

KANDIDAT

157

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:11
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Regelverk om fusk og forsøk på fusk finner du her:

- [lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8](#)
- [forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

Besvart.

1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

BACHELOR 2021 om TILKNYTNING OG
DET PREMATURE BARNET.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

670.84 KB

Opplastingstidspunkt:

07.04.2021 22:51

Status:

Lagret

Besvart.



TILKNYTNING OG DET PREMATURE BARNET

Kandidatnummer: 157

VID vitenskapelige høyskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2018

Antall ord: [9840]

[07.04.2021 (08.04.2021)]

SAMMENDRAG

Problemstilling: Hvordan kan veiledning i den familiesentrerte omsorgsmodellen, NIDCAP (Newborn Individualized Development Care and Assesment program) styrke tilknytningen mellom det premature barnet og dets foreldre?

Metode: Oppgaven har som hensikt å belyse problemstillingen gjennom en litteraturstudie. Faglitteratur og forskningsartiklene som er valgt viser relevant erfaring om påvirkningen NIDCAP har for hatt for foreldrene-barn relasjonen.

Resultat: NIDCAP har tilrettelagt for foreldrenes aktive deltakelse i omsorgen av barnet. Dette har medført styrket opplevelse av foreldrerollen, realistiske forventinger og forståelse ovenfor barnet.

Drøfting: Oppgaven drøfter betydningen av en grunnleggende relasjon mellom sykepleier og foreldrene i veiledningen av NIDCAP, samt metodens styrker og svakheter. Oppfølging og anerkjennelse av omsorgspersonene er viktig for å gi dem mot til å knytte bånd med det sårbare premature barnet, dette også i forberedelsen frem mot hjemreise og hvordan stå selvstendig i omsorgen.

Konklusjon: Sykepleier har et viktig ansvar for at det premature barnet og foreldrene skal få muligheten til tidlig kontakt og tilknytning i sin relasjon. Hvordan personalet inkluderer omsorgspersonene i pleie og samhandling med barnet er en essensiell forutsetning både for at foreldrene skal forstå sin betydning og for at barnet skal knytte bånd til sine foreldre.

ABSTRACT

Research question: How can training in the family-centered method, NIDCAP (Newborn Individualized Development Care and Assessment program) strengthen the connection between the premature infant and its parents?

Method: This bachelor thesis has its aim to enlighten the research question through a literature study. Articles and additional literature shows relevant experience about the influence NIDCAP has had on the relation between parent and infant.

Results: Guidance in NIDCAP has contributed to strengthened awareness of the parents role, realistic expectations and understanding of the infants behavior.

Discussion: The thesis discuss the importance of a fundamental relationship between nurse and parents in the guidance of NIDCAP, as well as the method's strengths and weaknesses. Support and recognition is important for the caregivers to build courage in order to bond with the vulnerable premature child. This is also valuable in the preparation for discharge and being independent in the infants care.

Conclusion: The nurse plays a vital role and responsibility in order to establish early contact and attachment between the preterm infant and its caretakers. How the staff includes parents in nursing and interaction with the baby is of significance, both in helping the parents understand their importance and for the child to bond with them.

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMSTILLING	5
1.3 BEGREPSAVKLARING	6
1.4 OPPGAVENS AVGRENSING	7
2 METODE	8
2.1 VALG AV METODE	8
2.2 VITENSKAPSTEORI	8
2.3 SØKESTRATEGI	9
2.3 KILDEKRITIKK	11
2.4 ETISKE OVERVEIELSER	12
3 TEORI	13
3.1 MARTINSENS OMSORGSTEORI	13
3.1.1 Sykepleierens omsorg for foreldre	13
3.5 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE VEILEDNING AV FORELDRENE	14
3.2 DET PREMATURE BARNET	15
3.2.1 Barnets utvikling og forutsetninger	15
3.2.2 Miljøet i livmoren og i en nyfødt intensivavdeling.....	16
3.3 INTERAKSJONEN MELLOM FORELDRE OG BARN	16
3.3.1 Å være foreldre til det premature barnet.....	16
3.3.2 Samspillet mellom barnet og foreldrene	17
3.4 NIDCAP-METODEN	18
3.4.1 NIDCAP-metodens hensikt.....	18
3.4.2 Den Synsaktive Modellen: forståelsen av barnets kroppsspråk og utvikling.....	19
3.5 JOHN BOWLBY'S TILKNYTNINGSTEORI	20
4 RESULTAT	22
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNING	22
4.5.1 "How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP® Model of Care for Their Preterm Infant?"	22
4.5.2 Support to mothers of premature babies using NIDCAP method	22
4.5.3 Mothering a Preterm Infant Receiving NIDCAP Care in a Level III Newborn Intensive Care Unit.....	23
5 DRØFTING	24
5.1 HVORDAN KAN VEILEDNING I NIDCAP METODEN STYRKE TILKNYTNING MELLOM DET PREMATURE BARNET OG DETS FORELDRE?	24
5.2 SYKEPLEIE-FORELDRE RELASJONEN I VEILEDNINGEN	26
5.3 MOT TIL Å KNYTTE BÅND MED DET PREMATURE BARNET	28
5.4 NÅR DET NÆRMER SEG HJEMREISE	30
6 KONKLUSJON	32
REFERANSER	33
VEDLEGG	36

« Utviklingen skjer kun i samvær med andre mennesker. Får vi ikke nærhet, så dør vi» (Lorentzen, 1997).

1 INNLEDNING

I innledningen legger jeg frem begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstillingen som har som mål å besvares gjennom oppgaven. Kapitlet tar også for seg begrepsavklaring og avgrensning som setter rammer for oppgavens retning.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Det fødes omtrent 4400 premature barn per år i Norge. Dette er omtrent 7,5 % av alle barn som blir født (Markestad, 2008, s. 12). Tilknytningen mellom det nyfødte premature barnet og dets foreldre bærer med seg mange utfordringer og barrierer. Jeg har valgt å skrive om dette på grunnlag av at det er et tema som opptar og engasjerer meg. Det siste året har jeg hatt helgestilling på en nyfødt intensivavdeling der jeg har fått være tett på mange foreldre som står i den sårbare situasjonen det er å føde et for tidlig født barn. Jeg ser derfor på dette som en unik mulighet å få sette seg inn i dette temaet som er så aktuelt for min nåværende og fremtidige arbeidshverdag. Hvordan foreldre opptrer i møte med det premature barnet er essensielt, både for barnets tilværelse i seg selv og tilknytningen dem imellom. Hvordan dette samspillet utfolder seg vil også i høy grad avhenge av den veiledningen og informasjonen helsepersonellet gir og formidler. Ved å fordype meg i dette emnet håper jeg å få bedre innsikt og gode verktøy for hvordan sykepleiere kan være en støtte og hjelp for foreldre som står i den livskrisen det er å ha et prematurt barn innlagt på en nyfødt intensivavdeling (Tandberg, 2009b, s. 226).

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan veiledning i NIDCAP metoden styrke tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre?»

