



En trygg start

Tilknytningen mellom mor og det premature barnet

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 110

Antall ord: (Eksklusive litteraturliste, tabeller og figurer)

Dato: 10.03.17

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Menneskets liv kan sies å begynne med tilknytning, det livslange båndet av kjærlighet, eller fravær av kjærlighet, som barnet danner til en voksen i nærheten.

(Wennerberg, 2011)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens hensikt.....	2
1.4 Oppgavens sykepleiefaglige relevans.....	2
1.5 Oppgavens avgrensinger.....	3
1.6 Begrepsavklaringer.....	3
1.7 Oppgavens videre oppbygging.....	4
2. Metode	5
2.1 Metodebeskrivelse.....	5
2.2 Databaser og litteratursøk.....	5
2.3 Presentasjon av forskning.....	7
2.4 Kildekritikk.....	8
3. Teori	10
3.1 Sykepleieteori.....	10
3.1.1 Joyce Travelbee.....	10
3.2 Tilknytning.....	11
3.3 Det premature barnet.....	12
3.4 Møtet med mor og det premature barnet.....	13
3.5 Intervensjoner.....	14
3.5.1 Kengurumetoden.....	15
3.5.2 NIDCAP.....	16
3.6 Amming.....	17
3.7 Etikk.....	18
3.8 Lovverk.....	19
4. Drøfting	20
4.1 Sykepleierens rolle.....	20
4.1.1 Sykepleierens veiledende rolle.....	20
4.1.2 Sykepleierens støttende rolle.....	21
4.1.3 Relasjonen med mor.....	22
4.2 Utfordringer ved tidlig samspill og tilknytning.....	22
4.2.1 Miljøets påvirkning på barnet.....	22
4.2.2 Miljøets påvirkning på mor.....	23
4.2.3 Mors sensitivitet.....	23
4.2.4 Miljøets påvirkning på sykepleieren.....	24
4.3 Vurdering av samspillet – "Care Index".....	25
4.4 Vurdering av intervensjonene.....	25
4.4.1 Kengurumetoden.....	25
4.4.2 NIDCAP.....	27
4.5 Ammingens påvirkning på samspillet.....	28
4.5.1 Amming og samspill.....	28
4.5.2 Ammeveiledning.....	29
5. Konklusjon	31
Litteraturliste	32

1. Innledning

Dette kapittelet vil ta for seg bakgrunnen for mitt valgte tema. Deretter vil jeg presentere problemstillingen og forklare oppgavens hensikt. Jeg ønsker å utdype avgrensinger og begrepsavklaringer, før jeg til slutt gjør rede for oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt å fordype meg i er tilknytningen mellom mor og det premature barnet. Grunnen til at jeg ønsker å skrive om dette er først og fremst fordi jeg har fått et sterkt engasjement for temaet, som følge av personlige opplevelser. Da jeg selv skulle ha barn, fikk jeg i svangerskapsuke 26, beskjed om at jeg hadde svangerskapsforgiftning og måtte deretter til ukentlige kontroller. Hver uke gikk jeg og ventet på beskjeden om at jeg måtte settes i gang. Dette førte til at jeg begynte å søke informasjon om hva som kunne gjøres for å redde for tidlig fødte barn.

Jeg fikk også kjenne på utfordringer i forhold til tilknytning og hvor stor rolle helsepersonell spiller i forhold til dette. Etter fødselen måtte jeg legges i narkose, og jeg mistet dermed det første samspillet med datteren min. Vårt første møte ble preget av undersøkelser, stress og uro. Likevel fikk vi en trygg og god tilknytning takket være støtte og veiledning fra flinke fagfolk.

Selv om det i mitt tilfelle gikk fint og jeg klarte å gå helt til uke 37, har jeg tenkt mye på hva som faktisk kan gjøres i dag, ikke bare for å redde premature barn, men for å gi dem en trygg start på livet. De fleste foreldre har en forestilling om hvordan barseltiden blir, men med premature barn blir disse forestillingene snudd på hodet. Det er derfor svært viktig at sykepleieren kan bidra til å fremme en trygg start både for foreldre og for barnet.

(Kristoffersen, 2013)

Jeg har ingen erfaring med dette temaet fra praksis og vi har hatt lite undervisning om dette på skolen. Likevel følte det naturlig å velge dette som tema for bacheloroppgaven, da dette er noe jeg ønsker sterkt å jobbe med etter utdanningen.

1.2 Problemstilling

Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til å fremme trygg tilknytning mellom mor og det premature barnet?

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse viktigheten av tidlig trygg tilknytning mellom mor og det premature barnet. Et prematurt barn kommer brått på de fleste og tiden etter preges ofte av usikkerhet og engstelse. (Saugstad, 2009) Ved en prematur fødsel fraktes barnet ofte bort fra mor og de vil ikke få den samme muligheten til å utvikle et godt samspill, som ved et fullgått svangerskap. (Kristoffersen, 2013)

1.4 Oppgavens sykepleiefaglige relevans

Som sykepleier på nyfødtintensiv avdeling har man ansvar for å pleie og observere barnet 24 timer i døgnet. Dette innebærer å utføre undersøkelser, ernæring og tiltak som hører behandlingen til. Sykepleieren er også ofte den som har mest kontakt med pårørende. Det vil si at sykepleieren har en viktig støttende og veiledende funksjon ovenfor barnets foreldre. (Saugstad, 2009) Det er denne funksjonen jeg ønsker å ta for meg i denne oppgaven.

Det første samspillet med det premature barnet er ofte preget av stress, redsel og usikkerhet. Foreldrene kan også føle at sykepleierne kjenner barnet deres bedre enn de gjør selv. Vi vet også at det tidlige samspillet har stor betydning for barnets senere utvikling og for utviklingen av trygg tilknytning. (Saugstad, 2009) Nettopp derfor er det så viktig at sykepleieren tar initiativ til å informere og inkludere foreldrene. Sykepleieren skal dele foreldrenes sorger og gleder, de skal støtte og veilede og ikke minst motivere. Derfor mener jeg at dette er et tema med stor sykepleiefaglig relevans.

1.5 Oppgavens avgrensinger

Jeg ønsker å avgrense oppgaven til kun å ta for seg stabile barn. For å utelukke de mest umodne, vil jeg fokusere på lett premature barn. Det vil si barn som er født i svangerskapsuke 32-36. (Saugstad, 2009) Da jeg vil ha mye fokus på hud-mot-hud kontakt og amming velger jeg å ekskludere barn som ligger i kuvøse, eller som er avhengige av pustehjelp. Barnet har ikke komplikasjoner med verken hud, lunger eller svelg da dette er avgjørende for metodene jeg ønsker å fokusere på i oppgaven.

På grunn av oppgavens omfang, velger jeg kun å fokusere på mor i denne oppgaven. Jeg vil derfor ikke nevne søsken eller andre familiemedlemmer. Far spiller en viktig rolle, men jeg vil fokusere på mor da hun er mest sentral i denne oppgaven. Jeg føler det blir mest naturlig da jeg blant annet ønsker å trekke inn amming. Jeg vil også presisere at mor er førstegangsfødende og oppgaven beskriver henne som gift og med utdanning. Mor har ingen komplikasjoner etter fødsel og er frisk og oppegående. Hun både ønsker og er i stand til å bidra i samspill og tilknytningsprosessen.

Selv om sykepleieren har viktige oppgaver innen behandling og medisinerings, velger jeg ikke å fokusere på dette i denne oppgaven. Noen av tiltakene jeg ønsker å ta for meg kan ha innvirkning på barnets behandling, men jeg ønsker på grunn av oppgavens omfang, at fokuset skal være på samspill, tilknytning og sykepleierens veiledende funksjon.

Situasjonen foregår på en nyfødteintensiv avdeling, med hyppig oppfølging av sykepleier.

1.6 Begrepsavklaringer

Prematur

Når barnet er umodent og fødes før svangerskapsuke 37 regnes barnet som prematurt.

(Saugstad, 2009, s. 13)

Trygg tilknytning

Trygg tilknytning er menneskets indre visshet om at man kan søke og få hjelp når man trenger det. (T. Klette, personlig kommunikasjon, 23. Februar, 2017)

Andre begreper vil bli forklart underveis i oppgaven.

1.7 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven videre er bygget opp slik:

I kapittel 2 har jeg gjort rede for oppgavens metode og fremgangsmåte. Jeg vil presentere de valgte forskningsartiklene, samt gjøre rede for litteratursøk og kildekritikk.

I kapittel 3 presenteres teorien. Jeg vil i dette kapitlet legge frem forskning og annen relevant kunnskap, og gjøre rede for ulike teorier.

I kapittel 4 vil problemstillingen diskuteres og teorien brukes til å drøfte positive og negative sider ved problemstillingen.

