur eller det premature barnet

- Ordet prematur defineres som “før moden”, altså at man er for tidlig født før uke 37 (St. Olavs hospital, 2022).

1.4.3 Golden Hour

- Golden hour blir ifølge National Library of medicine definert som den første timen av postnatale liv hos både premature og nyfødte til termin. (Sharma, 2017)

1.4.4 Hypotermi

- Ifølge Store medisinske leksikon blir Hypotermi definert som nedsatt kroppstemperatur, altså at kroppens kjernetemperatur er lavere enn 35°C . (Dietrichs & Opdahl, 2019)

1.4.5. GA

- Gestasjonsalder angir hvor lenge et foster har levd i mors liv (Kåss. 2020).

2. TEORI

2.1 Premature barn

I Norge blir ca. 6% av alle barn født for tidlig, og under 1% av disse kommer ekstremt tidlig (Hagtvedt & Holen, 2019, s. 85). Dersom et barn blir født før 37 fullgatte svangerskapsuker, blir det definert som et prematurt barn, eller et ekstremt prematurt barn ved fødsler før uke 28 (Hagtvedt & Holen, 2019, s. 85). Det finnes flere årsaker til premature fødsler, blant annet for tidlig vannavgang, infeksjoner, svakhet i livmorhalsen, mye fostervann og flerlinger (Hagtvedt & Holen, 2019, s. 85). I mange tilfeller vil barnet også bli forløst elektivt på grunn av svangerskapskomplikasjoner, som for eksempel preeklampsi som kan sette både barn og mors liv i fare (Grønseth & Markestad, 2017, s. 221). Dersom det under svangerskapet er tegn til prematur fødsel før uke 33-34, kan man starte behandling med tokolyse. Hensikten med denne behandlingen er å utsette fødselen og fremme lungemodningen til fosteret. For å hjelpe fosteret med lungemodningen kan mor få Celeston injisert, som er en form for steroider.

“Prematur fødsel er en av de viktigste enkeltårsakene til sykelighet (morbiditet) og dødelighet (mortalitet) hos fosteret.” (Hagtvedt & Holen, 2019, s.85). Andre kjente komplikasjoner hos premature barn er oksygenmangel, hjerneblødninger, nevrologiske skader, infeksjoner og umodne lungefunksjoner (Hagtvedt & Holen, 2019, s. 85). De fleste av de premature barna vil trolig ha behov for videre oppfølging av helsestasjon og barneavdeling i løpet av det første leveåret på grunn av senkomplikasjoner. Disse kan være nevrologiske skader som for eksempel cerebral parese, skrive- og konsentrasjonsvansker, hørsel- og synsvansker, osv.

2.2 Kengurumetoden

Kengurumetoden, også kjent som HMH metoden, går ut på å utføre direkte hudkontakt mellom det premature barnet og dets forelder. Det utføres ved at det premature barnet kun har på seg bleie og eventuelt en lue, for deretter og bli lagt på foreldrenes bare overkropp i oppreist stilling (Grønseth & Markestad, 2017, s.134). Denne metoden kan gjennomføres hele døgnet, i alt fra en time til flere timer. Det finnes ingen fasit på hvor lenge man må ha HMH kontakt for at det skal gi resultater, men forskning viser at metoden har en ekstremt positiv effekt på det fysiologiske hos det premature barnet. I studien skrevet av Campbell-Yeo og flere, fremvises eksempler som økt sannsynlighet for å opprettholde en sunn

kroppstemperatur, økt kardiorespiratorisk stabilitet og redusert sannsynlighet for infeksjon, alvorlig sykdom og død (Campbell-Yeo et al., 2015, s. 16).

Sykepleierens rolle knyttet til kengurumetoden er å støtte, informere og veilede underveis for å styrke tryggheten hos foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s.134). Det er viktig at sykepleierne tidlig i prosessen kan legge til rette for at det premature barnet kan ligge på foreldrenes bryst og få den omsorgen de har behov for, selv om det kanskje kan være utfordrende å gjennomføre.

I boken *“Pediatri og pediatrisk sykepleie”* legges det frem flere ulike eksempler på hvilke helsefremmende virkninger kengurumetoden kan ha, for både det premature barnet og foreldrene. HMH kontakt kan blant annet skape bedre tilknytning og samspill mellom mor og det premature barnet, og kan være med på å redusere stress hos foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s.134). Det har også vist seg å være svært positivt for ammingen og kan bidra til økt melkeproduksjon (Grønseth & Markestad, 2017, s.134). I tillegg kan det ha en positiv effekt på *“puls- og respirasjonsfrekvens, oksygenmetning og kroppstemperatur”* (Grønseth & Markestad, 2017, s.134).

2.3 Golden hour

Golden Hour er en strategi utviklet for å fremme resultatene til det premature barnet og det nyfødte barnet (Sharma, 2017). Det går ut på å ha uavbrutt HMH mellom mor og det premature barnet den første timen etter fødselen. I studiet til Sharma fremlegges ulike kriterier som hun mener inngår i the golden hour:

“The various components of golden hour include ante-natal counseling and team briefing, delayed cord clamping, prevention of hypothermia, support to respiratory and cardiovascular system, nutritional support, prevention of sepsis, therapeutic hypothermia, laboratory investigation, record keeping and counselling of parents.” (Sharma, 2017)

2.4 Sykepleierens verdier som grunnlag for holdninger

Holdninger blir i følge NDLA definert som måten vi mennesker reagerer på i møte med andre medmennesker og i forhold til ulike saker eller hendelser (Huseby, 2019). Verdier er våre holdninger, som skal ta vare på og beskytte oss, da de er sterkt knyttet til oss (Huseby, 2019). Sykepleierens holdninger og verdier fremkommer derfor gjennom hvordan vedkommende

velger å møte og samhandle med andre mennesker (Kristoffersen, et.al., 2017., s. 23). Å vise respekt og interesse for pasientene som enkeltmenneske er en av grunnverdiene våre i sykepleien (Kristoffersen, et.al., 2017., s. 23).

2.5 Lovverk

2.5.1 Helsepersonelloven

I helsepersonelloven §4 står det “helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig.” (Helsepersonelloven, 1999, §4). Faglig forsvarlighet retter seg mot det tekniske, altså mot aktiviteter som primært er kunnskapsbaserte (Molven, 2019 s.139). Dette gjelder alt fra undersøkelser og behandling, til omsorgsoppgaver som pleie og kontakt (Molven, 2019, s.139). Omsorgsfull hjelp omhandler derimot måten en opptrer atferdsmessig på (Molven, 2019, s. 139).

2.5.2 Brukermedvirkning

I pasient og brukerrettighetsloven §3-1 formidler de at “Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjeneste former og undersøkelses- og behandlingsmetoder.” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, som betyr at det ikke er valgfritt å forholde seg til eller ikke (Helsedirektoratet, 2017). Det dreier seg om at brukeren har rett til å medvirke, og tjenesten er pliktig til å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2017).

2.6 Sykepleierpedagogikk

Læring og metoder som er med på å fremme læreprosesser kalles for pedagogikk (Brataas, 2019, s.16). Pedagogisk kompetanse hos sykepleierne er viktig “for å fremme læreprosesser både i helsetjenesten og utdanningen” (Brataas, 2019, s.16). Dette er essensielt når man møter foreldrene til det premature barnet, andre pårørende, kollegaer eller pasienter. Gjennom den pedagogiske kompetansen skal sykepleierne lære “å møte personer i ulike situasjoner, på forskjellige arenaer, i ulike aldre og med individuelle utfordringer og forutsetninger for læring og mestring.” (Brataas, 2019, s.17).

Ifølge boken *“Pedagogisk praksis i sykepleie”* (2019) er pedagogisk kompetanse en integrert del av den sykepleiefaglige kompetansen. Et eksempel på dette, er at om en sykepleier skal kunne undervise og veilede foreldrene i kengurumetoden med deres premature barn, er sykepleieren nødt til å ha kompetanse innenfor pleie, omsorg og behandling og pedagogisk kompetanse (Brataas, 2019, s.20). Uten bakgrunnskompetanse vil det være meningsløst for sykepleieren å skulle lære kengurumetoden videre.