1.3 Begrepsavklaring

NIDCAP står for **Newborn Individualized Development Care and Assessment program**, også forklart som utviklingstilpasset familiefokusert neonatalomsorg (Sandtrø, 2009, s. 60).

Gestasjonsalder er et begrep som forklarer hvor mange uker barnet/fosteret er i alder, også kalt svangerskapsalder. Gestasjonsalderen oppgis fra begynnelsen av svangerskapet i uker og også antall dager inn i den neste uken (Markestad, 2008, s. 12). Eksempelvis 34 uker + 2 dager vil bety to dager inn i uke 35 av svangerskapet.

Et prematurt barn er født med gestasjonsalder under 37 uker (Markestad, 2008, s. 12).

Veiledning: «*Veiledning er en måte å være sammen med og reagere ovenfor et annet menneske på, slik vedkommende får hjelp til å utforske sine egne tanker, følelser og handlinger, oppnå er klarer selvforståelse og finne fram til og gjøre bruk av sine ressurser*» (Kristoffersen et al., 2016, s. 383). Slik kan en bidra til å styrke pasientens mestringsfølelse og mestringssevne. Det er kommunikasjon som bidrar til å styrke den andres indre motivasjon for endring, utvikling og aktiv mestring (Eide & Eide, 2017, s. 56).

Fullbåret/maturt barn er født med gestasjonsalder på uke 37-42.

Tilknytning er utvikling av sterke, følelsesmessige bånd mellom barn og omsorgsperson, og er fundamentalt for dannelse og utvikling av gjensidig samspill og kontaktforhold (Rye, 2002, s. 56).

Trygg tilknytning innebærer at barnet er viss på at omsorgspersonen er tilgjengelig og tilstede for å hjelpe dersom behov for det, at vedkommende oppfatter barnets følelser og behov og responderer ved å gi den omsorg som er til barnets beste (Eide & Eide, 2017, s. 370).

Samspill: Barnet og foreldrenes aktiviteter og behov blir koordinert til å samstemme og harmonere med hverandre (Ravn, 2009b, s. 247). Godt samspill kan gjenkjennes gjennom at barn og omsorgspersoner sammen tar del i erfaringer og opplevelser, samt at foreldrene oppfatter barnets reaksjoner og initiativ (Ravn, 2009b, s. 149).

1.4 Oppgavens avgrensning

Grunnet temaets omfang i sin helhet ønsker jeg å avgrense oppgaven til å gjelde det friske premature barnet født med gestasjonsalder fra uke 33, til og med uke 35. Dette for å holde meg innen det sykepleiefaglige området og ikke gå inn på spesialiserte felt, ettersom det mot uke 34 kan forventes at friske premature barn er fullt utviklet og ikke har behov for pustestøtte o.l (Saugstad, 2009, s. 28). Pårørende kan omfatte både foreldre, søsken og annen nær familie. Jeg ønsker derfor å avgrense pårørende til barnets biologiske far og mor. Denne oppgaven tar også utgangspunkt i at både det premature barnet og dets foreldre er innlagt på en nyfødt intensivavdeling, og at foreldrene står for det meste av omsorgen for barnet under oppholdet, men med veiledning og tett oppfølging av helsepersonell. Ved tilknytning vil jeg ha fokus på hvordan samspillet og de fysiske sansene kan styrke og trygge relasjonen mellom foreldrene og det premature barnet, samt at barnet i seg selv får tilrettelagte omgivelser og miljø for dets eget beste. Jeg vil fokusere på den familiesentrerte omsorgsmodellen, NIDCAP. Denne modellen hjelper foreldre til å lære å tolke barnets kroppsspråk og hvordan samhandle med barnet sitt (Sandtrø, 2009, s. 60). Jeg vil derfor se spesifikt på hvordan tilknytningen mellom foreldre og det premature barnet kan styrkes gjennom veiledning i disse prinsippene.

I denne oppgaven har jeg tatt stilling til at det finnes andre omsorgsmetoder og vurderingsskalaer, som ALPS-neo stress og smertevurdering, kengerumetoden, hud-mot-hud-kontakt og annet. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å kun skrive inn mot NIDCAP, foreldre-barn samspillet og pasientveiledning ettersom dette er det aktuelle for min problemstilling. Det er også mange medisinske faktorer som kan tas med i vurdering og tolkningen av det premature barnets situasjon, men i denne oppgaven har jeg valgt å fokusere hovedsakelig på de psykososiale faktorene og samspillet mellom foreldrene. Foruten å se hvordan barnet responderer tilnærmende eller avvisende i interaksjonen, er det liten mulighet til å måle barnets opplevelse av tilknytning i motsetning til foreldrenes. Et premiss for oppgaven er derfor at det premature barnets tilknytning avhenger av foreldrenes tilknytning (Sandtrø, 2009, s. 61).

2 METODE

I dette kapittelet presenteres hva metode er og hvilken som er valgt for denne oppgaven. Det blir også presentert hvilken forskning som er valgt og fremgangsmåte for litteratursøk i databaser og søkehistorikk, samt kort om vitenskapsteori. Videre viser jeg hvordan jeg har funnet annen relevant faglitteratur, samt kritisk vurdert kilder og gjort etiske overveielser.

2.1 Valg av metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2020, s. 76). Gjennom metode finner vi ny kunnskap, samt etterprøver hvorvidt påstander er gyldige og har holdbart grunnlag (Dalland, 2017, s. 51). I innhenting av data velger vi mellom kvalitative og kvantitative metoder. De kvalitative metodene søker informasjon gjennom å forstå og få fatt i opplevelser, erfaringer og meninger som ikke kan måles i statistikk. De kvantitative metodene søker derimot informasjon gjennom målbare verktøy. Slik henter de inn statistikk og gjennomsnittstall som gir et overblikk basert på hva befolkningen eksempelvis mener, har opplevd, har behov for o.l. På sitt vis hjelper begge metodeformene til ytterligere forståelse av samfunnet (Thidemann, 2020, s. 12). Denne oppgaven bygger på en litteraturstudie. En litteraturstudie organiserer og setter kunnskap inn i system basert på utvalg av skiftelige kilder. Man systematiserer studiens litteratur gjennom å finne og velge ulike kilder, deretter vurderer man hver enkelt litteratur kritisk, for så å samle dem i sin helhet (Thidemann, 2020, s. 79).

2.2 Vitenskapsteori

I denne oppgaven har jeg tatt i bruk samfunnsvitenskapelig og humanvitenskaplig kunnskap. De samfunnsvitenskapelige kunnskapsområdene er relevante etter som veiledning og undervisning er tett knyttet opp mot pedagogikk og psykologi (Thidemann, 2020, s. 63). Aktuelle kilder på dette området er blant annet Kommunikasjon i relasjoner (Eide & Eide, 2017), samt Pedagogisk praksis i sykepleieyrket (Brataas et al., 2019). De humanvitenskaplige kunnskapsområdene vektlegger pasienters opplevelse, og er essensielt ettersom oppgaven sikter inn mot veiledning i NIDCAP for det premature barnet og foreldrene. Aktuelle kunnskapskilder er her både fagartikler og nyfødt litteratur som presenteres i neste delkapittel.