I kapittel 5 vil oppgaven sammenfattes med en konklusjon.

2. Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer en metode slik; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap». (Dalland, 2013, s 111) I dette kapitlet vil jeg først presentere oppgavens metode. Deretter vil jeg forklare hvordan jeg har gått frem for å finne den valgte litteraturen. De valgte forskningsartiklene vil bli raskt presentert, før jeg avslutter kapitlet med kritikk av kildene.

2.1 Metodebeskrivelse

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som vil si at den bygger på andres teori og forskning. For å finne svar på en problemstilling, må en søke systematisk etter relevant kunnskap. Det er derfor viktig at man gjør rede for søkeprosessen og kildene som er brukt, og at man er kritisk til valg av kilder. (Dalland, 2013)

Dalland beskriver to forskjellige metoderetninger, kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden gir data som kan måles, mens den kvalitative metoden gir data i form av meninger og opplevelser. (Dalland, 2013) I denne oppgaven har den kvalitative metoden vært mest relevant, da den har latt meg se på følelser og opplevelser som ikke kan måles med tall.

2.2 Databaser og litteratursøk

Databasene jeg benyttet meg av var Pubmed, Svemed+ og sykepleien.no. Jeg har brukt både norske og engelske søkeord som «prematuro», «mor-barn», «sikker tilknytning», «bonding», «NIDCAP», «kenguruomsorg», «intensivavdeling», «nyfødtsykepleie», «sykepleier», «amming», «VLBW» (Very Low Birth Weight), «NICU», «infant», «secure», «attachment», «preterm», «kangaroo (mother) care», «qualitative», «quantitative» og «study».

Jeg har prøvd meg frem med ulike kombinasjoner av søkeordene på de ulike databasene. For å avgrense søkene, søkte jeg kun etter artikler som var mindre enn ti år gamle. Da det stadig kommer ny forskning ønsket jeg å benytte meg av det mest aktuelle. Jeg vil i skjemaet under vise hvilke kombinasjoner av søkeord jeg brukte som ga relevante resultater.

DATABASE	SØKEORD	ANTALL TREFF	RELEVANTE ARTIKLER	ARTIKKELEN
Svemed+	Enkeltsøk: «Kenguruomsorg».	1 treff	1	«Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer»
Pubmed	Avansert søk: «VLBW» and «infant» and «secure» and «attachment».	5 treff	1	«Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants?»
Pubmed	Avansert søk: «premature» and «bonding» and «qualitative» and «study».	15 treff	1	«Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents»
Sykepleien.no	Enkeltsøk: «amming, prematur»	23 treff	1	«Stressfylt amming og samspill»
Funnet etter tips fra veileder	-	-	-	«Tid for trøst»

2.3 Presentasjon av forskning

Jeg fant 5 forskningsartikler som jeg mener er relevante i forhold til min problemstilling.

«Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer». av Drejer og Skjeldstad, 2014.

Studien tar for seg foreldrenes erfaringer med kenguruomsorg på nyfødtintensiv avdeling. Studien er utført ved hjelp av kvantitative og kvalitative metoder i form av spørreskjema og dybdeintervju. Utvalget består av 30 familier med barn født mellom uke 23+1 og 36+5.

«Stressfylt amming og samspill» av Hvatum, Hjälmhult og Glavin, 2014.

Hensikten med denne studien er å ta for seg hvordan kvinner erfarer samspillet med barnet når ammingen oppleves som stressfylt. Dette er en kvalitativ undersøkelse hvor det ble gjort individuelle intervjuer med 12 mødre.

«Tid for trøst» av Trine Klette, 2007

Dette er en kvalitativ avhandling som tar for seg sammenhengen mellom trøst og trygghet. Avhandlingen tar for seg 17 mødres opplevelse av trøst gjennom barndommen, deres evne til å trøste egne barn og barnas tilknytningsstrategier ved ett år.

«Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents.» av Guillaume et al, 2013.

Dette er en kvalitativ undersøkelse fra Frankrike, hvor hensikten var å undersøke foreldres oppfatninger av det første samspillet med det premature barnet. 30 mødre og 30 fedre til barn født før svangerskapsuke 32, er intervjuet. Det undersøkes hva helsepersonell kan gjøre for å fremme eller hindre tidlig, trygg tilknytning.

«Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants?» av Mehler et al, 2011.

Dette er en tysk studie som undersøker hvor viktig de tre første timene etter fødsel er, for mor-barn-samspillet og for trygg tilknytning hos svært premature barn. Studien har observert

62 svært premature barns samspill ved det første møtet med mor. Det er også sett på hva som påvirker mor-barn tilknytning og det er brukt intervju og spørreskjema på tre forskjellige stadier i studien.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som benyttes for å undersøke om kilden er sann og den skal vise at en kan holde seg kritisk til de valgte kildene. Hensikten er å gjøre rede for hvilken relevans litteraturen har for problemstillingen. (Dalland, 2013)

Som tidligere nevnt foregår det stadig nye studier. Jeg har derfor, i størst mulig grad, valgt å benytte meg av forskning som ikke er eldre enn ti år gammelt. Noen av bøkene jeg har valgt å bruke er likevel eldre enn 10 år gamle, men jeg velger å ha de med da jeg mener kunnskapen fortsatt er relevant og jeg ønsket å benytte meg av mest mulig primærkilder.

Primærkilden er den opprinnelige utgaven av kilden. Selv om jeg har forsøkt å benytte meg av primærlitteraturen, har jeg også brukt noe sekundærlitteratur. utfordringen med dette er at i sekundærlitteratur er teksten bearbeidet og kanskje oversatt av andre enn den opprinnelige forfatteren. (Dalland, 2013) Jeg har derfor vært nøye med hvilke sekundærkilder jeg har brukt og jeg mener disse er troverdige da det er anerkjente fagbøker.

To av forskningsartiklene jeg har benyttet meg av er skrevet på engelsk. Selv om jeg mener at jeg har klart å få frem hovedbudskapene, kan det gjøre at noe har blitt feiltolket ved oversettelse. Disse studiene er utført i Frankrike og Tyskland og man kan derfor stille spørsmål ved om resultatene er overførbare til norske forhold. Da landene har kulturlikheter med Norge, tror jeg artiklene likevel har overføringsverdi.

Dette er et tema hvor det har vært vanskelig å finne kvantitative forskningsartikler. Selv om noen av forskningsartiklene benytter både kvalitative og kvantitative metoder, så er det større vekt på den kvalitative metoden. Dette kan være en svakhet da det er få deltagere og derfor lite representativt alene. Likevel tror jeg at artiklene er svært relevant, og vil bidra til å besvare problemstillingen.

De ulike forskningsartiklene har noen svakheter. I artikkelen «Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn», hvor foreldrenes erfaringer med kengurumetoden ble undersøkt, er det ikke sett på faktorer hos foreldrene som kan ha hatt betydning for deres erfaringer. (Drejer & Skjeldstad, 2014) Det vil si at vi ikke vet med sikkerhet hva som har gitt gode eller dårlige erfaringer.

I avhandlingen «Tid for trøst» består utvalget av 17 mødre. Selv om funnene samsvarer med annen tilknytningsforskning, er det viktig å huske på at resultatene ikke nødvendigvis er representative i alle sammenhenger. (Klette, 2017, personlig kommunikasjon) Det samme gjelder for artikkelen «Stressfylt amming og samspill», selv om det er god spredning i demografiske data. (Hvatum et al, 2014)

«Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting», har tatt for seg et noe større utvalg, men artikkelen har lite variasjon i forhold til sosiale og demografiske data. Studien har også kun tatt for seg foreldre til barn med relativt normale utviklingsmønstre. Det er viktig å huske på at foreldre med kritisk syke barn ville hatt andre forventninger og erfaringer. (Guillaume et al, 2013) Det samme gjelder den siste artikkelen, «Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behaviour». Selv om denne artikkelen handler om svært premature barn, mener jeg den likevel er relevant i forhold til min oppgave da den samstemmer med annen forskning om lett premature barn.

Da jeg selv har personlig erfaring med temaet er det viktig å huske på at dette også kan ha påvirket oppgaven. Jeg prøver å være kritisk til meg selv og bruke erfaringene mine på en positiv måte.

3. Teori

I dette kapitlet vil jeg legge frem forskning og teoretisk kunnskap som anvendes i oppgaven. Jeg vil ta for meg sykepleieteori og tilknytningsteori som jeg finner relevant, og si noe om sykepleierens funksjon, foreldre og det premature barnet. Til slutt vil jeg presentere ulike intervensjoner som benyttes i oppgaven.