3. METODE

Metode er en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 50). Ved bruk av metode som verktøy, utfører vi en datasamling som skal danne grunnlaget for undersøkelsen vår. I bachelorarbeidet vårt har vi tatt utgangspunkt i en systematisk litteraturoversikt av fire ulike forskningsartikler. For å supplere, har vi også anvendt annen relevant litteratur. For å samle inn data, kan man enten gå fram ved hjelp av en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming, eller eventuelt å benytte en kombinasjon.

“De *kvantitative metodene* har den fordel at de gir data i form av målbare enheter.” (Dalland, 2017, s. 52). Det vil si at det benyttes tall og statistikker for å underbygge det som blir undersøkt. Grunnlaget for kvantitative undersøkelser er et systematisk utvalg basert på tilfeldig utvelgelse av de aktuelle pasientene. Det vil si at man velger kun hver tredje eller hver sjette pasient over et bestemt tidsrom for å forhindre at dataene blir valgt for å påvirke resultatet av undersøkelsen (Dalland, 2017, s. 56-57). Dersom man bruker kvalitative metoder, er hensikten å fange opp meninger og opplevelser. Kvalitative tilnærminger har et strategisk utvalg som hovedfokus, noe som betyr at man velger de personene som en tror kan fortelle om akkurat det fenomenet en vil vite mer om (Dalland, 2017, s. 57).

3.1 Integrativ litteraturoversikt

Å bruke litteraturoversikt som metode handler om å skape en oversikt over kunnskapen innenfor et bestemt område av sykepleien (Friberg, 2017, s.141). Man bruker da eksisterende forskning for å danne seg et overblikk over det som skal undersøkes videre. Allmenn- og integrativ litteraturoversikt er en av flere måter man kan anvende en litteraturoversikt på, men det er viktig å være oppmerksom på likhetene og ulikhetene. Kort fortalt handler allmenn litteraturoversikt om å danne seg en strukturert oversikt over innholdet i de ulike studiene, uten å sammenligne (Friberg, 2017, s.143). Dette står i motsetning til integrert litteraturoversikt hvor man sammenligner innholdet for å trekke nye konklusjoner. Det er altså med på å skape en ny helhet av innholdet i artiklene som har blitt analysert, en rød tråd. I vår bacheloroppgave har vi valgt å bruke en integrativ litteraturoversikt.

3.2 Litteratursøk/søkeprosess

3.2.1 Valg av databaser

For å finne frem til aktuelle studier som stod i samsvar med problemstillingen vår, brukte vi relevante databaser. Vi tok utgangspunkt i databasene som var tilgjengelig via bibliotekets nettside, men brukte også en vi hadde erfaring med fra tidligere. Valget falt til slutt på Idunn, Oria og Google Scholar. Underveis i søkeprosessen kom vi frem til at Idunn ikke hadde noen relevante studier knyttet til problemstillingen vår, og endte dermed opp med de to resterende. Hovedsakelig har vi tatt utgangspunkt i Google Scholar da det ga oss et bredere søketreff, og dermed gjorde det enklere for oss å velge aktuelle studier.

3.2.2 Valg av søkeord

Vi ønsket å finne artikler som kunne hjelpe oss å besvare problemstillingen vår best mulig. I tillegg var det viktig for oss å bruke både norske og engelske søkeord for å få et bredere søketreff. I starten valgte vi “hud mot hud kontakt”, “Kangaroo mother care” og “Skin to skin”, da vi ikke ønsket å snevre oss inn i første omgang. Basert på dette søket fikk vi opp flere tusen treff som ga oss et godt utgangspunkt. Deretter valgte vi, for å avgrense søket enda mer, søkeord som “premature”, “nurse attitude” og “benefits”. Til slutt landet vi på et utvalg på fire forskningsartikler som oppgaven vår bygger på.

For studienummer en, ble følgende søkeord brukt: “Skin to skin contact”. Dette søket ga oss 267 592 treff, og endte til slutt opp med en forskningsartikkel etter å ha lest sammendraget på fire av studiene. For studienummer to, brukte vi søke kombinasjonen “skin to skin benefits AND NICU”. Vi endte opp med 16 700 treff, og valgte studiet etter å ha lest to sammendrag og mange overskrifter. For studienummer tre, søkte vi “kangaroo mother care AND low birth weight”. Vi endte opp med å ta utgangspunkt i en av studiene basert på 15 700 resultater. På studienummer fire ble følgende søke kombinasjoner brukt: “skin to skin AND nurse AND attitude” og endte opp med 17 700 resultater.

3.2.3 Valg av artikler

I vår søkeprosess mot relevante studier brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier, i tillegg til søkeord for å begrense søket vårt enda mer. Inklusjonskriteriene våre var både engelske og norske studier, og at de måtte være fagfellevurdert. Eksklusjonskriteriene var at studiene ikke skulle være eldre enn 10 år gamle. Basert på disse søkene fikk vi flere tusen treff, men måtte ekskludere flere studier da de ikke var relevante til den målgruppen vi skulle undersøke. Vi

ønsket også at studiene ikke kun skulle være gjennomført i Europa da vi ville se på forskjellene og likhetene ved tidlig implementering mellom industriland og utviklingsland. Et annet krav var at studiene måtte være fra forskjellige årstall slik at vi kunne se utviklingen. For å underbygge troverdigheten og kvaliteten av studiene, måtte de også følge IMRaD-metoden. Vi utførte et sekundærsøk på de ulike tidsskriftene studiene hadde blitt publisert i, og utførte en bakgrunnssjekk av forskerne.

For oss var det viktig at vi fant studier som besvarte problemstillingen vår med relevant resultat. I første omgang fant vi åtte ulike studier som vi tenkte kunne passe til bacheloroppgaven. Etter en grundig gjennomgang av disse åtte, falt valget til slutt på fire av studiene. De fire studiene vi har valgt som utgangspunkt oppfyller alle kravene vi hadde satt på forhånd. I tillegg tilfredsstillende de ønsket vårt om at det skulle være både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Dette var viktig da vi ville ha observasjoner direkte fra feltet, men også tall og statistikker som kunne underbygge argumentene til de kvalitative studiene. Funnene våre består av tre kvantitative og en kvalitativ studie.

Tabell 1: *Oversikt over de valgte studiene*

Forfattere , årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspekti v	Metode
Linner, A., Klemming , S., Sundberg, B., Lillisköld, S., Westrup, B., Jonas, W. & Skiöld, B. 2019 Immediate skin-to- skin contact is feasible for very preterm infants but thermal control remains a challenge	Tidlig implementering direkte etter fødsel og temperaturregulerin g.	Hensikten med studiet var å finne ut om hud til hud kontakt mellom foreldre og det premature barnet var mulig direkte etter fødsel. I tillegg ønsket de å se på de helsefremmende effektene av kengurumetoden knyttet til temperaturregulerin g, respirasjon og ammning.	Foreldre og barn	I studiet har de brukt en kvantitativ tilnærming. Premature barn født mellom 2014- 2016 i Stockholm ble utdelt randomisert til en gruppe hvor hovedfokuset var kengurumetoden. Den andre delen havnet i gruppen hvor hovedfokuset var stabilisering på mottaksbord og som senere ble plassert i kuvøser.

<p>Kymre, I. G.</p> <p>2014</p> <p>NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice</p>	<p>Intensivsykepleiere sine holdninger ved hud-mot-hud i praksis</p>	<p>Hensikten med studiet er å belyse sykepleierens holdninger ved hud-mot-hud kontakt for premature og deres foreldre</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. Det ble gjennomført individuelle intervju på stille rom, avskilte fra nyfødt intensiv avdelingen. Her ble de bedt om å skrive utfyllende om deres erfaring fra HMH i praksis.</p>
<p>Olsson, E., Andersen, R. D., Axelin, A., Jonsdottir, R. B., Maastrup, R., Eriksson, M.</p> <p>2012</p> <p>Skin-to-skin care in neonatal intensive care units in the Nordic</p>	<p>Sykepleierens holdninger ved kengurumetoden</p>	<p>Hensikten med artikkelen var å undersøke bruken av hud-mot-hud kontakt i de nordiske landene. I tillegg skulle de se nærmere på retningslinjene for hud-mot-hud kontakt og holdningene til helsepersonellet.</p>	<p>Sykepleier</p>	<p>Kvantitativ tilnærming. Et spørreskjema ble delt ut på avdelingsnivå og ett på ansatte nivå på alle nordiske nyfødt intensivavdelinger. Spørreskjemaene var laget for å sammenligne tidligere og fremtidige undersøkelser. De ble skrevet på engelsk før de ble oversatt. De ansatte sine spørreskjema inneholdte en liste</p>

countries: a survey of attitudes and practices				med 23 mulige barrierer for bruken av HMM, hver av disse faktorene ble rangert på en skala fra 1-5. I tillegg skulle de skrive hvor lenge et stabilt prematurt barn kunne få HMM, dette var delt inn i kategorier fra <1 til >8
--	--	--	--	---