2.3 Søkestrategi

I prosessen for å finne gode og relevante forskningsbaserte artikler har jeg utført systematisk litteratursøk i databaser. Jeg gikk da frem ved å bruke PEO skjema (rammeverk for fokuserte spørsmål) for å kartlegge relevante søkeord for min oppgave. Videre brukte jeg MeSh (Medical Subject Headings) for å finne gode søkeord på engelsk (Helsebiblioteket, 2021). Søkeordene jeg endte opp med å ta i bruk var «*premature infant, preterm infant, preterm newborn, neonatale intensiv care, NIDCAP, kangaroo care impact, skin-to-skin-method, environment, neonatale care, pain, stress, stimulus, family-centered care, affiliation, parent-child relation og relationship.*» Jeg gjorde søk i ulike databaser, men endte opp med å bruke Oria og PubMed ettersom søkene var relevante og det var enklere å kritisere kildene. Søkene gjorde jeg ved å bruke hjelpeordene AND og OR, samtidig som jeg begrenset tidsrammen til de siste 15 årene. Jeg gjorde også søk etter artikler gjennom sykepleien.no, hvor jeg fant 13 ulike relevante artikler og valgte ut én av dem. Etter at jeg hadde arbeidet med oppgaven en stund fant jeg ut at jeg ønsket flere artikler som omhandlet foreldrenes opplevelse av NIDCAP spesifikt. Jeg søkte da på «*NIDCAP*» i Oria på tidsperspektiv mellom 2010 og 2021, kun engelske artikler. Da fikk jeg opp «*Mothering a Preterm Infant Receiving NIDCAP Care in a Level III Newborn Intensive Unit*» av Nelson & Bedford (2016). Etterhvert i oppgavens utvikling endte jeg også opp med å måtte begrense omfang av tilnærminger, både for å holde innholdet relevant for problemstillingen og for å avgrense innholdet generelt. Av de syv artiklene jeg opprinnelig hadde valgt ut, ble det kuttet ned til 3 vitenskapelig fagfelleverderte forskningsartikler som både var relevante, aktuelle og troverdige for å belyse min problemstilling. Se vedlegg til slutt for å se søkeprosessen og endringer skjedd underveis.

For å finne faglitteratur har jeg tatt i bruk en del pensumlitteratur som er aktuell for mitt tema. Jeg har også snakket med kollegaer på nyfødtafdelingen og fått anbefalinger om blant annet «*Nyfødtsykepleiebøkene*» av Tandberg og Steinnes (2009). Jeg har også foretatt meg søk på internett på relevant sykepleiefaglig litteratur og fått hjelp av veileder til å finne gode bøker om «*veiledning*».

Innen Martinsens omsorgsteori har jeg valgt å gå til primærkildene, samt bruke annen faglitteratur som drøfter Martinsens teori. Jeg har valgt å bruke «Løgstrup og sykepleien» (2012) da jeg opplever at den forklarer omsorgsperspektivet som jeg ønsket å inkludere i oppgaven. Denne boken er publisert i nyere tid og ble også anbefalt av min veileder i denne bacheloroppgaven. Jeg har også tatt i bruk Martinsens «Omsorg, sykepleie og medisinske:», dette for å utdype hennes filosofi, utdype og underbygge det hun drøfter. Som annen faglitteratur har jeg benyttet pensumbøker som omtaler hennes omsorgsfilosofi, som «Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring» av Nina Jahren Kristoffersen (Kristoffersen et al., 2016) og «Sykepleieteorier» av Marit Kirkevold (Kirkevold, 1998) mfl. Grunnlag for valget av denne omsorgsteorien er knyttet til viktigheten av den grunnleggende tillitsfulle relasjonen for muligheten til å veilede foreldre i blant annet NIDCAP, samt i omsorgen for dem og det premature barnet. Etter hvert som jeg begynte å lese Martinsens omsorgsfilosofi opplevde jeg at tenkningen er omfattende og noen ganger vanskelig å gripe. Jeg har etter beste evne forsøkt å gjengi tenkningen i denne oppgaven. Når det gjelder faglitteratur som tar for seg «veiledning» var det av betydning at begrepet er spisset inn mot sykepleier-pasient-relasjonen. Jeg valgte da å bruke «Kommunikasjon i relasjoner» av Eide & Eide og «Pedagogisk praksis i sykepleie» av Brataaa mfl.

Gjennom å lese andre bacheloroppgaver innenfor lignende tema, har jeg også fått inspirasjon fra deres kilder. Det har også vært nyttig å bruke, ettersom jeg har funnet en del litteratur skrevet spesifikt til foreldre til for tidlig fødte barn. Jeg har også valgt bøker som er skrevet spesifikt til foreldre som føder premature barn, ettersom dette er av høy aktualitet og relevans for det perspektivet jeg skriver oppgaven i. «Når barnet er født for tidlig» (2009) av Saugstad og «Å være foreldre til et for tidlig født barn» (2008) av Markestad, er begge skrevet av fagkyndige leger og professorer innen Pediatri. Markestad har også vært med å skrevet pensumboken «Pediatri og Pediatrisk sykepleie (2009) som også er referert til i denne oppgaven. Jeg har brukt boken «Tidlig hjelp til samspill» (2002) av Rye for å gå i dybden på foreldre-barn-samspillet. Boken er rettet mot fagpersoner i helsetjenesten, derfor ikke spisset inn mot sykepleiepraksisen, men absolutt av aktualitet for denne oppgaven (s. 7).

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å finne litteratur som er relevant for å løse oppgavens problemstilling og å begrunne dens troverdighet og faglighet. Dette er viktig for å avklare om informasjonen er sann og om kildens opprinnelse er pålitelig (Dalland, 2017, s. 152). En relevant kilde er ikke nødvendigvis en troverdig en. For at en kilde skal være pålitelig må alle delene av prosessen være helt presise. Muligheten for feilkilder skal derfor spesifiseres i den kritiske vurderingen av kilder ettersom unøyaktighet medfører redusert pålitelighet (Dalland, 2017, s. 60). Dette kan eksempelvis forekomme i oversettelsen fra et språk til et annet.

I denne oppgaven har jeg tatt et bevisst valg om å bruke kilder som er basert på fagfelleverdert forskning og relevant faglitteratur som er skrevet av anerkjente forfattere. Jeg ønsket i utgangspunktet å hovedsakelig bare ta i bruk bøker som er skrevet de siste 10 årene, men på bakgrunn av mangel på faglitteratur med aktualitet og relevans for problemstillingen, har jeg brukt bøker som er skrevet etter 2002. Gjennom å velge nyere litteratur kan man forsikre seg om at bøkene er oppdaterte, spesielt ettersom det hele tiden er utvikling i sykepleiefaget og dermed også stadig skjer endringer. Ettersom jeg har valgt noe eldre bøker i denne oppgaven, har jeg måtte gjøre noen vurderinger for å sikre at bøkene likevel har vært faglig oppdatert.