3.1 Sykepleieteori

Jeg ønsker å trekke frem Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker i denne oppgaven. Jeg ønsker å bruke hennes teori som grunnlag for å få et overordnet, teoretisk syn på sykepleierens funksjon. (Kristoffersen, 2012)

3.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee fremstilte sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor pleieren bidrar til å hjelpe pasient, familie eller samfunn til forebygge, mestre eller finne mening med sykdom og lidelse. Når noe eller noen vi bryr oss om blir truet oppstår lidelse og jo mer vi bryr oss, jo kraftigere kjennes lidelsen. (Kristoffersen, 2012)

Travelbees sykepleietenkning forholder seg først og fremst til enkeltmennesket, men hun viser også til familien eller samfunn som mottakere av sykepleie. Felles for mottakeren av sykepleien er at situasjonen kjennetegnes av lidelse og at pasienten har opplevd eller befinner seg i en form for krise. (Travelbee, 2011)

Som sykepleier skal man i følge Travelbee, bruke seg selv terapeutisk for å skape et menneske til menneske forhold. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk går ut på å bruke seg selv og sin personlighet på en bevisst måte, slik at det kan bidra til å redusere pasientens problemer. Kommunikasjon er nevnt som et av sykepleierens viktigste verktøy for å bli kjent med pasienten. Det må til for å kunne identifisere den enkeltes behov. (Travelbee, 2011)

Menneske til menneske forholdet oppstår kun om man klarer å se hverandre som mennesker, og ikke som roller. Travelbee beskrev etableringen av dette forholdet gjennom en prosess bestående av fem faser; Det innledende møtet, fremveksten av identiteter, empati, sympati og til slutt etableringen av gjensidig forståelse og kontakt. (Kristoffersen, 2012)

3.2 Tilknytning

Teorien om tilknytning går ut på hvordan barnet reagerer ved adskillelse, stress, fare eller andre påkjenninger. (Klette, 2007) I følge Bowlby, er tilknytningens funksjon å holde barnet så nært mor, at det vil bli beskyttet i farlige situasjoner. Selv om tilknytningsadferden er tydeligst hos barn, er den også tilstede hos voksne. Bowlby mente derfor at tilknytningsatferd er noe som er integrert i menneskets natur. (Bowlby, 1995)

Bowlby hevdet at alle barn får en tilknytning til omsorgspersonene sine, uansett hvordan de blir behandlet. (Killén, 2003) Men måten de tilknytter seg på, og om tilknytningen blir trygg eller utrygg avhenger av samspillet mellom dem. Ved trygg tilknytning vil barnet være sikker på at det vil bli trøstet eller beskyttet om det skulle oppstå truende situasjoner. Barna som har en utrygg tilknytning til sine omsorgspersoner vil være usikre på om de blir beskyttet og de vil mangle den nødvendige tryggheten. (Killén, 2003)

Samspillet mellom mor og barn begynner allerede rett etter fødselen. I løpet av de første ukene, vil barnet både begynne å initiere og respondere på samspill. Utgangspunktet for samspill med et prematurt barn er noe mer problematisk enn med ett barn født til termin. Barnets utviklingsnivå, sykehusmiljøet, mors tilstand og sykepleierens kompetanse vil påvirke samspillet. Dette gjør at sykepleierne får en viktig rolle med å veilede og tilrettelegge for samspillet. (Ravn, 2009)

Samspillet er svært viktig fordi det legger grunnlaget for selve tilknytningen. (Killen, 2003) Barnet vil i løpet av sitt første leveår danne seg forventninger til morsfiguren i forhold til trøst og omsorg, basert på samspillet mellom dem. Disse forventningene er bakgrunnen for barnets tilknytningsmønstre. (Klette, 2007) Studier viser at tilknytningen spiller en viktig rolle for foreldre-barn forholdet, og for barnets emosjonelle og atferdsmessige utvikling. (Hvatum et al, 2014; Klette, 2007; Bowlby, 1995; Mehler et al, 2011)

Alan Schore påpeker at det tidlige mor-barn samspillet også har mye å si for hjernens utvikling. Mellom siste trimester og til barnet er 18-24 måneder skjer det en rask vekst i hjernen. Barnets sosiale opplevelser og erfaringer er med på å påvirke hjernens utvikling. (Schore, 2005) Det er spesielt høyre hjernehalvdel som er relevant for tilknytningsutviklingen, da denne utvikles raskere og er mer dominant de første 3 årene enn den venstre hjernehalvdel. Tilknytningsforholdene legger dermed også til rette for utviklingen av hjernens selvregulerende mekanisme, som befinner seg i høyre hjernehalvdel. Høyre hjernehalvdel er sett på som spesielt viktig når det kommer til kommunikasjon og samspill. Dette er fordi barnets emosjonelle utvikling baserer seg på lyder, bilder og erfaringer som prosesseres i høyre hjernehalvdel. (Schore, 2005)

Omsorgsgiverens sensitivitet spiller en viktig rolle for utviklingen av trygghet. Ainsworth definerte moderlig sensitivitet ved hjelp av fire grunnleggende punkter. 1) oppmerksomhet på signaler. 2) presis fortolkning av signalene. 3) passende respons og 4) hurtig respons. Det er også viktig for et sensitivt samspill at det blir løst og avsluttet på en god måte. I følge Ainsworth handler sensitivitet om å være tilgjengelig for barnet og å kunne anerkjenne også barnets svake signaler, samt å respondere med empati og omsorg. (Klette, 2007)

Pat Crittenden har senere brukt Ainsworths sensitivitetsteori til å utvikle Care Index, som er en observasjonsmetode av tidlig samspill. Hun definerte sensitivitet som en atferd som behager barnet, reduserer uro og øker velvære. Care Index tok utgangspunkt i ni atferdselementer. Ansiktsuttrykk, stemmebruk, tilpasning av nærhet og avstand, plassering, kvalitet og kvantitet i kroppskontakt, uttrykk for hengivenhet, turtaking, kontroll og valg av aktiviteter. Med utgangspunkt i disse elementene kan man ved hjelp av en poengskala skåre omsorgsatferden som sensitiv, utilgjengelig eller invaderende. Dette gjøres på grunnlag av et 3-5 minutters videoopptak. (Klette, 2007)

3.3 Det premature barnet

En graviditet varer gjennomsnittlig 40 uker, men mellom 37 og 42 regnes som normalt. Om fødselen skjer før uke 37 regnes barnet som prematurt i følge WHO (Verdens

helseorganisasjon). Når barnet fødes mellom uke 32 og 36 regnes barnet som lett prematurt. (Saugstad, 2009) Det er denne gruppen oppgaven tar for seg.

Barnets utvikling avhenger både av genetisk disposisjon og av miljø. Barna fødes ofte friske, men utvikler sykdommer og komplikasjoner på grunn av organenes umodenhet. (Grønseth & Markestad, 2011) For tidlig fødte barn har større sjanse for å utvikle skade ved hjerne, lunger, øyne, hud og tarm enn fullbårne barn. Jo tidligere barnet er født jo oftere oppstår det komplikasjoner. (Saugstad, 2009)

Selv om et barn fødes prematurt er det likevel svært aktivt i form av at det kan smake, spise, høre, gjenkjenne stemmer, oppfatte lyder og føle smerte. Derfor er det viktig at en tar hensyn og er varsom når man behandler disse barna. (Saugstad, 2009)

De lett premature barna slipper ofte de store komplikasjonene, men de kan likevel måtte ligge flere uker på fødeavdelingen. Noen har underutviklede lunger og trenger ekstra oksygen. Det hender også at de kan ha problemer med å suge, og at de dermed ikke klarer å spise selv. I disse tilfellene må barna sondemates. Premature barn fødes med mye mindre fettreserver enn fullbårne barn og det er derfor viktig at de får i seg riktig ernæring. Premature har vanskelig for å holde på varmen og trenger regelmessig måling av kroppstemperaturen. Lett premature barn kan ha behov for kuvøsebehandling, men legges som oftest relativt fort i seng. (Saugstad, 2009)

3.4 Møtet med mor og det premature barnet

Å gi omsorg til et prematurt barn er svært utfordrende, da barnet ikke kan uttrykke sine behov med ord. Mor fungerer derfor som barnets talsperson og omsorgsgiver. (Sandtrø, 2009) Mange mødre er svært stresset etter en prematur fødsel og det kan ofte oppstå mye usikkerhet i forhold til barnets tilstand. Mange er også redde for at barnet skal dø og mange mødre kjenner på dårlig samvittighet. (Saugstad, 2009) Sykepleierne spiller derfor også en stor rolle for mors psykiske tilstand og for grunnlaget i mor-barn-tilknytningen. (Guillaume et al. 2013) Over de siste årene har familien fått en mer sentral rolle i behandlingen av det premature barnet og mødrene blir i dag sett på som barnets viktigste pleier. (Saugstad, 2009)