<p>Arya, S., Naburi, H., Kawaza, K., Newton, S., Anyabolu, C.H. , Bergman, N., Rao, S. P. N., Mittal,P. , Assenga, E. , Gadama, L. , Larsen- Reindorf, R., Kuti, O., Linnér, A., Yoshida, S., Chopra, N., Ngarina, M., Msusa, A.T., Boakye- Yiadom.</p>	<p>Tidlig implementering av hud-mot-hud kontakt og dens fordeler.</p>	<p>Hensikten med studiet var å se på sikkerheten og effektiviseringen av kontinuerlig hud- mot-hud kontakt implementert rett etter fødsel.</p>	<p>Foreldre og barn</p>	<p>Kvantitativ tilnærming. Forskningen ble utført på fem tertiær sykehus i lav- til mellominntektslan d, hvor alle nyfødte innenfor kriteriene ble tatt med i forskningen. Dersom mødrene var under 15år ble de ikke inkludert. Andre eksklusjonskriterier var dem som ikke var i stand til eller var uvillig til å gi samtykke, de som hadde født tre eller flere i svangerskapet, de som oppholdt seg utenfor studieområdet, samt spedbarn som ikke klarte å puste spontant innen 1t etter fødsel eller som hadde en</p>
---	---	--	-----------------------------	--

A., Kuti, B.P., ... Mas-sawe, A. 2021 Immediate “Kangaroo Mother Care” and survival of Infants with Low Birth Weight				større medfødt misdannelse.
---	--	--	--	--------------------------------

3.3 Analyse av artiklene

En analyse kan både ha et fokus på det åpenbare eller det skjulte innholdet i en studie (Friberg, 2017, s.177). I vår analyseprosess har vi valgt å se på helheten, for deretter og dele det opp og sette det sammen til en ny helhet igjen. Vi startet analysearbeidet vårt med å dele analyseringen av studiene opp i ulike faser. Først var vi nødt til å fokusere på helheten i studiene ved å sette oss inn i materialet (Friberg, 2017, s.178). For å kunne få god forståelse

av materialet leste vi igjennom og analyserte studiene flere ganger. Resultatet ble en kort oversiktsmodell som viser essensen i de ulike studiene, se tabell 2. Videre undersøkte vi likheter og ulikheter, for så å sammenligne resultatene fra studiene. Basert på dette skapte vi temaer som vi har delt inn i hoved- og underkategorier (Friberg, 2017, s. 178-179).

Tabell 2: *Hoved- og underkategorier.*

Hovedkategorier:	Underkategorier:
Tidlig implementering	Helsefremmende faktorer
	Konsekvenser/utfordringer
Sykepleierens holdninger	
Faktorer som påvirker sykepleierens holdninger	Organisatoriske utfordringer
	Sykepleierens ønsker og behov for mer kunnskap og opplæring
	Foreldrenes holdninger

4. RESULTATER

Etter å ha konkludert analysearbeidet vårt av de fire utvalgte studiene, endte vi opp med tre hovedkategorier, samt fem underkategorier. De ulike kategoriene er fremstilt oversiktlig i tabell 2. Videre skal det være en fordypende redegjørelse av disse.

4.1 Tidlig implementering

Tidlig implementering av HMH kontakt er essensielt for å oppnå optimalt utbytte og resultat av kengurumetoden, helst innenfor “the golden hour”. Dette begrepet er gjennomgående i tre av studiene, med unntak av studiet skrevet av Kymre (2014). Flere steder blir sykepleierens ressurser knyttet til HMH kontakt nevnt. I tillegg har resultatet fra studiene lagt vekt på helsefremmende faktorer, men også hva som kan være utfordringene ved tidlig implementering.

4.1.1 Helsefremmende faktorer

Alle de fire studiene vi har valgt som utgangspunkt for vår bacheloroppgave, nevner noe om ulike helsefremmende faktorer ved kengurumetoden. I studiet skrevet av Kymre vises det til følgende helsefremmende faktorer av HMH: “(...) provides thermal regulation, enhances bonding, helps reduce maternal postpartum depression symptoms, increases parental sensitivity to infant cues, helps establish breastfeeding and increased duration of exclusive or any breastfeeding, and positively affects infant-parent psychological development of mutual communication” (Kymre, 2014, s.1). I likhet med dette studiet blir også positive effekter ved amming, temperaturregulering, kardiologisk og respiratorisk stabilitet og bedre vekst nevnt i studiet skrevet av Linner og flere (Linner et al. 2019, s.697).

Olsson og flere legger hovedfokuset sitt på at kengurumetoden kan være med å redusere både sykkeligheten og dødeligheten blant premature barn (Olsson et al. 2012, s.1140). Det blir også beskrevet andre helsefremmende faktorer som bedre amming, temperaturregulering, hjerterytme, respirasjon, oksygenmetning og metabolismen (Olsson et al. 2012, s.1140). I tillegg fungerer det som smertelindring ved blodprøvetaking og andre injeksjoner. I studiet skrevet av Arya og flere viser de at av 1736 premature barn på åtte ulike sykehus, hadde 40% av de som fikk HMH rett etter de ble stabilisert, en lavere dødelighet enn de som lå i kuvøser

(Arya, et al. 2021. s.2029). Resultatene fra de ulike studiene viser at det er mange likheter ved de helsefremmende faktorene, men også noen ulikheter.

4.1.2 Konsekvenser/utfordringer

Det premature barnet og spedbarn med lav fødselsvekt er ekstra utsatt for hypotermi (Linnèr et al., 2019, s. 700-701). Utfordringen er å opprettholde optimal kroppstemperatur i romluft med kun foreldrene som eneste form for varmekilde. Normalt brukes eksterne varmekilder for å holde det premature barnet varmt, som ullklær eller en kuvøse, noe som fører til at det premature barnet ikke får HMH.

Det er innenfor “the golden hour” det er essensielt å få til HMH. Når det premature barnet er nyfødt og fortsatt vått etter fødselen står det i fare for å miste varme gjennom fordamping (Linnèr et al., 2019, s. 700). Det kan i tilfeller hvor det premature barnet trenger ekstra støtte og behov for enten overvåking eller pustestøtte, ta tid før de blir koblet på alt og deretter lagt på foreldrenes bryst. I løpet av den det tar før dette skjer, er det premature barnet spesielt utsatt for hypotermi. Teorien bak kengurumetoden er at varmen mellom det premature barnet og foreldrene deles, men dette kan være utfordrende. Dersom foreldrene har lavere kroppstemperatur enn det premature barnet vil det føre til at de ikke får tilført varme og blir fort kalde.

Dersom det premature barnet er ustabil, kan det være utfordrende å implementere HMH etter fødsel. I studiet skrevet av Olsson og flere, viser de til barnets stabilitet og GA som de største risikoene ved gjennomføring av HMH (Olsson et al., 2012, s. 1144). Det blir foreslått at barn født i uke 27 eller tidligere, skal vurderes individuelt om det er medisinsk forsvarlig å gjennomføre HMH (Olsson et al., 2012, s. 1144). Det fremkommer av studien at helsepersonell ikke ønsker å gjennomføre HMH til ustabile premature barn, når de har behov for avansert behandling som pleuradrenasje eller respirator (Olsson et al., 2012, s. 1144).

Kymre legger frem ulike vurderinger om ustabile barn skal legges i kuvøse eller om det premature barnet skal legges til foreldrenes bryst (Kymre, 2014, s. 5). Sykepleiernes holdninger til HMH når det premature barnet er ustabil, er svært varierende. I studien benyttes et eksempel fra en sykepleier som mener at premature barn som har behov for alarm

monitor også burde få HMH. Legene mener derimot at det premature barnet i dette tilfellet heller har behov for å ligge i kuvøsen. Det er i de fleste tilfeller sykepleierne som igangsetter og tilrettelegger for HMH, og et eksempel som dette viser hva de kan møte på.