Grunnutdanningen i sykepleie inneholder lite litteratur når det gjelder sykepleie til nyfødte og premature. Jeg har derfor valgt «Nyfødtsykepleie: 1 & 2» skrevet av Tandberg i 2009, som er de eneste norske fagbøkene utgitt innen nyfødtsykepleie. Litteraturen er valgt på grunnlag av kildenes aktualitet for tema og er troverdig som faglitteratur. Jeg har også tatt stilling til at bøkene er skrevet for videreutdanningen i nyfødtsykepleie, dermed inneholder deler som tilhører det spesialiserte sykepleiefaglige feltet. På bakgrunn av dette har jeg vurdert kritisk hvilke deler av litteraturen som vil tilhøre og er relevant for min bacheloroppgave.

All forskning og faglitteratur i denne oppgaven er skrevet av profesjoner med aktualitet for det sykepleiefaglige området, dette styrker oppgavens helhetlige pålitelighet. Utvalget av vitenskapelige artikler er fagfelleverdert forskning som er publisert av troverdige utgivere, der formålet er tydelig rettet mot vitenskapelig utvikling og ønsket om å fremme og yte

helsetjenesten (Elsevier, 1880; Wolters Kluwer, 1987). Utgiverne har også publisert en hel del andre vitenskapelige artikler innen helse og er hyppig referert til av andre profesjonelle sykepleierelevante institusjoner. Forskningsartiklene er oversatt av meg fra engelsk, dette må kritisk vurderes ettersom feilkilder kan ha oppstått underveis. Ettersom NIDCAP er en metode basert på fysiologiske og biologiske prinsipper som er gjeldende for alle mennesker, vil det også være en forutsetning at forskningen på metoden er overførbart uavhengig av lokasjon. Likevel gjennom å bare ta i bruk artikler basert på studier gjort i USA og Europa, har jeg forsikret meg om at ressursene, både faglig og materielt er omtrent på lik linje som i Norge. Feilkilder på dette området må likevel tas til kritisk vurdering ettersom studiene ikke er spesifisert til en nyfødt intensivavdeling i Norge og vil kunne innebære ulikheter. Det vil også være forskjeller innen kultur og praksis som må kritisk evalueres, likevel har jeg vurdert forskningen som overveiende aktuell og troverdig for min problemstilling. Andre feilkilder knyttet til studienes vekt på spesifikk prematur gestasjonsalder og individuelt spisset mot mødre, er også tatt med i den kritiske vurderingen.

2.4 Ethiske overveielser

I en litteraturstudie vektlegges det vitenskapelig forskning og faglitteratur i utformingen av oppgaven. For å overholde de etiske og juridiske kravene som stilles følger denne oppgaven de akademiske normene knyttet til kildehenvisning. Dette innebærer etterrettelighet, ivaretagelse av personvern, korrekt sitering og referering (Thidemann, 2020).

Jeg har i oppgaven foretatt meg etiske overveielser når jeg har delt av mine egne erfaringer fra nyfødt intensivavdeling, her har jeg vært påpasselig og ikke utgitt pasientinformasjon eller begått brudd på personvern forøvrig. Dette med utgangspunkt i pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-6).

3 TEORI

Dette kapittelet har som formål å beskrive de teoretiske perspektivene som denne bacheloroppgaven bygger på. Teorien tar for seg kunnskap om omsorgsteori, veiledning, det premature barnet, NIDCAP og tilknytningsteori.

3.1 Martinsens omsorgsteori

3.1.1 Omsorgsbegrepet

Sykepleier og filosof Martinsens omsorgsteori bygger på omsorg som en fundamental forutsetning for alle mennesker. Mennesker er avhengige av hverandre og dette blir særlig tydelig når sykdom, lidelse og funksjonshemning rammer. Da avsløres dyptliggende behov for nærhet med og omsorg for hverandre (Kirkevold, 1998, s. 169). Begrepet «omsorg» beskriver menneskes respons på et annet menneskes avhengighet. I følge Martinsen (2003) er sykepleie *«omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk»* (s. 38). Slik blir omsorg en grunnleggende verdi i sykepleierens møte med pasienter, og har som mål å forstå hvordan pasienten subjektivt opplever sin lidelse eller sykdom og hva som gir velvære, helse og livsmot (Kristoffersen et al., 2016, s. 53).

3.1.2 Sykepleierens omsorg for foreldre

Martinsen skriver om at livet er skrøpelig og vi kommer ikke foruten lidelsen, smerten og døden. For foreldre som har født et prematurt barn er sårbarheten ofte knyttet til frykt for barnets helse og overlevelsessjans. Det er viktig at sykepleieren aksepterer, lytter og viser forståelse for engstelsen og desperasjonen de står ovenfor (Sandtrø, 2009, s. 75). Videre utdyper hun at det sårbare livet likevel innebærer det som gir glede og holde livet oppe. Med våre holdninger kan vi få mennesker til å oppleve verden som utrygg og knust, eller vi kan bidra til en trygg, mangfoldig og lys verden (Martinsen, 2012, s. 12). Holdningene våre formes av normene rundt oss i hvordan vi opptrer i møte med andre, ubevisst eller bevisst. Hvordan vi uttrykker oss med kroppen viser om vi godtar eller avviser andre mennesker, slik kan et blikk påvirke hvordan verden oppleves for andre mennesker. En viktig forutsetning for å skape en tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier er å være lyttende. Kampen mot

klokken er en tilbakevendende problemstilling for helsepersonell. Rutiner, prosedyrer og oppgaver skal følges og prioriteres på kort tid, som ikke alltid gjør det enkelt å skulle ivareta og være tilstede for foreldrene (Martinsen, 2012, s. 12). I hovedsak er dette en konflikt mellom to etiske ansvar, som begge er like viktig. Det ene er det sykepleieren opplever å stå i, som å føre observasjoner, gi medisiner og pleie det premature barnet, og det andre er det ansvaret sykepleieren er betrodd med i utgangspunktet, som er å ivareta det premature barnet og foreldrene i sin helhet (Martinsen, 2012, s. 56).

Omsorg har noen grunnleggende karaktertrekk. Det er et relasjonelt begrep, noe som betyr at det er knyttet til fellesskap med andre mennesker. Omsorg forutsetter også forståelse for det andre mennesker. En slik forståelse kan utvikles ved å gå gjennom og erfare sammen med andre. I veiledning av foreldre vil omsorg som fundament ha en avgjørende betydning. At relasjonen er tillitsfull og trygg er det som åpner for muligheten til å være betydningsfull for andre (Kristoffersen et al., 2016, s. 56–57).