Samspillet, som begynner på sykehuset, legger grunnlaget for utviklingen av mor-barn forholdet etter sykehusoppholdet. Sykepleieren har derfor en viktig oppgave med å inkludere mor, for å kunne utøve adekvat sykepleie. Studier har vist at dette bidrar til å bedre samspill, samt å redusere stress, angst og depresjon hos mor. (Tandberg, 2009)

Dette krever at mor blir informert før tiltak iverksettes og at hun får opplæring og veiledning i forhold til samspill og den nyfødtes behov. Sykepleieren må også veilede mor i forhold til sensitivitet og det å tilpasse seg til barnets atferd, slik at hun etter hvert lærer seg barnets signaler og kilder til stress. Ved å lære mor å forstå barnet sitt, vil hun bli tryggere i foreldrerollen og i bedre stand til å ta vare på barnet etter sykehusoppholdet. (Tandberg, 2009)

Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene man har i samarbeid med mor. Hun er i en situasjon hvor hun mangler kontroll og hvor hun kan føle at personalet kjenner barnet hennes bedre enn hun gjør selv. (Saugstad, 2009) En studie av Guillaume et al. (2013) undersøkte foreldrenes erfaringer med personalet, i forhold til samspill med det nyfødte premature barnet. Studien viste at kommunikasjonen med sykepleierne la grunnlaget for båndet foreldrene følte med barnet sitt. Mange av barna var innlagt over lengre tid, og det var viktig for foreldrene å ha et godt forhold til sykepleierne. Det er viktig å skape en trygg relasjon med mor for å kunne samarbeide og det er derfor viktig at sykepleieren bidrar med kunnskap om situasjonen og hvordan mor kan forholde seg til den. (Eide & Eide, 2012)

Mange mødre på nyfødtavdelinger har krisereaksjoner etter fødselen. Sykepleieren kan ikke løse alle problemer, men en må støtte og veilede mor slik at hun kan mestre situasjonen. Det er viktig at mor får pratet ut om det hun føler, og at vi som sykepleiere lytter når det trengs. Dette krever at mor har tillitt og føler en trygghet til sykepleieren. (Tandberg, 2009)

3.5 Intervensjoner

Det finnes flere tiltak sykepleieren kan benytte seg av for å fremme trygghet og godt samspill mellom mor og barn. Kengurumetoden og NIDCAP modellen er to intervensjoner som kan være nyttige i forhold til det premature barnet.

3.5.1 Kengurumetoden

Hudkontakt mellom mor og barn har mange psykologiske og fysiologiske fordeler. Det anbefales at barnet får minst én time på mors bryst etter fødselen og generelt mye hudkontakt de første ukene. (Helsedirektoratet, 2014) Dette er fordi hudkontakten stimulerer til amming og fremmer samspill og tilknytning. (Kristoffersen, 2013)

Kengurumetoden går ut på at barnet plasseres hud mot hud, i froskestilling, på foreldrenes bryst. Metoden ble utviklet i Colombia i 1978. Det hele begynte som en idé ut av desperasjon, da det var mangel på plass og utstyr. Man fant imidlertid at barna som lå hud mot hud, klarte seg bedre enn barna som lå alene i kuvøser. (Drejer & Skjeldstad, 2014)

En prematur fødsel er en stor belastning for det premature barnet da det blir utsatt for svært mange inntrykk som det egentlig ikke er modent for. Kengurumetoden kan bidra til å redusere barnets stressnivå da det gir en fysiologisk stabilitet, samtidig som det gir barnet trygghet og omsorg. (Steinnes, 2009) En rekke studier viser også at kenguruomsorg virker beroligende under blodprøvetaking, har positiv effekt på hjernemodning, fremmer tilknytning og fører til kortere sykehusopphold. (Drejer & Skjeldstad, 2014) For stabile, premature barn vil kenguruomsorg også være gunstig i forhold til ernæring, amming og temperaturregulering. (Steinnes, 2009)

En studie av Drejer og Skjeldstad (2014) har sett på hvordan kenguruomsorg påvirker foreldrene. En prematur fødsel er også svært belastende for mor, og studier har vist at kengurumetoden kan være med på å senke stressnivået, ved at det bidrar til oksytocinfrigjøring som senker blodtrykket. Foreldrene i studien mente metoden gjorde at de raskere ble kjent med barnet sitt og at det bidro til at de følte seg som gode foreldre. Et stort flertall av foreldrene i undersøkelsen var fornøyde med bruk av metoden og var positive til veiledning fra personalet. Likevel var det noen foreldre som følte at bruken av kengurumetoden heller ble en belastning. Personalets forventninger kunne gi følelse av dårlig samvittighet, og noen følte det ble for mye ansvar.

3.5.2 NIDCAP

Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) er et omsorgsbasert program, utviklet av den amerikanske psykologen Heidelise Als.

Omsorgsmodellen har som mål å gi barnet og deres foreldre individuell tilpasset omsorg ut fra barnets utviklingsnivå. (Sandtrø, Solhaug & Bjørk, 2009) Modellen går ut på at barnets atferd og miljø observeres. Barnets reaksjoner og signaler blir tolket slik at man kan respondere på de behovene barnet prøver å formidle. NIDCAP programmet fokuserer også mye på å inkludere familien i barnets behandling og omsorg. (Sandtrø, 2009)

Observasjonene av barnet utføres av helsepersonell som er spesialutdannet i NIDCAP – metoden. I artikkelen av Sandtrø et al (2009), var det utarbeidet retningslinjer for metoden i tråd med Als' standard. De gikk ut på at første observasjon helst skulle skje innen 72 timer etter fødsel og deretter observeres barnet regelmessig med 7-14 dagers mellomrom.

Retningslinjene spesifiserer at en sykepleier fra barnets kontaktteam skulle være med på observasjonene. Foreldrene skulle også få tilbud om hjemmebesøk av NIDCAP-observatøren etter sykehusoppholdet. NIDCAP-observatøren deltar ikke i barnets daglige pleie, og det utarbeides derfor en observasjonsrapport som er tilgjengelig for foreldrene og helsepersonell. Det gjøres også en veiledningssamtale med sykepleier og foreldrene, slik at de også kan lære å tolke og forstå barnet. Dette bidrar til utviklingsfremmende samspill og miljø.

NIDCAP er basert på fire prinsipper. 1) Omsorgen skal være relasjonsbasert. Det vil si at pleieren samspiller med barnet og bygger omsorgen på relasjonen mellom dem. 2) Å lære å forstå hvordan man skal observere det premature barnets signaler. Her legges det spesielt vekt på barnets signaler i forhold til unnvikelse og tilnærming. 3) Individuell omsorg, hvor barnet skal ivaretas med utgangspunkt i den enkeltes behov og utviklingsnivå. 4) Familiesentrert omsorg. Da foreldrene er de mest sentrale omsorgspersonene i barnets liv, bør fokuset være på å støtte familien som en helhet. (Sandtrø, 2009)

Det er foreløpig ikke forsket så mye på NIDCAP metoden, men noen studier er likevel utført. En svensk studie fra 2000 viste for første gang at NIDCAP utgjorde en positiv effekt på premature barn. Studien viste at barn som hadde mottatt NIDCAP pleie, hadde mindre atferdsforstyrrelser ved fem års alder, enn barn som hadde mottatt tradisjonell pleie. (Saugstad, 2009) Det er også gjort studier i USA og i Sverige, som har vist at barn født 12

uker for tidlig, hadde mindre behov for respirator og oksygenbehandling når de mottok NIDCAP pleie. Ved hjelp av MR har man også sett at barn som får NIDCAP pleie har mer modne hjerner enn barn som har fått tradisjonell pleie. (Saugstad, 2009)

3.6 Amming

Verdens helse organisasjon (WHO) anbefaler fullamming de første 6 månedene av barnets liv. Fullamming vil si at barnet kun får morsmelk. Grunnen til at amming er anbefalt, er fordi det gir en rekke gunstige helsefordeler for både mor og barn. (Helsedirektoratet, 2016) Ammingen er en viktig faktor i forhold til samspill og tilknytning, da hud-mot-hud kontakten bidrar til å stimulere barnet. I tillegg vil nærheten med barnet gjøre det lettere for mor å oppfatte barnets svake signaler. For mor vil amming også blant annet redusere risiko for bryst- og eggstokkreft, redusere risiko for hjerte- og karsykdommer, gi raskere vektnedgang og menstruasjonen vil vende senere tilbake. For barnet vil morsmelken tilføre viktige næringsstoffer, hormoner og enzymer, gi beskyttelse mot infeksjoner og forbedre immunforsvaret. (Helsedirektoratet, 2016)

Fosteret begynner i livmoren å øve seg på å suge og svelge. Det premature barnet kan få problemer med amming da barnets reflekser er umodne og koordineringen med suging, svelging og pusting ikke er på plass enda. Om barnet blir sett og får støtte tilpasset sin individuelle utvikling, kan ammingen likevel være mulig. Noen tiltak kan være å skjerme barnet fra lyd og lys, lange perioder med hud-mot-hud kontakt, finne en god ammestilling og tilrettelegge slik at ammingen foregår på gunstige tidspunkter. (Häggkvist, 2009)

Det er viktig at sykepleieren har kunnskaper, ikke bare om amming, men også om alternativer til amming. Ammesituasjonen med premature barn kan være problematisk og i en studie av Hvatum et al (2014) ser vi at en problematisk ammesituasjon har en negativ påvirkning på samspillet mellom mor og barn. Studien viser viktigheten av tidlig veiledning og informasjon, også om vanskeligheter og alternativer til amming. Studien konkluderer med at ammingen i noen tilfeller gikk på bekostning av samspillet og barnets emosjonelle utvikling. Ved å gå over til flaskemating kunne mødrene fokusere på å bygge mor-barn forholdet og gjenopprette tryggheten i morsrollen.