I motsetning til det forrige studiet har Arya og flere (2021) fokusert på tidlig implementering og mest mulig bruk av kengurumetoden, istedenfor behandling i kuvøse. Det kommer frem i resultatene at det er 40% lavere dødelighet hos premature barn ved bruk av HMH metoden sammenlignet med premature barn som får behandling utelukkende i kuvøse (Arya et al., 2012, s. 2029). Forskningen ble avsluttet tidligere enn planlagt etter anbefaling fra data- og sikkerhetsovervåking styret ansvarlig for studien (Arya et al., 2012, s. 2028). Dette skyldtes at resultatene viste nedgang i dødeligheten hos de premature barna som fikk HMH, og de ønsket dermed å ekskludere dem som fikk behandling utelukkende i kuvøser. Det kommer frem i diskusjonen et ønske om at resultatene i deres forskning skal videreføres til ressurssterke områder med lav dødelighet og hvor intensiv overvåking tilbys (Arya et al., 2012, s. 2037). Ved å gjøre dette er det mulig å undersøke om resultatene fra ressursvake områder kan være relevante i andre land.

4.2 Sykepleierens holdninger

Sykepleierens holdninger til kengurumetoden er svært ambivalent, det vil si at de har svært ulike oppfatninger (Kymre, 2014, s. 4). Flertallet er enig i at HMH er viktig for å danne grunnlaget for tilknytningen, veksten og utviklingen til det premature barnet, men det er forskjellige meninger om hvor mye som er nok. Hovedutfordringen knyttet til sykepleierens holdninger av kengurumetoden, er som tidligere nevnt at det er ulike oppfatninger om hvor mye HMH som er “mest mulig”. Det er ulike bestemmelser mellom og innad i avdelingene, og det kan være alt fra 4-6 timer per døgn til hele døgnet rundt (Kymre, 2014, s. 6). I følge studien skrevet av Kymre (2014) er de fleste sykepleierne positivt innstilt til at foreldrene og det premature barnet skal få mest mulig HMH på dagen, men natten er derimot en stor utfordring. Sykepleierne er bekymret for at det premature barnet blir forlatt i kuvøsen eller sengen sin om natten (Kymre, 2014, s. 6). I løpet av natten “mister” de verdifull tid med HMH. I tillegg kan det hende at sykepleierne er for travle til at de kan tilfredsstille det premature barnets behov for nærhet. Da ønsker de gjerne tilstedeværelse av foreldrene. Men mange foreldre er ikke villig til å være på avdelingen på natten, og drar ofte tidlig og kommer tilbake sent (Kymre, 2014, s. 6).

4.3 Faktorer som påvirker sykepleierens holdninger

I studiene skrevet av Kymre (2014) og Olsson og flere (2012), kommer det frem ulike faktorer som kan påvirke sykepleierens holdninger til kengurumetoden. Dette er blant annet organisatoriske ressurser og foreldrenes holdninger. I tillegg er det mye usikkerhet rundt om begrepet HMH skal klassifiseres som et medisinsk begrep eller kun stemples som omsorg (Kymre, 2014, s. 4). Sykepleierne ønsker klarere retningslinjer innad i avdelingen, og har derfor et behov for mer kunnskap og opplæring knyttet til kengurumetoden.

4.3.1 Organisatoriske utfordringer

For å kunne legge til rette for tidlig HMH mellom det premature barnet og dets foreldre, er sykepleierne nødt til å ha organisatoriske ressurser lett tilgjengelig. I studiet til Olsson og flere, kommer det frem at 28% av sykepleierne hadde utfordringer med å tilby HMH kontakt på grunn av det fysiske miljøet (Olsson et al., 2012, s.1143). Denne faktoren ble mye nevnt underveis i studiet, og var et felles problem i alle de nordiske landene. Mangelen på fellesareal på de intensive avdelingene gjorde det vanskelig å kunne legge til rette for bruk av kengurumetoden (Olsson et al., 2012, s. 1143). I tillegg førte plassmangelen til at rommene ble overfylte, noe som igjen førte til mye støy og forstyrrelser (Olsson et al., 2012, s. 1143). Dette ble for mye for de små premature og økte stressnivået deres betraktelig.

Et annet problem var også at sykepleierne og avdelingene ikke hadde nok ressurser til å legge til rette for at det premature barnet kunne være på private rom sammen med sine foreldre for å unngå for mye forstyrrelser under HMH (Olsson et al., 2012, s. 1144). Det vil si at det ikke var nok rom til å få plass til alle foreldrene, og satt dermed en stopper for mulighetene til HMH gjennom hele døgnet. Konklusjonen til studien var at de ønsket en utvikling mot mer familieorienterte avdelinger med tanke på fysiske omgivelser (Olsson et al., 2012, s. 1145).

Mangelen på organisatoriske ressurser blir også nevnt i studiet skrevet av Kymre (2014), hvor de har valgt å ha hovedfokus på utfordringene knyttet til HMH på natten. Det var vanskelig for sykepleierne å balansere foreldrenes behov for søvn, det premature barnet sitt behov for omsorg av foreldrene sine og anbefalingene om HMH gjennom hele døgnet (Kymre, 2014, s. 7). En av sykepleierne som deltok i studiet sa at hun ikke kunne tenke seg til hvor mange timer de premature barna ikke fikk muligheten til HMH i løpet av natten når foreldrene ikke

var tilstede (Kymre, 2014, s. 6). Dette handler igjen om mangelen på muligheten til å leve et tilnærmet vanlig familieliv hvor de kan spise, slappe av og sove med ubegrenset tilgang til det premature barnet (Kymre, 2014, s. 6).

4.3.2 Sykepleierens ønsker og behov for mer kunnskap og opplæring

Sykepleierne ønsker og har behov for mer kunnskap og opplæring. I forbindelse med dette kommer det frem i studiene at det ønskes klarhet i å om begrepet kengurumetoden skal stemples som et medisinsk- eller omsorgsbegrep. Flertallet av sykepleierne i studien foretrakk å bruke kengurumetoden som et omsorgsbegrep, men de var også villig til å stemple det som medisinsk behandling (Kymre, 2014, s. 4). Det skyldtes at de gjerne ønsket å få frem viktigheten med HMH. På en side, forklarte sykepleieren at hun forstod viktigheten, men mente fortsatt at det ikke kunne bli brukt som en medisinsk behandling da HMH var naturlig (Kymre, 2014, s. 4). På den andre siden, ønsket en annen sykepleier å bruke det som et medisinsk begrep for at andre skulle få en dypere forståelse om hvorfor sykepleierne og foreldrene er nødt til å implementere det tidlig og gjennom store deler av sykehusoppholdet. Basert på resultatet av studien, ser man at sykepleierne har behov for klarere retningslinjer på begrepet og implementeringen.

I studiet skrevet av Olsson og flere kommer det frem at halvparten av de deltagende avdelingene ikke hadde gode retningslinjer eller nok informasjon om HMH (Olsson et al., 2012, s. 1144). Dette er en annen viktig faktor som gjør det utfordrende for sykepleierne å tilrettelegge for HMH med foreldrene, til tross for gode holdninger. Videre i studien legger de frem en anbefaling om at det burde finnes kliniske retningslinjer tilgjengelig på alle nyfødte intensive avdelinger og at de må være basert på oppdatert og gyldig praksis (Olsson et al., 2012, s. 1144).

4.3.3 Foreldrenes holdninger

Foreldrene sine holdninger til kengurumetoden kan ha stor innvirkning på hvor mye det premature barnet får av HMH kontakt i løpet av sykehusoppholdet. To av studiene vi har valgt å ta utgangspunkt i, beskriver at foreldrene opplever mye usikkerhet rundt kengurumetoden, i tillegg til at motivasjonen og initiativet hos foreldrene er svært ulikt (Kymre, 2014) (Olsson, et al. 2012).