3.5 Sykepleierens pedagogiske veiledning av foreldrene

Som sykepleier forventes det kompetanse til å veilede andre. I denne oppgavens tilfelle vil pasientveiledning være rettet mot foreldre til premature barn. Faglige retningslinjer er tydelige når det gjelder viktigheten av foreldrenes deltakelse som del av barnets behandlingsteam. Personalet har ansvar i å integrere foreldrene i pleien gjennom informasjon og veiledning, slik de kan bli trygge i sin rolle som nærmeste omsorgspersoner (Tandberg, 2009b, s. 233). Gjennom å veilede foreldrene, tilegnes de kunnskaper, bedret ferdigheter og strategier for å oppnå mestring. Dette vil styrke forutsetningene for om og hvordan de klarer å håndtere situasjoner de vil komme opp i (Brataas et al., 2019, s. 94). I pedagogisk veiledning har man som mål at prosessen skal medføre at den som blir veiledet oppnår personlig utvikling. Veilederen har som hensikt å hjelpe andre til å hjelpe seg selv, en forutsetning for dette er at interaksjonen og relasjonen oppleves meningsfull for den som blir veiledet, i dette tilfelle foreldrene. Tveiten definerer veiledning som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på humanetiske verdier og kunnskaper». Veiledning har som mål å starte en utvikling hos mottakeren (Kristoffersen et al., 2016, s. 383).

I en veiledningsprosess er det viktig at foreldrene får tid og mulighet til å komme med spørsmål, tanker og refleksjoner rundt situasjonen. For å lære hvordan håndtere situasjonen er god informasjon, undervisning og veiledning betydelig for å lære seg å tilpasse livssituasjonen (Brataas et al., 2019, s. 251–252). Det også være essensielt at relasjonen mellom sykepleier og foreldrene blir etablert og vedlikeholdt med vekt på trygghet og tillit. Dette gjennom at sykepleieren gir bekreftelse og respekt ovenfor deres rolle i situasjonen (Brataas et al., 2019, s. 100). Sykepleier kan også støtte seg på nasjonale faglige retningslinjer for oppfølging av premature barn, for generelle tiltak både i og utenfor avdelingen (Helsedirektoratet, 2007).

3.2 Det premature barnet

3.2.1 Barnets utvikling og forutsetninger

Det premature barnet er født med gestasjonsalder under 37 uker. Spedbarn født før uke 28 går under kategorien ekstremt for tidlig fødte barn, dette omfavner bare 1% av premature (Markestad, 2008, s. 12). De som fødes med gestasjonsalder over 27 uker dør sjelden. Til tross for at premature barn er små, umodne og sårbare, har de fleste et uproblematisk forløp og det som oftest tar tid er å lære å spise selv (Markestad, 2008, s. 14). Hver uke har stor betydning for utvikling, og sjansen for å overleve og å få vokse opp friskt øker for hver dag (Markestad, 2008, s. 17). Barnets utvikling avhenger og påvirkes av ulike faktorer som gener, biologi og miljø. Utgangspunktet hos et barn som blir født prematurt er veldig annerledes enn hos et barn som blir født til termin. Bare i løpet av de siste seks til åtte ukene av svangerskapet vokser hjernens størrelse med ca. 35% (Ravn, 2009b, s. 250). Dette gir et bilde på hvor sårbart barnet som blir født for tidlig er. På mange måter er det fortsatt et foster under utvikling, bare at det nå er utenfor livmoren (Sandtrø, 2009, s. 60). Den nevrologiske umodenheten gjør det for tidlig fødte barnet mer sårbart i interaksjon med verden. Det utsettes for høyt nivå av fysiologisk stress, samtidig som det er svært energikrevende å regulere grunnleggende respirasjon, sirkulasjon og temperatur. Dette gir lite overskudd til å samhandle, samt resulterer i at signalene barnet gir er svakere og forsinket (Ravn, 2009b, s. 250).

3.2.2 Miljøet i livmoren og i en nyfødt intensivavdeling

Det å bli født prematurt er en stor påkjennelse for barnet som i utgangspunktet trenger lengre tid i livmorens skjermende miljø. Modenhetsnivå står ikke i forhold til å kunne klare håndtere stimuliene som medfølger denne verden, noe som tilsier at for tidlig fødte barn er mer disponert for sykdom og skader, også senskader (Sandtrø, 2009, s. 57). I livmoren ville barnet så raskt som de strekker ut en hånd eller fot, møte motstand som leder tilbake til samme faste posisjon, altså fosterleiet. I tillegg fungerer morkaken som barnets lunger og nyrer, samtidig som alle avfallsstoffer, eliminasjon forøvrig og beskyttelse mot infeksjoner skjer via morkaken (Saugstad, 2009, s. 24). Det øyeblikket barnet blir født skjer den store omveltningen i at dette skal klares på egenhånd, og for det premature barnet som ikke har fått den tiden det skulle hatt til å modnes, er denne påkjenningen betydelig (Sandtrø, 2009, s. 59). For de fleste premature barn er nyfødt avdelingen noe av det første som møter dem. De kjente omgivelsene i livmoren med jevn temperatur, mørke, fjerne lyder og fosterleiets trygge og lune miljø blir erstattet med høye lyder, sterkt lys, skiftende temperatur, forflyttelse og ikke lenger den trygge sparkemotstanden (Saugstad, 2009, s. 24). Barnet blir disponert for mange forstyrrende faktorer på nyfødt intensivavdelingen. Teknologisk utstyr, alarmer som går, undersøkelser og prosedyrer som skal utføres og helsepersonell i sine hektiske rutiner og oppgaver utgjør store stressfaktorer for det sårbare individet (Saugstad, 2009, s. 145). Hvile og ro er derfor svært sentralt og viktig i behandlingen. På mange avdelinger vil man oppdage at pasientrommene har dempet lys, ofte teppe over kuvøse eller seng, og gjerne et elektronisk øre på veggen som reagerer på lyd ved å skifte farge grønt til rødt ettersom lydnivået stiger (Saugstad, 2009, s. 146). Dette har som hensikt å tilrettelegge miljøet på tryggest mulig måte og å begrense hvor mange inntrykk barnet får fra omgivelsene (Sandtrø, 2009, s. 60).

3.3 Interaksjonen mellom foreldre og barn

3.3.1 Å være foreldre til det premature barnet

For foreldre kan møtet med nyfødt intensivavdelingen være utfordrende. Å føde et barn for tidlig skjer ofte både raskt og uventet, og mulighetene for intimitet og samspill er annerledes enn for dem som bærer barnet til termin (Ravn, 2009b, s. 244). Mange opplever kanskje at

deler av de naturlige forberedelsene ble tatt fra dem, og de kjenner på sorgfølelser og skyld knyttet til å ikke fått bære barnet svangerskapet ut. Adskillelsen som ofte oppstår mellom mor og det premature barnet etter fødsel, medfører ofte krisereaksjoner som er vanskelige for personalet å oppfatte og oppdage (Tandberg, 2009a, s. 106). Foreldrene vil også gjerne ha lite energi og krefter den første tiden etter fødselen, og oppleve stress knyttet til foreldrerollen. De har i tillegg gjerne lite grunnlag for å vite hva som foregår, hvilke forutsetninger barnet har for å overleve og kjennskap til avdelingen forøvrig. Den første tiden vil gjerne bære preg av mange spørsmål og ofte en opplevelse av maktesløshet, spesielt knyttet til at helsepersonellet kjenner til barnets beste fremfor en selv. Å ikke kunne ta vare på barnet sitt alene kan både være en lettelse og en sorg for foreldrene. De fleste er svært takknemlig og ser på hjelp fra faglig oppdatert personell som svært verdifullt og viktig (Ravn, 2009b, s. 254). Likevel er det ikke motstridende at noen kan oppleve at de blir stående på siden, mens behandleren pleier barnet (Saugstad, 2009, s. 156). Selv de som har barn fra før, kan erfare at kunnskapen ikke strekker til i omsorgen av det spedbarnet. (Ravn, 2009b, s. 254). Hvor lenge det premature barnet er innlagt på nyfødt intensivavdelingen vil avhenge av modenhet og komplikasjoner. Overgangen mot utskrivelse kan for noen oppleves som brå og uventet. For at dette ikke skal bli enda en fysisk og psykisk belastning er det viktig at avdelingen fra første stund tydeliggjør dette som målet (Ravn, 2009a, s. 105).