3.7 Etikk

Som sykepleier møter man ofte utfordrende situasjoner, og nyfødtsykepleien er et av de sykepleiefaglige områdene hvor de etiske dilemmaene er mest tydelig. Neonatal sykepleie har utviklet seg mye de siste årene, og man er nå i stand til å redde svært premature barn. Dette har likevel åpnet for en rekke etiske dilemmaer som involverer det kjæreste vi har. (Bowell, 2006)

Blant annet er premature barn er en krevende pasientgruppe, da de er umodne, sårbare og har vanskelig for å uttrykke egne behov. Mange av undersøkelsene og behandlingsmetodene av premature barn fører til smerte og ubehag hos barnet, og det er derfor etisk vanskelig å bestemme hva som er barnets beste. Sykepleieren må gjøre prioriteringer på vegne av barnet og avgjøre hva som bør vektlegges. (Strandås, 2014)

Det kan også oppstå problemer ved samhandling da sykepleieren må sørge for at barnet får nok ro og hvile, på tross av at ulike yrkesgrupper skal undersøke og behandle barnet. Mor vil også sitte med sterke meninger om pleien av barnet, og dette stemmer ikke alltid overens med hva sykepleieren mener er gunstig. Sykepleieren må i disse situasjonene bruke faglige kunnskaper, og etisk skjønn for å sørge for at mor blir hørt, samtidig som barnet blir ivaretatt. (Strandås, 2014)

Det stilles også krav til sykepleierne i forhold til økonomi og tidsbruk, og dette fører til at noe av barnas behandling må utføres når personalet har mulighet og ikke nødvendigvis når det er best for barnet. (Strandås, 2014)

Velgjørhetsprinsippet og ikke-skade prinsippet, kan brukes som hjelpemidler for å sikre best mulig behandling for barnet, særlig når det gjelder holdninger og verdier. I følge nærhetsetikken er samspillet mellom individene sentralt og fokuset er på den mellommenneskelige relasjonen. (Brinchmann, 2013)

Det er også viktig at miljøet på arbeidsplassen er åpent for drøfting og diskusjon rundt etiske dilemmaer, slik at man kan støtte hverandre til å ta de riktige valgene. (Brinchmann, 2013)

3.8 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven, § 6-2, sier at barnet har rett på samvær med minst én av foreldrene under hele sykehusoppholdet. Sykepleieren må dermed legge til rette for at foreldrene kan være sammen med det premature barnet. Unntaket er når det er utilrådelig, ut ifra hensyn til barnet. Videre, i § 6-3 står det at barnet har rett til å bli aktivisert og stimulert under hele sykehusoppholdet, avhengig av barnets tilstand. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

Loven sier også i § 3-1, at «Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenester.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) Da det er foreldrene som må ta avgjørelsene på vegne av barnet, vil det si at foreldrene har rett til å være med på avgjørelsen mellom ulike undersøkelser og behandlinger.

Pasient- og brukerrettighetsloven sier også, i § 3-2, at «Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) Det vil si at helsepersonell må informere foreldrene, slik at de kan ta et informert valg på vegne av barnet. Informasjonen skal være tilpasset foreldrenes individuelle forutsetninger, og helsepersonell må best mulig sikre seg at innholdet er forstått. (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-5, 1999)

Sykepleieren skal i følge Helsepersonelloven § 4, yte faglig forsvarlig helsehjelp. (Helsepersonelloven, 1999) Sykepleieren skal gi helsehjelp ut fra sine faglige kvalifikasjoner, og reelle kompetanse.

4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg bruke teorien fra kapittel 2 til å drøfte problemstillingen. Her vil jeg se på sykepleierens rolle, samt ulike faktorer som kan hindre eller fremme trygg tilknytning. Jeg vil også se på amming, og de to intervensjonene fra kapittel 2, og hvordan dette påvirker tilknytningsprosessen.

4.1 Sykepleierens rolle

Når mor er frisk er det barnet som er pasient og mottaker av sykepleien. Men i tråd med Travelbees sykepleietenkning blir mor også mottaker av sykepleien da hun befinner seg i en form for krise. (Kristoffersen, 2012) Mor er helt avhengig av støtte, undervisning og veiledning fra sykepleieren. Uten riktig veiledning vil mor instinktivt være forberedt på et fullbåret barn og signalene hun sender vil ikke være tilpasset baret utviklingsnivå. Barnet kan reagere på dette med unnvikelse og mor kan føle seg avvist. (Sandtrø, 2009) Derfor ser vi at utviklingen av mor-barn forholdet også avhenger av sykepleieren.

4.1.1 Sykepleierens veiledende rolle

Sykepleierens veiledende rolle er svært viktig for mor-barn forholdet og utviklingen av trygg tilknytning. I studien av Guillaume et al. (2013) rapporterte et flertall at veiledningen de fikk gjorde at de ble trygge nok til å engasjere seg i samspill med barnet. Når de også fikk en respons av barnet fremmet dette foreldrefølelsen og selvtilliten økte.

Sykepleieren er ofte den som har hovedkontakten med mor, og har derfor en viktig veiledende funksjon. Om det er mulig bør sykepleieren allerede før fødselen, begynne å informere mor slik at hun er mest mulig forberedt på det som kommer til å skje. Noen mødre er litt tilbakeholdne og ønsker ikke å hefte sykepleieren. Disse har likevel behov for informasjon, og det er derfor viktig at sykepleieren også tar initiativ. (Saugstad, 2009)

Da mor har ansvar for å ta avgjørelser på vegne av barnet sitt er det viktig at hun blir grundig informert, og sykepleieren har et ansvar med å sørge for at informasjonen er forstått.

(Kristoffersen, 2012) Mange undersøkelser viser viktigheten av informasjon og veiledning. I Drejer og Skjeldstads studie (2014) rapporterte en mor at mangelen på informasjon gjorde henne svært nervøs og påvirket hennes evne til å delta i samspill med datteren. Hun beskrev blant annet en hendelse hvor hun kom inn på datterens rom, hvor datteren var dekket med et laken og det sto helsepersonell rundt og jobbet med henne. Moren trodde datteren var død, men så viste det seg at de bare byttet kateter. Usikkerheten og redselen denne moren satt med i etterkant kunne vært unngått ved riktig informasjon.

Studien av Hvatum et al (2014) konkluderer med at om mødrene med problematiske ammesituasjoner hadde fått informasjon om alternativer til amming på et tidlig tidspunkt, kunne de spart seg selv og barnet for unødvendig stress. Mødrene i studien som sluttet med amming hevdet at de, ved å gå over til flaskemating fikk overskudd til å fokusere på kos, nærhet og samspill i større grad enn med ammingen.

Det er også viktig å huske på at mor er i en stressende situasjon hvor det er vanskelig å huske alt som blir sagt. Da er det viktig å fokusere på den grunnleggende informasjonen og gjøre det mest mulig enkelt for mor å få med seg. Sykepleieren bør ordlegge seg på en sensitiv og positiv måte, som er med på å trygge mor. (Bowell, 2006)

4.1.2 Sykepleierens støttende rolle

Sykepleieren møter mødre med veldig ulike bakgrunner, men mødrene har ofte til felles at de møter avdelingen med usikkerhet. Derfor har sykepleieren også en viktig støttende rolle. Noen er kanskje også blitt mor for første gang, og blir nødt til å forme morsrollen i et svært offentlig miljø. På tross av usikkerhet, skal mor vite at sykepleieren er der for henne og barnet hennes. (Saugstad, 2009) Sykepleieren må være klar over at sorg, redsel og sinne er naturlige reaksjoner på slike situasjoner, og det er viktig at mor får støtte ved slike følelser. (Sandtrø, 2009)

I studien av Hvatum et al (2014), poengterte flere mødre at støtte fra helsepersonell i utfordrende situasjoner ble sett på som svært viktig for selvtilliten i morsrollen og for båndet de utviklet med barnet sitt. Uten støtte og veiledning var mødrene preget av stress, følelse av mislykkethet og dårlig samvittighet.