For at det premature barnet skal ha størst utbytte av HMH kontakt, er det viktig at foreldrene er motiverte til å ta i bruk metoden. Dette kan påvirkes av ulike faktorer. Begrenset tilgjengelighet på familievennlige rom har en stor påvirkning på foreldrenes tilstedeværelse og motivasjon til å være sammen med det premature barnet sitt (Kymre, 2014. s.2). I studien skrevet av Olsson og flere har en sykepleier forklart at foreldrene stoppet å gi HMH når det premature barnet hadde fått på seg klær (Olsson, et.al. 2012. s.1142). I tillegg blir det blant annet nevnt at foreldrenes humør også kan være en utfordring. Ved noen tilfeller kan foreldrene fremstå svært frustrerte, kritiske og irriterte, som fører til at det blir utfordrende for sykepleierne å samarbeide så nært på dem (Kymre, 2014. s.5). Mange foreldre er ikke villige eller har ikke motivasjon til å være på avdelingen gjennom natten for å holde det premature barnet sitt HMH. Dette fører til at de mister flere timer med nærhet. I tillegg blir det også nevnt at foreldre ikke klarer å utføre kengurumetoden over flere lengre perioder på dagen eller at de ikke er villig til det (Kymre et al., 2014, s.6).

5. DISKUSJON

Dette kapittelet skal omhandle to ulike deler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal vi reflektere rundt valget av integrativ litteraturoversikt og gjennomgå en vurdering av søkestrategi. Vi skal også beskrive forskerne og informantene i studiet. I resultatdiskusjonen skal vi drøfte resultatene av studiene i henhold til hensikten og teorien vår. Avslutningsvis skal vi trekke våre egne konklusjoner.

5.1 Metodediskusjon

I vår bacheloroppgave har vi tatt utgangspunktet i en integrativ litteraturoversikt. Det vil si at vi under analyseprosessen har delt studiene opp i ulike deler som har resultert i en ny helhet. Fordelen med å bruke en integrativ litteraturoversikt er at vi har utført en grundig gjennomgang som har bidratt til å finne essensen i studiene. Oppdelingen har hjulpet oss med å finne en rød tråd, noe som har ført til at resultatet har blitt mer oversiktlig. Metoden har bidratt til at vi lettere kan sammenligne innholdet for deretter å trekke felles konklusjoner mellom studiene til en ny helhet. Den nye helheten har vi anvendt videre for å underbygge vår problemstilling.

Utfordringer vi møtte på underveis i arbeidet med denne metoden, var at ikke alle studiene hadde samme hensikt, resultat og utgangspunkt. To av studiene fokuserte hovedsakelig på sykepleierens holdninger, mens de to andre omhandlet tidlig implementering og utfordringer knyttet til dette. Det ble derfor noe utfordrende å finne en rød tråd som passet sammen med alle de fire studiene vi hadde valgt. Likevel ble dette løst på en god måte, da hensikten med problemstillingen vår har to hovedpunkter, nemlig tidlig implementering og sykepleierens holdninger. Vi klarte derfor å bearbeide resultatene på en slik måte at vi fikk en felles rød tråd.

I tillegg til å ha tatt utgangspunkt i en integrativ litteraturoversikt, har vi også anvendt kvantitative og kvalitative studier. Ved å ta utgangspunkt i begge typene har vi både fått informasjon direkte fra fagfeltet, samt statistikk og tall som har bidratt til å underbygge problemstillingen vår. Kvalitative studier er preget av å få frem det som er spesielt/avvikende, intervju uten faste svaralternativer, datasamling i direkte kontakt med feltet og et jeg-du-forhold (Dalland, 2017, s.53). På en side kan det være fordeler ved å ha intervjuer uten faste svaralternativer og med direkte kontakt i feltet, da det gir forskerne et helhetlig bilde av

situasjonen. Ulempen kan derimot være at resultatet ikke blir objektivt på grunn av relasjonsbygging. Kjennetegn ved kvantitative metoder er blant annet spørreskjema med faste svaralternativer, systematiske og strukturerte observasjoner, datasamling uten direkte kontakt med feltet, og et jeg-det-forhold (Dalland, 2017, s. 53). Fordelene med denne metoden er at den gir mulighet for å samle inn større mengder data på kortere tid. Dette fører til et mer representativt resultat uten subjektiv påvirkning. Sykepleiere har ofte ulike meninger og tolkninger av et spørsmål, det kan derfor på den andre siden være en ulempe med spørreskjema med faste alternativer på grunn av forskjellige tolkninger. Dette kan føre til at resultatet ikke blir konkret. I tillegg kan det også være at studiene ikke er objektive, dersom spørsmålene er vinklet på en slik måte at det gir det resultatet man ønsker.

5.1.1 Valg av søkestrategier

For å finne frem til relevante studier som underbygger problemstillingen vår, søkte vi i ulike databaser. Databasene vi brukte var Oria og Google Scholar, men tok hovedsakelig utgangspunkt i sistnevnte. Vi valgte Google scholar da vi gjerne ønsket et bredere søk enn det vi fikk på andre databaser på skolens nettsider. Det som var utfordrende ved denne databasen, var at det kun var mulig å begrense søket vårt med utgivelsesår. Vi fikk derfor flere tusen treff med mange studier som ikke var relevante. Det var derfor svært tidkrevende å gå gjennom overskriftene for så å lese noen sammendrag og velge studier basert på dette. Hadde vi valgt andre databaser kunne vi avgrenset søket slik at vi kun fikk et par treff som kunne gi oss andre resultater.

De fire studiene vi har basert bacheloroppgaven vår på, er publisert på engelsk. For å kunne bruke det i oppgaven vår var vi nødt til å oversette innholdet til norsk. Ulempen med dette var at det var svært tidkrevende og at det var en mulighet for feiltolkninger av innholdet.

Feiltolkningen kan ha ført til at vi hadde en annerledes eller feil forståelse av studien. I tillegg var noen av de medisinske begrepene utfordrende å oversette. Basert på tidligere erfaring og engelskkunnskapene føler vi likevel at vi har gjort en god jobb med oversettelsen. For å unngå feiltolkninger har vi brukt god tid, brukt ordbøker og undersøkt nærmere ved usikkerhet.

Inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene som er blitt beskrevet i metoddelen 3.2.3, sier noe om årsperioden vi har valgt og hvilket geografisk område studiene er fra. De fire ulike studiene ble publisert i 2012, 2014, 2019 og 2021. Vi valgte studier fra ulike årstall da vi

ønsket å se utviklingen som har skjedd de siste årene relatert til kengurumetoden. Ulempen ved å bruke eldre studier er at informasjonen kan være utdatert, og at sykepleierne sine holdninger kan ha endret seg. Likevel opplever vi at det har vært til fordel for bacheloroppgaven vår. I tillegg til forskjellig årstall har vi også valgt studier fra ulike verdensdeler. Tre av studiene er fra nordiske land og den siste er fra Afrika. Dette har gitt oss muligheten til å kunne sammenligne bruken av kengurumetoden mellom utviklings- og industrielle land. Resultatet blir et bredt spekter av informasjon som vi har fått god bruk for til oppgaven vår.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Ved valg av studier var det også viktig for oss at forskerne hadde relevant faglig bakgrunn og jobberfaring knyttet til temaet vårt. Ved grundigere undersøkelser kommer det frem at alle forskerne involvert i studiene har erfaring fra nyfødt intensiv. Funnene ved sekundærsøket viser at de fleste forskerne er sykepleiere, hvorav noen også har videreutdanning innenfor pediatrien. Dette er med på å styrke studienes troverdighet, og forsikrer oss om at resultatene er relevante for vårt fagfelt. Studien skrevet av Arya og flere (2021), har vi derimot ikke fått undersøkt alle de involverte like grundig da det hadde vært for tidkrevende med tanke på antall forskere.

5.1.3 Informant-deltakerne i studiene

To av studiene vi tok utgangspunkt i har undersøkt i stor skala, altså med mange informanter. Studien skrevet av Olsson og flere har samlet inn informasjon fra 95 ulike avdelinger med til sammen 1946 ansatte (Olsson, 2012, s. 1140). Arya og flere har totalt 3211 premature barn og deres mødre (Arya et al., 2021, s. 2028). De resterende to studiene har valgt færre informanter. Kymre har basert funnene sine på 18 sykepleiere fra 3 ulike avdelinger i Sverige, Norge og Danmark (Kymre, 2014, s.2). Studiet skrevet av Linner og flere har tatt utgangspunkt i 55 premature barn, hvorav 60% var gutter og 40% var jenter (Linner et al., 2019, s. 697). Ulempen med at studiene er utført ved bruk av få informanter er at funnene kan være avvikende fra det som egentlig er representativt dersom flere hadde vært involvert.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven har vært å belyse viktigheten ved tidlig implementering av kengurumetoden mellom det premature barnet og dets foreldre. I tillegg har vårt fokus vært på hvilke faktorer som påvirker sykepleiernes holdninger og dermed hvor mye HMH det premature barnet får. I dette delkapittelet skal vi bruke teori og egne refleksjoner for å diskutere resultatene og underbygge vår problemstilling.