3.3.2 Samspillet mellom barnet og foreldrene

Samspill er grunnleggende for ethvert menneske. Barnets utvikling og vekst er avhengig av nærhet og samspill med mennesker (Ravn, 2009b, s. 247). Utviklingsnivå, modningsprosess og sykdomstilstand vil ha betydning for hvilke forutsetninger det premature barnet har for samspill (Ravn, 2009b, s. 148). Barnet sees på som aktiv i sin egen utvikling, dette betyr at det gjennom sin atferd og utstråling er ansvarlig for reaksjoner og responser fra foreldrene. Foreldrene vil oppleve mestring dersom barnet gir tydelige signaler (Ravn, 2009b, s. 251). Det premature barnets dempede og unnvikende signaler kan medføre at foreldrene kjenner på vanskelighet for å forholde seg til hvordan interaksjonen helst bør foregå, slik kan samspillet bli utfordrende (Sandtrø, 2009, s. 75). Det er en ømfintlig balanse i interaksjonen hvor det må vurderes og evalueres ettersom en må passe på å ikke overbelaste barnets toleranse for stimulering (Ravn, 2009b, s. 251). Foreldre vil derfor være avhengig av

veiledning fra sykepleiere for å lære å tolke og oppfatte signalene barnet gir, og også hvordan respondere på dem. Gjennom berøring, bevegelser, blikk kontakt og gode lyder kan barnet kjenne på trygghet, ro, og omsorg. Disse felles opplevelsene kan styrke samspillet og også bidra til mestring og trygghet for foreldrene (Ravn, 2009b, s. 149).

3.4 NIDCAP-METODEN

3.4.1 NIDCAP-metodens hensikt

Det nyfødte premature barnets atferdsmønster skiller seg betydelig fra et fullbåret. Den Neonatale Brazeltonskalaen evaluerer og vurderer det nyfødte barnets evner basert på det styrker, tilpasningsresponses og mulige sårbarheter. Med utgangspunkt i denne skalaen utviklet Heidelise Als et program kalt Newborn Individualized Development Care and Assessment program. På norsk kan vi oversette det til «den familiefokuserte omsorgsmodellen». Metoden hjelper å tolke atferden til det premature barnet, slik de kan få omsorg og behandling som er tilpasset deres individuelle modningsprosess (Tandberg, 2009, s. 227). NIDCAP bygger på fire prinsipper: relasjon mellom omsorgsperson og barnet, forstå det premature barnets atferd, individuell omsorg og familien i sentrum av pleien.

Det første prinsippet bygger på at det skal være et grunnleggende fokus på den relasjonelle omsorgen mellom omsorgsperson og barnet. Gjennom å lære å tolke barnets signaler og tilrettelegge pleien heretter, oppleves samspill og mestring i situasjonen. Tradisjonelt har den neonatale pleien båret preg av å være mer oppgave,-og rutinestyrte, hvor man ved NIDCAP derimot ser på den relasjonelle omsorgen som en fundamental verdi (Sandtrø, 2009, s. 60).

Videre handler det andre prinsippet om å forstå det premature barnets atferd, dette gjennom observasjon og tolkning av barnets signaler. Det viktigste her er å oppfatte hvordan barnet håndterer interaksjonen, om det viser tegn til samvær eller avvising. Som et individualisert utviklingsprogram, er ivaretagelse og omsorg basert på individuell tilpasning en forutsetning.

Det tredje prinsippet omhandler derfor individuell omsorg. Hvert barn er unikt med individuelle behov og håndterer stimuli fra miljøet forskjellig, gjennom dette fokusområdet

tilpasser man tiltak og prosesser med utgangspunkt i barnets rytmer. Det fjerde prinsippet er omsorg med familien i sentrum. Dette innebærer at familien skal være naturlig deltakende i omsorgen for barnet. Som foreldre har man vært avgjørende for barnets overlevelse fra unnfangelse av, denne avhengigheten fortsetter selv om barnet har kommet til verden. Det sterke båndet vil være den eneste konstante faktoren i barnets liv, derfor er den familiesentrerte pleien og ivaretagelsen er betydelig (Sandtrø, 2009, s. 61).

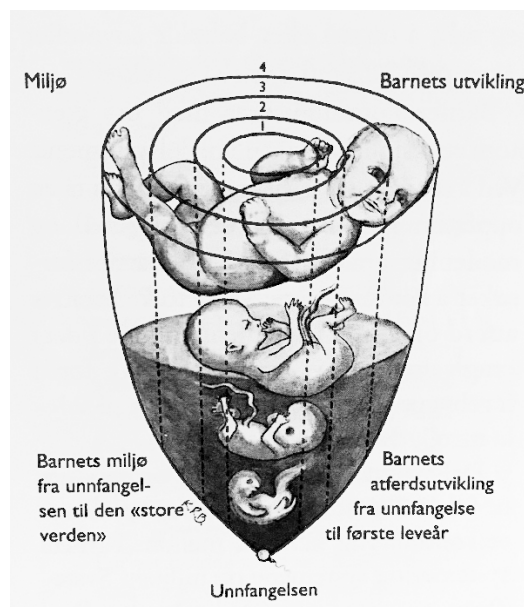
3.4.2 Den Synsaktive Modellen: forståelsen av barnets kroppsspråk og utvikling

I sammenheng med utviklingen av NIDCAP, utviklet Als også «Den Synsaktive Modellen» som gir en oversikt og forståelse over barnets kroppsspråk og utvikling fra barnets unnfangelse til omtrent 3 tre måneder. Modellen gir et overblikk over betydningen av ulike faktorer og impulser, og avklarer hvilke forutsetninger barnet har for å håndtere dem med utgangspunkt i sin modningsprosess. Delsystemene består av 5 deler. Det autonome eller fysiologiske systemet, det motoriske systemet, det våkenregulerende systemet, systemet for oppmerksomhet og samspill, og systemet for selvkontroll. De ulike delsystemene er satt i baner som ovenfra kan sees som sirkler (*se figur s.19*) (Sandtrø, 2009, s. 61).