4.1.3 Relasjonen med mor

Det er ikke alltid informasjonen fra sykepleieren tas imot på en god måte. Noen mødre vil kanskje prøve å oppnå kontroll over situasjonen ved å sette spørsmål ved sykepleierens handlinger. Sykepleieren må tenke gjennom hvem mottakeren er og hvordan informasjonen skal gis. Målet bør være å utvikle et godt samarbeid hvor mor er inkludert i barnets behandling, samtidig som hun har tillit til sykepleieren. (Sandtrø, 2009)

For å få til et godt samarbeid er sykepleieren avhengig av å utvikle en relasjon med mor. Ved å bruke seg selv terapeutisk slik som Travelbee beskrev vil en lettere kunne identifisere mors behov og dermed hjelpe henne til å finne mening og mestring i situasjonen. Sykepleieren må balansere følelser og intellekt og kunne tolke seg selv og mor samtidig. (Travelbee, 2011)

Nærhetsetikken viser også viktigheten av å se mor og utvikle en god relasjon med henne. Ved å være var for mors følelser og uttrykk kan sykepleieren lettere tilrettelegge i forhold til samspill. (Brinchmann, 2013)

4.2 utfordringer ved tidlig samspill og tilknytning

Bowlby sier at utviklingen av trygg tilknytning er avhengig av at mor er oppmerksom på barnets signaler og at hun responderer på en sensitiv måte. Hun bør også kunne observere barnets reaksjon på samspill og tilpasse seg deretter. (Bowlby, 1995) Med et prematurt barn på nyfødtintensiv avdeling kan dette være vanskelig å få til og dette er det flere grunner til.

4.2.1 Miljøets påvirkning på barnet

Det premature barnet er i utgangspunktet ikke er klart for omgivelsene utenfor livmoren og den første tiden blir det derfor en stor påkjenning for barnet. Jeg tror derfor det er viktig at sykepleiere jobber med å redusere stimuli og tilpasse omgivelsene til barnets utviklingsnivå. Dette vil være med på å redusere stress, forbedre søvnen og fremme barnets utvikling. Slik vil også grunnlaget for samspill bygges. (Sandtrø, 2009)

Ved å dempe belysningen på avdelingen vil barnet lettere utvikle en døgnrytme og dermed kunne sove dypere. Lyset som vanligvis er på sykehuset er veldig sterkt for det premature barnets umodne øyne og det blir svært anstrengende for barnet. Ved dempet belysning er det også større sannsynlighet for at barnet åpner øynene og gir øyekontakt. Det er en god mulighet for samspill med mor. Likevel er det viktig å ta i betraktning at et prematurt barn kan reagere med stress på for mange synsinntrykk. Berøring og hudkontakt er også viktig da det kan stimulere til utvikling og gi barnet trygghet. På den andre siden kan det være nødvendig å begrense berøringen slik at barnet ikke får for mange å forholde seg til, da dette kan gi en følelse av utrygghet. (Sandtrø, 2009)

4.2.2 Miljøets påvirkning på mor

Miljøet på en nyfødtintensiv avdeling kan også være skremmende for mor. Det er viktig å huske på at det er i et ukjent, bråkete, uforutsigbart og stressende miljø at mor skal klare å legge grunnlaget for trygg tilknytning med barnet sitt. (Bowell, 2006) Mor og det premature barnet blir ofte separert etter fødselen for å undersøke og stabilisere barnet. En studie av Mehler et al. (2011), viser at den første tiden er spesielt viktig for å legge grunnlaget for tilknytningen. Dette er et dilemma da det på den ene siden er svært viktig å stabilisere det premature barnet. Om barnet er ustabil vil det ikke være mulig å få til godt samspill. På den andre siden viser flere studier at separasjon etter fødselen kan føre til psykiske og fysiske forstyrrelser hos både mor og barn. (Bowell, 2006) På bakgrunn av dette vil jeg anta at det beste er om det gjøres regelmessige vurderinger i forhold til når mor og barn kan gjenforenes. På denne måten vil barnet komme raskest mulig tilbake til mor. Jeg tror også det er viktig at mor kan ha ubegrenset tilgang til barnet og at hun har noen hun kan kontakte ved usikkerhet. På denne måten vil mor kunne forholde seg trygg og hun kan ta del i barnets behandlingsprosess. Mehler et al (2011) viser også i studien deres at bare det å få se barnet, kan gjøre noe med mors emosjonelle tilstand slik at hun blir i stand til å utvikle den trygge tilknytningen.

4.2.3 Mors sensitivitet

Et prematurt barns signaler kan være vanskeligere å oppfatte enn hos et barn født til termin. Om mor er stresset blir signalene enda vanskeligere å tyde og barnet kan reagere med

irritasjon, søvnforstyrrelser og ammevegring. (Hvatum et al 2014) Samspillet er avhengig av at mor er sensitiv og forutsigbar, og at hun klarer å lese barnets signaler. Dette innebærer også å trøste barnet når det ikke klarer å regulere sine egne følelser. (Helsedirektoratet, 2014)

Klette (2007) viser i sin avhandling at trøst spiller en svært viktig rolle i forhold til utviklingen av trygg tilknytning og at det er spesielt viktig i spedbarnsperioden.

4.2.4 Miljøets påvirkning på sykepleieren

Kvaliteten på omsorgen sykepleieren yter ovenfor mor og det premature barnet, er avhengig av flere faktorer på avdelingen. Krav i forhold til økonomi og effektivitet har blant annet fått en mer sentral plass i sykepleiepraksisen de siste årene. Sykepleieren får stadig flere oppgaver som kan være med på å gi økt kompetanse. Samtidig stilles høye krav til effektivitet og ressursene man har strekker derfor ikke alltid til i forhold til behovet fra mor og barn. (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016)

Effektiviseringen kan på den ene siden være en positiv ting, da det blir mulig å behandle flere. På den andre siden kan det føre til at sykepleierne må prioritere slik at fokuset på samspill mellom mor og barn kan reduseres. Godt samarbeid mellom mor og sykepleier krever mye tid og effektiviseringen kan derfor også ha en negativ påvirkning på dette. (Strandås, 2014) Selv om barnet fortsatt vil få den medisinske behandlingen som trengs, kan den trygge starten for mor og barn blir uoppnåelig om sykepleieren ikke kan bruke tid på å støtte og veilede mor i samspill med barnet.

For at sykepleieren skal føle seg trygg i rollen sin og kunne yte god sykepleie til mor og barn, er det viktig at miljøet blant de ansatte er godt. Da det kan oppstå mange etiske vanskelige situasjoner på en slik avdeling bør det være mulighet for refleksjon blant de ansatte. (Strandås, 2014) Jeg tror dette vil hjelpe sykepleieren til å få et avklart forhold til egne følelser slik at det blir mulig å bruke seg selv terapeutisk i møtet med pasienten.

4.3 Vurdering av samspillet – ”Care Index”

Metoden lar oss se på mors sensitivitet ovenfor barnet, samt barnets signaler og strategier for samspill. Ved å vurdere dette kan man identifisere atferd som kan hindre utviklingen av trygg tilknytning. Man kan også se hvor tyngden i samspillet ligger, noe som vil gjøre det enklere å sette i gang konkrete tiltak. (CCA, udatert)

For at metoden skal fungere må barnet være uthvilt og det kan være noe utfordrende å finne et tidspunkt mellom undersøkelser og behandling, hvor barnet er uthvilt og sykepleieren har tid. En må unngå at dette blir et stressmoment for barnet. Om disse faktorene er til stede, mener jeg metoden vil være gunstig og jeg tror det kan være et godt hjelpemiddel for å sikre best mulig samspill mellom mor og barn. (CCA, udatert)

4.4 Vurdering av intervensjonene

For det premature barnet er det svært anstrengende i en nyfødt intensiv avdeling. Disse intervensjonene kan være med på å gi det barnet en mildere start på livet samt gi mor et godt utgangspunkt for samspill og utviklingen av trygg tilknytning. (Tomren, 2014)

4.4.1 Kengurumetoden

Kengurumetoden gir mange fordeler for det premature barnet, både fysisk og psykisk. Undersøkelser viser at metoden gir en fysiologisk stabilitet, bedre søvn og bedre temperaturregulering, samtidig som barnet opplever omsorg og trygghet gjennom samspillet med mor. (Steinnes, 2009) Det er gjort flere studier på hvordan kenguruomsorg påvirker barna, men hvordan påvirker metoden egentlig foreldrene? På den ene siden kan man se at kengurumetoden har en positiv innvirkning på tilknytningsprosessen, da det fører til nært samspill mellom mor og barn. Ved hjelp av kengurumetoden kan mødre lettere lære barna å kjenne og Drejer og Skjeldstad (2014) viste i sin undersøkelse at mange mødre opplevde nærheten som trygg og kjærlig. Metoden bidro på denne måten til økt selvtillit og morsfølelse. Undersøkelsen viste også at flere av foreldrene fikk inntrykk av at barnet ble roligere og nøyaktig i kenguruposisjon. Fysiologiske mål ble også gjort, og puls- og oksygenmålinger ble

bevis på at barnet trivdes og dro nytte av metoden. De fikk med dette en bekreftelse på at de bidro og spilte en svært viktig rolle i barnets behandling.