5.2.1 Tidlig implementering

For å få størst mulig utbytte av kengurumetoden er det viktig at metoden implementeres tidlig, helst innenfor “the golden hour” (Sharma, 2017). Det vil med andre ord si at det premature barnet burde bli lagt på foreldrenes bryst innen en time etter fødsel, dersom det er mulig. Alle de fire forskningsartiklene vi har brukt i resultatkapittelet vårt viser til både helsefremmende faktorer og utfordringer, hvorav to har fokus på tidlig implementering. Helsefremmende faktorer som er gjentakende er bedre temperaturregulering, respiratorisk og sirkulatorisk stabilitet, lavere dødelighet, bedrer amming og styrker båndet mellom det premature barnet og dets foreldre (Linner et al. 2019, s.697), (Kymre, 2014, s.1), (Olsson et al. 2012, s.1140). Tidlig implementering er derfor viktig innenfor “the golden hour” for raskere stabilitet hos det premature barnet, som kan føre til tidligere utskrivelse. Selv om det er mange helsefremmende faktorer kan det være utfordrende med tidlig implementering på grunn av temperaturregulering og dersom det premature barnet er ustabil.

I studien skrevet av Arya og flere kommer det frem at dødeligheten minsker med 40% dersom det premature barnet får HMH kontakt direkte etter fødsel (Arya et al., 2021, s.2029). Dette tallet viser hvor viktig det er med tidlig implementering. Afrika er en verdensdel som ikke har medisinsk utstyr og som er avhengig av kengurumetoden dersom det premature barnet skal ha en sjanse til å overleve. Denne kunnskapen kan videreføres til vestlige land, som i motsetning til afrikanske land har økonomien til utstyr og medisinsk behandling. I likhet med afrikanske land burde også de vestlige landene ha et større fokus på kengurumetoden, og kanskje da kan dødstillene blant premature barn også her bli redusert. Det er likevel viktig å være klar over at dødstillene ikke er sammenlignbare da Afrika generelt har høy mortalitet.

Ved innføring av tidlig implementering kan man også møte ulike utfordringer. Som nevnt i resultatdelen kommer det frem at det premature barnet er ekstremt utsatt for hypotermi (Linnèr et al., 2019, s. 700). Videre forklarer de at dette skyldes at de er våte etter fødsel og

derfor har lettere for å bli fort kald. Det premature barnet er født for tidlig, og er dermed ikke ferdig utviklet, noe som betyr at de har tynnere hud ved fødsel enn fullbårne nyfødte. For å forhindre hypotermi kan det være aktuelt med behandling i kuvøse framfor tidlig implementering av HMH. Vi mener at kengurumetoden er en essensiell del av det premature barnets behandling, og at det derfor må være fokus på å forhindre hypotermi. Dersom de trenger kuvøsebehandling, kan det ta lengre tid før det premature barnet får ligge HMH med foreldrene. Likevel skal tidlig implementering være til fordel for barnet og det er derfor viktig at det ikke har motsigende effekt. Sykepleierne må være oppmerksom på at hypotermi kan være en konsekvens, og derfor må tiltak iverksettes for å forhindre dette.

En av hovedgrunnene til at det kan være utfordrende å implementere kengurumetoden innenfor “the golden hour” er dersom det premature barnet er ekstremt dårlig ved fødsel. Legene og sykepleierne vil da prioritere å stabilisere dem på mottaksbordet og transporterer ofte det premature barnet til nyfødt intensiv. I resultatdelen kommer det frem et forslag om at det burde være en individuell vurdering om HMH skal implementeres når det premature barnet er født før uke 27 (Olsson et al., 2012, s. 1144). Vi er enige med dette forslaget, da det er viktig at det premature barnets liv ikke blir satt i fare. Ifølge helsepersonelloven er det krav til at sykepleierne skal arbeide etter faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dersom barnet er ustabil ville det ikke vært hensiktsmessig å implementere kengurumetoden direkte etter fødsel. I slike tilfeller burde medisinsk behandling bli prioritert, til tross for at forskning viser til mange helsefremmende faktorer ved HMH. Istedenfor tidlig implementering kan fokuset være at det ikke skal gå flere timer før foreldrene får treffe det premature barnet og eventuelt få holdt de ved første mulighet. Vi synes derimot at kengurumetoden skal implementeres tidlig dersom det premature barnet er født etter uke 27 og det ikke er til ulempe for deres helse (Olsson et al., 2012, s. 1144).

Basert på resultatene ser vi at sykepleiernes og foreldrenes holdninger påvirker hvor tidlig HMH blir implementert og varigheten. Videre i diskusjonskapittelet skal vi diskutere faktorene som påvirker holdningene nevnt i resultatkapittelet 4.3.

5.2.2 Faktorer som har innvirkning på holdningene

Alle sykepleiere er forskjellige og har ulike holdninger knyttet til kengurumetoden. Holdninger blir beskrevet som måten vi mennesker reagerer på i møte med andre (Huseby,

2019). Dette vil med andre ord omhandle hvordan sykepleierne velger å møte foreldrene når de skal initiere og engasjere til HMM. I resultatdelen blir det nevnt flere faktorer som påvirker sykepleierens- og foreldrenes holdninger relatert til når HMM implementeres og varigheten.

I studiet skrevet av Kymre (2014) kommer det frem at majoriteten av alle sykepleierne har lik oppfatning om at HMM må implementeres “mest mulig”. Det er likevel ulike meninger mellom sykepleierne og innad i avdelingen om hva “mest mulig” innebærer. De forskjellige holdningene blant sykepleierne fører til usikkerhet rundt HMM og vi mener derfor at det burde være klarere retningslinjer på bruken av kengurumetoden. I likhet med våre meninger blir det i studien skrevet av Olsson og flere lagt frem at flere av de deltagende avdelingene ønsket å ha felles retningslinjer innad i avdeling (Olsson et al., 2012, s. 1144). Til tross for at sykepleierne har ulike holdninger vil felles retningslinjer gi mindre usikkerhet og et bedre utgangspunkt i møte med foreldrene. Likevel er det viktig å ta i betraktning at de premature barna har ulike behov basert på tilstand og alvorlighetsgrad.

Retningslinjene burde fokusere på viktigheten av at det premature barnet og dets foreldre ikke skal skilles, informasjon om at HMM trengs for å fremme modning og at det burde implementeres direkte etter fødsel og opprettholdes mest mulig (Olsson et al., 2012, s. 1144). I tillegg burde det ikke være noen restriksjoner knyttet til hvor lenge foreldrene kan være til stede og at premature barn født under uke 27 også skal få muligheten til HMM med foreldrene sine (Olsson et al., 2012, s. 1144). I studiet skrevet av Olsson og flere, kom det frem at 30% av avdelingene hadde perioder hvor foreldrene ikke fikk være tilstede (Olsson et al., 2012, s. 1144). Dette er motstridende til FNs konvensjon artikkel 9 for barnets rettighet som konstaterer at:

Partene skal sikre at et barn ikke blir skilt fra sine foreldre mot deres vilje, unntatt når kompetente myndigheter, som er underlagt rettslig prøving, i samsvar med gjeldende lover og saksbehandlingsregler, beslutter at slik atskillelse er nødvendig av hensyn til barnets beste. (Barne- og familiedepartementet, 1989, s. 11)

Funnene fra studiene vi har tatt utgangspunkt i, viser at det var det fysiske miljøet som gjorde det utfordrende for sykepleierne å tilby HMM kontakt (Olsson et al., 2012, s.1143). Selv om sykepleierens holdninger er med på å legge til rette for HMM, er de også avhengig av organisatoriske ressurser. Vi mener at de utarbeidede felles retningslinjene burde inneholde krav til det fysiske miljøet i tillegg til annen informasjon knyttet til kengurumetoden.