Kjernen er det autonome eller fysiologiske systemet som omfatter blant annet puls, respirasjon, temperatur, hudfarge o.l. Dette er fundamentalt for liv, og er en del av barnets utvikling nærmest fra unnfangelsen av. Det motoriske systemet utvikles tidlig i embryonalperioden (uke 2-8 etter befruktning), dette innebærer kroppstilling, tonus og bevegelser. Det våkenhetsregulerte systemet er en del av modningsprosessen som sees fra omtrent uke 28, barnet viser tegn til om det er våken eller sover (Sandtrø, 2009, s. 61). Fra ca. uke 32 skilles våkenperiodene seg fra søvn i en slik grad at barnet evner mer samspill med miljøet rundt, kjent som systemet for oppmerksomhet og samspill. Dette delsystemet handler om hvorvidt barnet klarer å samspille aktivt med omgivelsene, og er også den siste sirkelen avmerket i modellen. Det femte er systemet for selvkontroll som omfavner alle delsystemene. Dette innebærer barnets evne til å komme i balanse, regulere og håndtere hvert enkelt delsystem samtidig. Selvkontroll innebærer å finne stabilitet og finne roen selv.

Barnets modningsprosess i forhold til de ulike delsystemene er individuelt. Tilpasningen av pleien og omsorgen vil derfor avhenge av modenhetsnivå i forhold til delsystemene. For at

det motoriske systemet skal utvikle seg hos barnet, må det først komme til en viss modning innen det autonome systemet. På denne måten avhenger de ulike delsystemene i stor grad av hverandre. For å stabilisere barnet autonomt kan det hjelpe å støtte opp og oppnå motorisk stabilitet, eller motsatt. Eksempelvis ved lange pusteapné kan man ofte se at barnet blir svært slapp i tonus og blek i hudtone. Ved å da stabilisere respirasjon gjennom å stimulere slik man minner barnet på å puste eller gi pustestøtte, stabiliserer man også til normal tonus og gjenopprette hudtone. Barnets pleie og omsorg må vurderes og tilpasses ut fra barnets modenhetsnivå og sårbarhet. Gjennom å observere og tolke hvordan barnet reagerer og opptre vil hjelpe til å gi det enkelte barnet den individuelle hjelpen det har behov for (Sandtrø, 2009, s. 62).



Tegning: Kristoffer Ravn Bakkejordet etter Als, H. *Infant Mental Health Journal* 27 (Sandtrø, 2009, s. 61).

3.5 John Bowlbys tilknytningsteori

Tilknytningsteori utviklet av John Bowlby vektlegger trygg tilknytning som grunnleggende for hvert enkelt menneske, fra fødsel og frem til man er voksen. Bowlby mener at gjennom å være tilknyttet eller ha tilknytning til et annet menneske, er man sterkt mottakelig for omsorg, nærhet og kontakt fra vedkommende (Eide & Eide, 2017, s. 369). Han så på barnets atferd og initiativutvikling som direkte knyttet til erfaring fra interaksjoner med andre

mennesker. Med utgangspunkt i dette vil trygg tilknytning eller ei, avhenge av erfaringene barnet har med sine omsorgsgivere (Rye, 2002, s. 57).

I sin teori underbygger Bowlby (1969) viktigheten av at barnet har foreldre som viser sensitivitet og empati i sin omsorg. Deres skjermende rolle er avgjørende for at barnet får etablert en trygg emosjonell tilknytning til foreldrene. Dette er grunnleggende for at barnet opplever å ha et trygt sikkerhetsnett i sitt møte med den utforskende verden (Ravn, 2009b, s. 251). Bowlby brukte to begreper for tilknytning. *Attachment*, som er den tilknytningen barnet har til foreldrene, og *bonding* den tilknytningen foreldrene har til barnet (Rye, 2002, s. 52). Dersom barnet opplever lite kontakt med foreldrene i tidlig fase eller barnet gir svake signaler som er utfordrende å respondere på, kan tilknytningen og det emosjonelle båndet mellom barnet og foreldrene bli vanskelig (Ravn, 2009b, s. 251–252). Tilknytningen mellom barnet og dets foreldre skjer på mange måter fra før det blir født, eksempelvis gjennom at barnet gjenkjenner kjente stemmer og responderer på aktiviteter som mor utfører. Videre etter fødselen vil ikke bare barnet oppleve at de grunnleggende fysiske behovene som mat og drikke kommer gjennom omsorgspersonene, men også at berøring, syn og hørsels opplevelsene gir godt samspill dem imellom (Rye, 2002, s. 53).

Bowlby mener at noen av barnets reaksjoner og handlinger videre vekker omsorgsreaksjoner i mor, som medfører at hun holder seg nær barnet sitt. Dette gjennom å klynge seg til mor, gråte, smile, følge med blikket og suging. De ulike komponentene hjelper barnet å overleve samtidig som det bidrar til samspill og tilknytning med omsorgspersonene. Barnet utvikler seg, lærer å forholde seg til omverden og på mange måter blir til gjennom opplevelsen av relasjonen til sine nærmeste (Rye, 2002, s. 55).

4 RESULTAT

Under resultat presenteres forskningsartiklene som oppgavene er basert på. Studiene tar for seg hvilke opplevelser og erfaringer foreldre, samt også sykepleiere har hatt med NIDCAP i forbindelse med omsorg og pleie av det premature barnet på nyfødt intensivavdelinger.

4.1 Presentasjon av forskning

4.5.1 “How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP® Model of Care for Their Preterm Infant?” (Wielenga et al., 2006)

Forskningsartikkelen bygger på en kvalitativ randomisert kontrollert undersøkelse som tok plass på en nyfødt intensivavdeling med fokus på premature barn født før uke 30. Studiens formål var å finne ut hvor fornøyde foreldrene var med den støtten de fikk av sykepleiere når det gjaldt NIDCAP. Resultatet viste at det fortsatt er områder innen sykepleie på dette feltet som trenger forbedring. NIDCAP er en familiefokusert utviklingsmodell, det var derfor uheldig å se at sykepleierne ofte fokuserte nesten kun på barnet. Funnene viste derfor viktigheten av å dokumentere og kvalitets forbedre for å måle foreldrenes tilfredshet med hensyn til NIDCAP.

4.5.2 Support to mothers of premature babies using NIDCAP method (Sannino et al., 2016)

Denne kvalitative forskningsartikkelen viser resultater basert på observasjon av premature spedbarn under sykehusinnleggelse. Hensikten med denne ikke-randomisert kontrollerte studien var å finne ut hvor effektivt bruk av NIDCAP er for utviklingen til premature spedbarn født i uke 32. Målet var å vurdere dette ut fra mødrenes opplevelse av støtte og utvikling av spedbarna. Det ble tatt i bruk sykepleier-foreldre-støtteverktøyet (NPST) som evaluerer hvordan det blir kommunisert informasjon tilknyttet barnets sykdom, støtte gitt av personal for å forbedre samsvar og foreldrerolle, emosjonell støtte for å hjelpe foreldrene å takle situasjonen og kvalitet i omsorg og støtte. Dette verktøyet ble gitt til mødre før utskrivelse for å vurdere støtten gitt av de ansatte på intensivavdelingen. Resultatene fra studien presenterer funn av at NIDCAP er med å fremme mødrenes engasjement, som også støtter opp under spedbarnets nevrofunksjonelle utvikling på kort sikt.