På den andre siden var det, i Drejer & Skjeldstads studie, noen foreldre som fikk følelsen av å være en behandlingsmetode da sykepleierne ikke tok hensyn til deres behov.

Kengurumetoden ble for noen forbundet med frykt for å skade barnet eller gjøre noe feil. I situasjoner hvor alarmene gikk på avdelingen, kunne noen foreldre som utførte kengurumetoden, bli redde for at de hadde gjort noe galt, mens om barnet lå i sengen sin visste de at det ikke var deres feil.

For at metoden skal være gunstig for tilknytningsprosessen, er det en forutsetning at mor er følelsesmessig tilgjengelig og ønsker å bidra i samspillet. (Steinnes, 2009) Kengurumetoden kan derimot gi negativ effekt om mor er stresset, sliten eller utilgjengelig på andre måter. Mange mødre opplever en prematur fødsel som svært stressende. Noen er redde for å miste barnet, andre frykter komplikasjoner etter fødselen og situasjonen preges av uvisshet. Mødrene har kanskje også behov for avlastning og tid til å pleie seg selv etter fødselen og jeg tror det er viktig å ta dette i betraktning. Samtlige foreldre i Drejer & Skjeldstads (2014) undersøkelse uttrykte at redselen for barnets tilstand påvirket samspillet. Noen ble redde for å knytte seg til barnet når det lå i kenguruposisjon, da de ikke visste hvordan barnets tilstand ville utvikle seg.

Travelbee mener at sykepleiers overordnede mål er å hjelpe personen eller familien til å finne mening med erfaringene som følger med sykdom og lidelse. (Kristoffersen, 2012) Jeg tror sykepleieren ved hjelp av kenguruomsorg kan gjøre nettopp dette. Ved å veilede mor i kengurumetoden, kan mor se at barnet dra nytte av den omsorgen hun gir, selv om situasjonen kan være preget av stress og lidelse.

Alt i alt mener jeg kengurumetoden er en svært gunstig metode i de fleste tilfeller, da den er enkel å utføre og ikke krever avansert utstyr eller opplæring. Metoden er derfor også svært økonomisk. Ved å tilrettelegge for kenguruomsorg for mor og barn gjør sykepleieren en viktig jobb i forhold til mor-barn samspillet og utviklingen av trygg tilknytning.

4.4.2 NIDCAP

Det premature barnet har vanskelig for å uttrykke seg og signalene er svake. NIDCAP metoden er derfor svært avhengig av observasjonene av barnet og en må være relativt godt trent for å klare å lese det premature barnet og faktisk være i stand til å skjønne hva barnet prøver å formidle. (Als & McAnulty, 2011) Da mor er avhengig av å kunne lese barnets signaler for å kunne bidra til utvikle trygg tilknytning, er hun på sin side avhengig av at sykepleieren inkluderer henne i pleien av barnet.

Metoden utgjør en viktig faktor for mor-barn samspillet og utviklingen av trygg tilknytning da den går ut på nettopp det å inkludere foreldrene og gi en felles helsefremmende effekt. For at samspillet og utviklingen av tilknytningen skal bli trygg er det viktig at mor blir trygget i rollen som primær omsorgsgiver. (Als & McAnulty, 2011) Om mor er trygg i foreldrerollen tror jeg sannsynligheten er større for at hun viser omsorg og er sensitiv ovenfor barnets signaler.

Noe av det som skiller NIDCAP metoden fra andre metoder, er at den går utpå å tilpasse pleien individuelt til hvert enkelt barn og barnets familie. Dette gjøres ved å redusere unødvendig stimuli og lese barnets signaler, noe som også er i tråd med Travelbees sykepleieteori. Hun poengterer i sin teori at sykepleieren må veilede mennesker i situasjoner med sykdom og lidelse til personlig vekst og utvikling. Det kan i denne sammenheng handle om utvikling av trygg tilknytning. (Kristoffersen, 2012)

For at metoden skal være hensiktsmessig og for at sykepleieren skal kunne fremme et godt samspill mellom mor og det premature barnet, er det viktig at retningslinjene for metoden følges. Artikkelen av Sandtrø et al (2009) viste at sykepleiernes deltagelse ikke stemte overens med retningslinjene som ble nevnt i kapittel 2. Deltagelsen var lav både ved observasjonene og i veiledningssamtalene. Retningslinjene sier at en sykepleier skal være til stede, men dette var kun tilfellet i 44 av 75 observasjoner og 37 av 75 samtaler.

Konsekvensen av dette kan bli at det mor og sykepleier oppfatter barnet forskjellig. Mor vil lese barnet ut ifra veiledningen hun får av NIDCAP observatøren, men sykepleieren vil kanskje ikke få samme inntrykket uten veiledningen. Dette kan påvirke forholdet mellom mor og sykepleier da jeg tror mor vil ha lettere for å utvikle tillitt til sykepleieren som setter seg inn i barnets signaler med hjelp av NIDCAP metoden.

Jeg tenker at NIDCAP er en gunstig metode da den i motsetning til de fleste andre intervensjoner også fremmer utvikling og tilknytning hos de helt nyfødte premature barna. Jeg vil likevel sette spørsmål ved hvor godt metoden lar seg utføre. I artikkelen av Sandtrø et al (2009), kan en se at det ikke var mulig å følge retningslinjene på grunn av tidsmangel eller lite bemanning. Effekten av metoden vil dermed ikke bli like god. På tross av avvik fra retningslinjene i denne artikkelen viser denne og andre artikler at NIDCAP er gjennomførbart og at gevinsten for mor og barn er stor i forhold til ressursbruken. (Als & McAnulty, 2011)

4.5 Ammingens påvirkning på samspillet

Anbefalingene sier at amming bør være den eneste formen for ernæring de første månedene og at ammingen bør fortsette hele det første leveåret. (Grønn, 2009) Amming kan være noe mer utfordrende hos premature barn, enn hos barn født til termin fordi de ikke er modne nok til å klare å koordinere suging, svelging og pusting. (Häggkvist, 2009)

Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskaper om amming, og at det blir gitt god veiledning. I studien av Hvatum et al (2014) ser vi at problemer i ammesituasjonen også er vanlig og at ammingen har mye å si for samspillet og tilknytningsprosessen.

4.5.1 Amming og samspill

Da mye av samspillet med det premature barnet skjer under måltidene er det viktig at både mor og barn får en positiv opplevelse med matsituasjonen. Det er påvist at amming fører til lavere puls, blodtrykk og nivåer av kortisol hos mor. Oksytosin blir også frigitt under ammingen og kan bidra til å blant annet dempe angst. Dette antyder at mor blir mer emosjonelt tilgjengelig og får et bedre utgangspunkt for samspill med barnet. (Helsedirektoratet, 2014)

Derimot kan man se at en problematisk ammesituasjon kan ha en negativ effekt på samspillet og fremveksten av trygg tilknytning. I studien til Hvatum et al (2014), ønsket mødrene å mestre ammingen og de manglet kunnskaper om andre alternativer. Når ammingen av ulike grunner ikke fungerte kjente de på følelser som smerte, frustrasjon, stress, sinne, dårlig selvtillit og mislykkethet. Fokuset som burde vært på samspillet med barnet, ble i stede på å

komme seg gjennom ammingen. Nærheten de ønsket å bygge med barnet, ble ikke mulig å få til da ammingen tok all oppmerksomheten.