Eksempel på hva retningslinjene burde inneholde er blant annet at det må være tilrettelagt for muligheten til enerom. Dette kan føre til at hovedproblemet med plassmangelen og overfylte rom får en bedre løsning. Det vil gi mindre støy og forstyrrelser for det premature barnet og styrker de helsefremmende faktorene ved HMH. Likevel viser egne erfaringer at sykepleierne ikke får observert det premature barnet over lengre tid dersom de er sammen med foreldrene på enerom. I tillegg kan sykepleiernes holdninger endres slik at de føler seg påtrengende og ikke går inn for å unngå å forstyrre dem. I retningslinjene er det også viktig å påpeke at foreldrene burde ha mulighet til å kunne leve vanlige familieliv, og dermed blir det lettere for dem å opprettholde HMH også på natten. Dersom de ikke får denne muligheten vil ikke det premature barnets behov for nærhet bli dekket og de mistet flere timer med HMH (Kymre, 2014, s. 6).

Selv om sykepleieren har gode holdninger og alt ligger til rette for kengurumetoden, kan det ikke gjennomføres dersom foreldrene ikke er villig til det. Det er derfor viktig med brukermedvirkning for å få til et godt samarbeid mellom sykepleierne og foreldrene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Sykepleierne bør underveis i prosessen involvere foreldrene mest mulig ved å informere om helsefremmende faktorer, konsekvenser, vise til retningslinjene på avdelingen og legge fokus på at HMH er like viktig på natten som på dagen. I teorikapittelet vårt har vi beskrevet pedagogikk i sykepleien, altså at læring og metoder er med på å fremme læreprosesser (Brataas, 2019, s.16). Informasjon og kunnskap blant sykepleierne og foreldrene er svært viktig for denne prosessen. Sykepleierne må ha kompetanse om kengurumetoden for å videreformidle dette til foreldrene, slik at de basert på kunnskapen selv kan initiere til dette mest mulig.

Basert på resultatkapittelet ser vi likevel at det kan være utfordrende for foreldrene å gjennomføre HMH på bakgrunn av deres holdninger. I studien skrevet av Kymre kommer det frem at mange av foreldrene ikke har motivasjon eller er villig til å utføre HMH på natten og over lengre perioder på dagen (Kymre et al., 2014, s.6). I tillegg kan også foreldrenes humør ha en innvirkning, da de ofte blir irriterte og kritiske dersom sykepleierne arbeidet nært på (Kymre, 2014, s.5). Det er derfor vi synes at sykepleierpedagogikk er viktig innenfor dette fagfeltet, da informasjon og kunnskap er med på å påvirke foreldrenes holdninger. Dette vil igjen føre til et større engasjement og at det premature barnet får “mest mulig” HMH kontakt med foreldrene sine.

6. ANVENDELSE I PRAKSIS

I vår bacheloroppgave har vi sett på viktigheten ved tidlig implementering av kengurumetoden mellom det premature barnet og dets foreldre. I tillegg har vi skrevet om sykepleierens holdninger og faktorer som påvirker disse. Tidlig implementering er viktig for å få best utnyttelse av helsefremmende faktorer ved HMH, men det kan også være utfordrende og ha konsekvenser for barnets helse. Faktorer som påvirker sykepleierens holdninger er blant annet erfaringer, organisatoriske utfordringer og foreldrenes holdninger. Sykepleierne har behov for mer informasjon og kunnskap om denne metoden, som kan videreføres til foreldrene. Basert på funnene våre er alle tre kandidater enige om at til tross for større fokus på kengurumetoden og økt forskning, er det fortsatt mangler innenfor fagfeltet. Vi har derfor kommet frem til følgende:

- Det burde fremover settes et større fokus på å implementere kengurumetoden innenfor “the golden hour”. Tidlig implementering kan være med på at det premature barnet blir raskt stabilisert, som dermed fremskynder utskrivningsprosessen. Dette vil igjen bidra til en mindre belastning på sykehuset og personalet.
- Vårt ønske er i likhet med studiet skrevet av Olsson og flere (2012) at det må innføres felles retningslinjer på alle nyfødte intensive avdelinger. Retningslinjene burde inneholde informasjon om kengurumetoden, klare krav til organisatoriske ressurser som enerom, og si noe om hvor lenge man burde holde det premature barnet HMH.
- For å kunne skrive noe om varigheten på HMH i retningslinjene, burde det også utføres ny forskning. Vi mener at forskningen burde ta utgangspunkt i et bredt utvalg premature barn, hvor hver gruppe har forskjell på antall timer med HMH kontakt. Større kunnskap om, og klarere retningslinjer innenfor dette feltet, vil skape større trygghet blant sykepleierne, og kan bidra til likere holdninger og praksis på nyfødt intensivavdelinger når metoden skal implementeres.
- Vi mener at det burde være større fokus på premature barn og kengurumetoden i den allmenne sykepleierutdanningen. Dette vil bidra til økt kunnskap innenfor fagfeltet, og kan være med på å motivere flere foreldre til økt bruk av HMH både på sykehusene og hjemme.

LITTERATURLISTE

- Arya, S., Naburi, H., Kawaza, K., Newton, S., Anyabolu, C.H. , Bergman, N., Rao, S. P. N., Mittal, P. , Assenga, E. , Gadama, L. , Larsen-Reindorf, R., Kuti, O., Linnér, A., Yoshida, S., Chopra, N., Ngarina, M., Msusa, A.T., Boakye-Yiadom. A., Kuti, B.P., ... Mas-sawe, A. (2021). Immediate “Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*, 2021(384), 2028-2038. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2026486?articleTools=true>
- Barne- og familiedepartement, 1989, *FNs konvensjon om barnets rettigheter*, Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Brataas, H., Evensen, E, A., Ingstad, K (Red). (2019). *Pedagogisk praksis i sykepleie (1.utg)*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Campbell-Yeo, M. L., Disher, T. L., Benoit, B. L. & Johnston, C. C. (2015). Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. *National Library of Medicine*, 2015 (6), 15–32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5683265/>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving (6.utgave)*. Gyldendal Norsk forlag AS
- Friberg, F. (2017) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie. (4.utgave)*. Fagbokforlaget
- Hagtvedt, M. L., & Holan, S. 2010 *Det nye liv*, 3.utgave. Fagbokforlaget

Helsedirektoratet. (2017, 17.oktober) *Brukermedvirkning* Helsedirektoratet

[Brukermedvirkning - Helsedirektoratet](#)

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

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Lovdata](#)

Huseby, E. M. (2019, 11. januar) *Holdninger, meninger og verdier*. Nasjonal Digital

LæringsArena [Holdninger, meninger og verdier - Kommunikasjon og samhandling \(HS-HSF vg1\) - NDLA](#)

Kymre, I. G. (2014). NICU nurses ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice.

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2014(9):

23297, 1-8. [*NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice](#)

[\(tandfonline.com\)](#)

Kåss, E (2020, 26.desember). *Gestasjon*. Store medisinske leksikon. [gestasjon – Store](#)

[medisinske leksikon \(snl.no\)](#)

Linner, A., Klemming, S., Sundberg, B., Lillisköld, S., Westrup, B., Jonas, W. & Skiöld, B.

(2019). Immediate skin-to-skin contact is feasible for very preterm infants but thermal control remains a challenge. *Acta pædiatrica: nurturing the child*. 2020(109), 697-705.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.15062>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6.utgave). Gyldendal

Olsson, E., Andersen, R.D., Axelin, A., Maastrup, R. & Eriksson, M. (2012) Skin-to-skin care in neonatal intensiv care units in the Nordic countries: a survey of attitudes and

practices. *Acta pædiatrica: nurturing the child*. 2012(101), 1140-1146. [Skin-to-skin care in neonatal intensive care units in the Nordic countries: a survey of attitudes and practices \(uis.no\)](#)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

Sharma, D. (2017, 19. september). Golden hour of neonatal life: Need of the hour. National Library of Medicine [Golden hour of neonatal life: Need of the hour - PubMed \(nih.gov\)](#)

St Olavs Hospital. (2022, 1 mars). Nyfødt intensiv: For tidlig fødte barn. (premature). Hentet fra: <https://stolav.no/behandlinger/for-tidlig-fodte-barn-premature>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversiktstabell over analyserte studiet:

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient / pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Linner, A., Klemming, S., Sundberg, B., Lillisköld, S., Westrup, B., Jonas, W. & Skiöld, B. (2019), Acta Pædiatrica, Sverige.	Immediate skin-to-skin contact is feasible for very preterm infants but thermally control remains a	Hensikten med studiet var å finne ut om hud mot hud kontakt mellom foreldrene og det premature barnet var mulig direkte etter fødsel. I tillegg ønsket de å se på de helsefremmen- de effektene av kengurumeto	Foreldre og barn	I studiet har de brukt en kvantitativ tilnærming. Premature barn født mellom 2014-2016 i Stockholm ble utdelt randomisert til en gruppe hvor hovedfokuset var kengurumet- oden. Den andre delen havnet i	Dette studiet ble utført på 55 premature barn som var født i uke 32+0 og 1.4 +/- uker. De premature barna hadde en fødselsvekt på 1760g +/- 449g. 60% av disse var gutter.	Stabilisering av svært premature spedbarn kan utføres under kengurum- etoden, men man må være forsiktig for å oppretthol- de normal temperatur . Funnene i studiet

	challengene	den på temperaturregulering, respirasjon og amming.		gruppen hvor hovedfokus var stabilisering på mottaksbord og som senere ble plassert i kuvøser.		viser at gjennomsnittet på den kroppslige temperaturen var 0.3 C lavere i gruppen som brukte kengurum etoden 1 time etter fødsel. Ingen forskjeller i respirasjon og amming ble funnet.
Kymre, I. G. (2014), Qualitative studies on Health and Well-being, Sverige, Danmark og Norge.	NICU nurses' ambivalent attitudes in skin-to-skin	Hensikten med studiet er å belyse essensen av NICU sykepleierens holdning i hud-til-hud kontakt for premature	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming. Det ble gjennomført individuelle intervju på stille rom, avskilte fra nyfødt intensiv	18 sykepleiere fra tre nyfødt intensiv avdelinger i Sverige, Norge og Danmark. Sykepleiere	I studiet kommer de frem til at HMH burde benyttes så mye som mulig, men at

	care practi ce	spedbarn og deres foreldre		avdelingen. Her ble de bedt om å skrive utfyllende om deres erfaring fra HMH i praksis.	med mer enn fem år erfaring innenfor nyfødt intensiv ble prioritert. 12 hadde en høyere utdanning innenfor pediatri, nyfødtinten siv, kirurgi og offentlig helse sykepleiere.	dette er et bredt konsept og at deres holdninger er ambivalen t. De kliniske vurderinge ne for å HMH er avhengig av at foreldre og det premature barnet har optimal HMH.
Olsson, E., Andersen, R. D., Axelin, A., Jonsdottir, R. B., Maastrup, R., Eriksson, M. (2012), Acta Pædiatrica, Danmark, Norge,	Skin- to- skin care in neona tal intens ive care units in the	Hensikten med artikkelen er å undersøke bruken av hud-mot-hud kontakt i de nordiske landene. Eksistensen av retningslinjer	Sykepl eier	Kvantitativ tilnærming. Et spørreskjem a ble delt ut på avdelingsniv å og ett på ansatte nivå på alle nordiske nyfødt	Studiet ble utført av en spørreunder søkelse som ble utført av 95 ulike enheter, og 1446 ansatte var delaktig i	Funnene i studiene viste at HMH er implement ert i alle nordiske intensive enheter, men at det blir tilbudt i ulik grad

Sverige, Finland og Island.	Nordic countries: a survey of attitudes and practices	for hud-til-hudkontakt og holdningene til nyfødt personell i forhold til hud-mot-hud		intensivavdelinger. Spørreskjemaene var laget for å sammenligne tidligere og fremtidige undersøkelser. De ble skrevet på engelsk før de ble oversatt. De ansatte sine spørreskjema inneholdte en liste med 23 mulige barrierer for bruken av HMH, hver av disse faktorene ble rangert på en skala fra 1-5. I tillegg skulle de skrive hvor lenge et	undersøkelsen.	og omfang. Danmark, Norge og Sverige tilbyr HMH mer omfattende enhetene i Finland og Island.
-----------------------------	---	--	--	---	----------------	--

				stabilt prematurt barn kunne få HMH, dette var delt inn i kategorier fra <1 til >8		
Arya, S., Naburi, H., Kawaza, K., Newton, S., Anyabolu, C.H. , Bergman, N., Rao, S. P. N., Mittal,P. , Assenga, E. , Gadama, L. , Larsen- Reindorf, R., Kuti, O., Linnér, A., Yoshida, S., Chopra, N., Ngarina, M., Msusa, A.T., Boakye- Yiadom. A., Kuti, B.P., ...	Immed iate “Kanga roo Mother Care” and surviva l of Infants with Low Birth Weight	Hensikten med studiet var å utføre et stort og randomisert forskning for å evaluere sikkerheten og effektiviserin gen av kontinuerlig hud-mot-hud kontakt implementert rett etter fødsel. de premature barna i studiet hadde en fødselsvekt	Foreldr e og barn	Kvantitativ tilnærming. Forskningen ble utført på fem tertiær sykehus i lav- til mellominnte ktsland, hvor alle nyfødte innenfor kriteriene ble tatt med i forskningen. Dersom mødrene var under 15år ble de ikke inkludert. Andre	Totalt 87381 gravide kvinner ble undersøkt på forhånd for deltakelse i studiet og totalt 77220 mødre og 79850 barn ble undersøkt for kvalifiserin g mellom 30 november 2017 og 20 januar 2020. 5357	Funnene i studiet viste at gruppen hvor kengurum etoden ble implement ert tidlig hadde en lavere dødelighet ved 28 dager enn det premature barna som hadde konvensjo nell omsorg etter

<p>Mas- sawe, A. (2021), The new england journal of medicine Ghana, India, Malawi, Nigeria og Tanzania.</p>		<p>på mellom 1 kg til 1,799 kg.</p>		<p>eksklusjons kriterier var dem som ikke var i stand til eller var uvillig til å gi samtykke, de som hadde født tre eller flere i svangerskap et, de som oppholdt seg utenfor studieområdet, samt spedbarn som ikke klarte å puste spontant innen 1t etter fødsel eller som hadde en større medfødt misdannelse .</p>	<p>barn fra 4859 mødre møtte vekt kriterien for deltagelse til studien. av de 2944 av mødrene og 3211 barn undergikk en randomisering hvorav 1470 mødre og 1609 barn ble tildelt tidlig implementering av hud-mot-hud og 1474 mødre og 1602 barn ble tildelt konvensjonell omsorg inkludert hud-mot-hud etter</p>	<p>stabilisering.</p>
---	--	-------------------------------------	--	--	---	-----------------------

					barnet ble stabilisert.	
--	--	--	--	--	----------------------------	--

Vedlegg 2: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	Oria.no	Hud mot hud kontakt etter fødsel.	fagfelleverderte tidsskrift Artikler norsk årstall 2012-2022	121	3	1	0
14.03.22	Google Scholar	kangaroo mother care benefits	Årstall 2012-2022	15400	1	1	0
14.03.22	Google Scholar	kangaroo mother care awareness about benefits	Årstall 2012-2022	14800	1	1	0
14.03.22	Google scholar	Skin to skin benefits, NICU	Årstall 2012-2022	16700	4	2	1
14.03.22	Oria.no	Skin to skin contact	fagfelleverderte tidsskrift, Artikler. Norsk og Engelsk.	267592	4	1	1

			Årstall fra 2012-2022				
14.03.22	Google scholar	Kangaroo Mother Care	Årstall fra 2012-2022	17 100	4	0	0
14.03.22	Google scholar	Kangaroo Mother Care and Low Birth Weight	Årstall fra 2012-2022	15 700	1	1	1
14.03.22	Oria.no	Skin to skin, premature, effects	Fagfelle- vurdert tidsskrift. Artikler. Norsk og engelsk. Årstall fra 2012-2022.	48 280	1	0	0
14.03.22	Oria.no	kangaroo care method nurse	Fagfelle- vurdert tidsskrift. Artikler. Norsk og engelsk. Årstall fra 2012-2022.	1665	1	0	0
14.03.22	Google scholar	Skin to skin contact immediately after birth	Årstall fra 2012-2022.	17 900	3	2	0
14.03.22	Oria.no	Hud mot hud	Artikler. Norsk og engelsk.	384	0	0	0

			årstall 2012-2022.				
14.03.22	Oria.no	Kangaroo Mother Care	Artikler. Norsk og engelsk. årstall 2012-2022.	4012	3	0	0
14.03.22	Google scholar	Skin to skin, nurse, attitude	Årstall 2012-2022	17700	4	2	1