Det er også faktorer ved det premature barnet som kan sette stopper for samspillet. Et prematurt barn er ikke modent nok til å ha et rytmisk ammemønster. Det vil si at suging, svelging og pusting følger hverandre over en lengre periode. Den premature vil i stede trenge pustepauser og kan derfor raskere bli utmattet. For at ammingen skal føre til godt samspill tror jeg derfor det er viktig å være var ovenfor barnets signaler og utviklingsnivå og at man tilrettelegger ammingen slik at barnet ikke har brukt opp kreftene sine på annet før ammingen. (Häggkvist, 2009)

4.5.2 Ammeveiledning

God ammeveiledning er viktig for at mor skal kunne lære seg det som trengs for å forebygge problemer med amming og dermed fremme trygg tilknytning. (Helsedirektoratet, 2014)

Det er viktig at sykepleierne på avdelingen har kunnskaper om anbefalingene, men jeg tror også det er viktig å ha en åpenhet om utfordringene med amming. Ved å tidlig bli informert om vanskeligheter rundt ammingen, tror jeg det blir lettere å søke hjelp om man skulle trenge det. Det vil også gjøre selve ammepresset mindre. Studien til Hvatum et al (2014) poengterte viktigheten av å bli informert tidlig om vanskeligheter med amming og eventuelle alternativer. I Norge er amming et høyt verdsatt fenomen og ammeforekomsten er høy. Det høye fokuset på amming på fødeavdelingen gjorde at flere mødre i undersøkelsen følte et sterkt press på å prestere. Ved å avslutte ammingen og heller gi flaske, fikk mødre med ammeproblemer muligheten til å flytte fokuset vekk fra den stressende situasjonen, og bruke energi på samspill med barnet i stede. Mødrene beskrev situasjoner hvor de plutselig begynte å legge merke til barnets signaler, fordi de ikke var stresset eller i smerter. (Hvatum et al, 2014)

Man kan sette spørsmål ved hvordan situasjonen ville blitt om mødre i undersøkelsen hadde fått tilstrekkelig informasjon på et tidlig tidspunkt. Jeg tror det er viktig at sykepleieren gir et mest mulig realistisk bilde av situasjonen og dette kan bare gjøres ved å også informere om utfordringene ved ammingen. Studien til Hvatum et al. (2014), konkluderte med at

helsepersonellets ensidige forsøk på å informere om amming førte til så mye stress og ubehag hos mor og barn, at ammeslutt ble det beste alternativet. Om de hadde blitt informert tidlig tror jeg det hadde vært lettere å oppsøke hjelp. Mødrene ville kanskje ikke følt seg like mislykket og de kunne hatt et mer avslappet forhold til situasjonen. Ved tidlig informasjon kunne tiltak vært iverksatt slik at man kunne unngått at situasjonen hadde blitt så problematisk at de så ammeslutt som eneste løsning. (Hvatum et al, 2014)

5. Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at det tidlige samspillet er avgjørende for hvordan mor vil knytte seg til barnet sitt og det er derfor en viktig del av tilknytningsprosessen. Det er mange faktorer som kan påvirke samspillet mellom mor og barn. Barnets utviklingsnivå og modenhet, mors fysiske og emosjonelle tilgjengelighet, sykepleierens tilgjengelighet og selve miljøet på avdelingen kan hindre eller fremme trygg tilknytning.

Da det tidlige samspillet legger grunnlaget for utvikling av trygg tilknytning er det viktig at sykepleieren har kunnskaper om dette. Mange mødre går gjennom en sorgprosess ved en prematur fødsel og sykepleieren har derfor en viktig jobb med å hjelpe mor å finne mening med situasjonen. Gjennom støtte og veiledning kan mor lære barnet sitt å kjenne, samtidig som hun blir tryggere i sin egen rolle. Dette er viktig med tanke på omsorgen mor er i stand til å gi barnet etter hjemreise. Intervensjonene som er vurdert i oppgaven vil kunne være med å fremme både fysisk utvikling hos barnet og utviklingen av trygg tilknytning. Jeg finner disse intervensjonene gunstige i denne situasjonen da de tar hensyn til barnets utviklingsnivå, fremmer amming og nærhet, og inkluderer og støtter mor.

Sykepleieren gjør et helseforebyggende arbeid ved å veilede og legge til rette for mor-barn samspill. Premature barn er blant annet mer disponert for psykiske problemer i voksen alder, men fokus på tidlig samspill har vist seg å være gunstig for barnet emosjonelle og psykiske utvikling. Utviklingen av trygg tilknytning mellom mor og barn vil også virke forebyggende i forhold til omsorgssvikt. Gjennom støtte og veiledning blir mor i bedre stand til å vise omsorg og ta vare på barnet sitt. På grunn av dette mener jeg at det er behov for økt kunnskap om tilknytning blant sykepleiere og det burde derfor være en større del av grunnutdanningen. Jeg tror også det er behov for mer forskning på området da det vil frembringe ny kunnskap som kan heve kvaliteten på sykepleien som gis.

Litteraturliste

Als, H. & McAnulty, G. B. (2011). *The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): Comprehensive care for preterm infants*. 7(3), 288-301. Doi: 10.2174/157340411796355216

Bowell, G. (2006) *Neonative intensive care*. New York: Routledge.

Bowlby, J. (1995) *A secure base. Clinical application of attachment theory*. (5. Utg.) London: Routledge.

Brinchmann, B. S. (2013) *Etikk i sykepleien*. (3. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Cambridge centre for Attachment. (CCA) (Udatert) *Care Index*. Hentet 07.03.17 fra: <http://www.attachment.services/?assessment=care-index>

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Drejer, S. & Skjeldstad, S. V. (2014) *Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature. Foreldres erfaringer*. 51(12), 1006-1017. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=432851&a=2

Eide, H. & Eide, T. (2012) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benjer, B., Durrmeyer, X., Lescure, S., Bony, C., Danan, C., Baud, O., Jarreau, P.-H., Zana-Taieb, & Caeymaex, L. (2013) *Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents*. 13(18) Doi: 10.1186/1471-2431-13-18

Hägglkvist, A.-P. (2009) Amming. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1. Sykepleie til syke nyfødte og premature barn.* (s. 301-328) Oslo: Cappelen

Helsedirektoratet. (2014) *Nasjonal faglig retningslinje for barselomSORgen.* Hentet 20.02.17 fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet. (2016) *Spedbarnsernæring. Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat.* Hentet 21.02.17 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernering>

Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven).* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hvatum, I., Hjälmhult, E. & Glavin, K. (2014) *Stressfylt amming og samspill.* 9(1), 14-23. Doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0019

Killén, K. (2003) Barns tilknytning. *Psyke & Logos.* 24, 573-587. Hentet fra: <https://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/psyke/article/viewFile/8642/7215>

Klette, T. (2007) *Tid for trøst.* (Doktoravhandling) Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA) Det medisinske fakultet: Oslo. Hentet fra: http://www.nova.no/asset/2721/1/2721_1.pdf

Kristoffersen, L. (2013) Hud mot hud for premature barn. *Jordmora.* 2013(2). Hentet 21.02.17 fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/kengurumetoden_1493.pdf

Kristoffersen, N. (2012) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1.* (s. 2013-322) (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Mehler, K., Wendrich, D., Kissgen, R., Roth, B., Oberthuer, A., Pillekamp, F., & Kribs, A. (2011) Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a

secure attachment behavior: evidence of a sensitive period with preterm infants? *Journal of Perinatology*. 31, 404-4014. Doi: 10.1038/jp.2010.139;

Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K., Torheim, H. (2016) Stressa sykepleiere i kommunen. *Sykepleien*. 3. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56777

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Ravn, I. H. (2009) Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.) *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 244-300) Oslo: Cappelen.

Sandtrø, H. P. (2009) Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.) *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 57-79). Oslo: Cappelen

Sandtrø, H. P., Solhaug, M. & Bjørk, I. T. (2009) Utprøving av NIDCAP. *Sykepleien*. 95(15), 62-64. Doi: 10.4220/sykepleiens.2007.0049

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

Schore, A. N. (2005) Attachment, affect, regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review*. 26 (6) , 204-217.

Statistisk sentralbyrå. (2016) *Fødte, 2015*. Hentet 20.02.17 fra: <https://www.ssb.no/fodte/>

Steinnes, S. (2009) Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.) *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. (s. 27-56) Oslo: Cappelen.

Strandås, M. (2014) Etikk i nyfødtsykepleie: Ulike virkeligheter kolliderer på nyfødtintensiv. *Sykepleien*. 14. Doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0166

Tandberg, B. S. (2009) Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.) *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn.* (s. 224-243). Oslo: Cappelen.

Tomren, U. (2014) *Kommunikasjon gjennom kroppsspråk – NIDCAP tolker det premature barnets atferd.* Hentet fra: <http://www.nsf.no/Content/1587865/NIDCAP.pdf>

Travelbee, J. (2011) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* (6. Utg.) Oslo: Gyldendal

Wennerberg, Tor. (2011) *Vi er våre relasjoner. Om tilknytning, traumer og dissosiasjon.* Oslo: Arneberg,