4.5.3 Mothering a Preterm Infant Receiving NIDCAP Care in a Level III Newborn Intensive Care Unit (Nelson & Bedford, 2016).

Mothering a Preterm Infant Receiving NIDCAP Care in a Level III Newborn Intensive Care Unit er en artikkel som gir et godt innblikk i mødres opplevelse av hvordan det er å bruke NIDCAP i omsorgen for deres premature barn. Studien er basert på en kvalitativ forskningsmetode. Resultatene viser at de premature barnas mødre var generelt veldig positive til NIDCAP for den informasjon og støtte verktøyet bidrar med. Funnene viser også viktigheten av at pleierne har medfølelse og tålmodighet med mødrene for at de skal få bedre selvtillit i sin rolle, for å overvinne frykten som kommer med å ha et prematurt spedbarn og ha mot til å være deltakende i bruk av NIDCAP uten å føle seg dømt. Artikkelen underbygger også at betydningen av at foreldrene til det premature barnet er tilstede under hele sykehusoppholdet er stor.

5 DRØFTING

I dette kapittelet belyses og diskuteres teorien og funn fra forskningsartiklene opp mot hverandre. Jeg har sett på fordeler og ulemper med sykepleierens veiledningen av foreldre og NIDCAP som metode, og heretter hvilke verdier som bør vektlegges i pleie og omsorgen på en nyfødt avdeling.

5.1 Hvordan kan veiledning i NIDCAP metoden styrke tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre?

På en nyfødtavdeling gir man ikke bare sykepleie til det nyfødte barnet, men også til familiene (Tandberg, 2009b, s. 227). Fra begynnelsen vil det være viktig å forberede, realitetsorientere og sette mål som tilrettelegger for en myk overgang i fasene som leder mot at hele familien skal få reise hjem (Ravn, 2009a, s. 107). Her mener jeg fokuset på tilknytning har en sentral rolle.

Veiledning i NIDCAP bidrar til forståelse i forhold til hvilke forutsetninger barnet har, samt ved å vektlegge familiens sentrale rolle, fremmes foreldreansvaret for det premature barnets omsorg og pleie (Tandberg, 2009b, s. 233). Metoden gir omsorgspersonene tegn å se etter slik de får forståelse for hvordan spedbarnet deres har det og hvordan det utvikles. Forskning viser at foreldrene ble mer komfortable og mindre redde når de lærte å bruke NIDCAP i omsorgen av barnet sitt. De opplevde at jo mer de fikk gjøre, jo tryggere ble de og de fikk også grunnlag for å vite hva de kunne forvente av situasjonen (Nelson & Bedford, 2016, s. 8). Dette viser hvordan metoden bidrar på ulike aspekter, både i det praktiske og det emosjonelle.

Tandberg underbygger dette ved å forklare hvordan foreldrene, gjennom aktiv deltakelse, får oppleve og bekrefte deres unike betydning som omsorgspersoner. Med tiden vil de ha mer kunnskap ovenfor deres barns atferd (Tandberg, 2009b, s. 235). Gjennom å lese og tolke det premature barnets svake tegn, vil de også kunne oppleve at de kjenner barnet sitt på en unik måte. Sanninos et al. (2016) studie beskriver at NIDCAP gav mødrene mer selvtillit og opplevelse av mestring, samt redusert stress knyttet til foreldrerollen. De ble mer oppmerksom på deres betydningsfulle rolle og anerkjente viktigheten av tilknytningen i relasjon mellom omsorgsperson og barn (s.18). For å legge et fundament for tilknytningen

kan det være hensiktsmessig at foreldrene får en slik forståelse. Bevisstgjøring og bekreftelse kan oppfordre til ytterligere engasjement og deltakelse. Ettersom tidlig kontakt styrker barnets tilknytning til foreldrene, vil omsorgsmetoden ha positive innvirkning på tilknytningen fra begge parter (Ravn, 2009b, s. 251–252).

NIDCAP har også et aspekt som kan være utfordrende for foreldrene, spesielt ettersom det kreves at de skal være mest mulig hos spedbarnet. Eksempler fra Nelson & Bedfords (2016) studie viser at mødre som ikke hadde mulighet til å være tilstede på avdelingen hele tiden, fikk dårlig samvittighet og opplevde seg tidvis dømt av deler av personalet. En annen mor forklarte også at hun opplevde det slitsomt og deprimerende at hun måtte ha dempet lys på rommet til spedbarnet hele tiden. Andre innrømte også at de slet med å det å måtte sitte i mange timer. Det er spesielt vanskelig for foreldre som over et langt sykehusopphold å ha konstant personalet og andre pårørende rundt seg (s. e276-277). Til tross for at NIDCAP i utgangspunktet vil ha positiv påvirkning på tilknytningen, kan forventningene foreldrene har hatt til samspillet på forhånd også skape avstand og utfordringer. Barnets vage signal og responser kan gjøre at omsorgspersonene føler seg avvist i sin rolle (Sandtrø, 2009, s. 75). Disse ulike utfordringene understreker hvor nødvendig det er å møte foreldrene med sensitivitet og tålmodighet ovenfor deres situasjon, og hjelpe dem delta i NIDCAP i deres eget tempo og i den grad de opplever overkommelig (Nelson & Bedford, 2016, s. e278). Tilknytningen skal tross alt fremmes og ikke tvinges, noe annet kan gjerne virke imot sin hensikt.

Jeg mener at hvordan vi formulerer oss i veiledningen av foreldre er avgjørende for opplevelsen av mestring og hvordan tilknytningen fremmes. Tveitens (sitert i Kristoffersen et al., 2016, s. 283) forklaring av pedagogisk veiledning vektlegger dialogen som et viktig element i prosessen. Ved reflekterende dialog i veiledningen av NIDCAP får foreldrene selv formulere og sette ord på hva de observerer og hvordan de tolker barnet sitt. Dette kan fremme mestring og deres myndiggjøring som foreldre, som igjen vil styrke foreldrenes tilknytning («bonding») til barnet (Brataas et al., 2019, s. 251–252). Heretter vil barnets nærhet med foreldrene og opplevelse av at behov blir møtt og respondert på, styrke tilknytningen (attachement») barnet har til omsorgspersonene (Rye, 2002, s. 52).

Nelson & Bedford (2016) brukte begrepet «Parenting with permission» som nøkkelsetning i studien der de undersøkte mødres opplevelse av NIDCAP. Dette innebar at omsorgspersonene gikk fra opplevelsen av å stå på utsiden, til å føle seg som foreldre etter hvert som de ble mer og mer involvert i pleien gjennom NIDCAP (s. e277). Ved å veilede foreldre til å se de små stegene utviklingen, kan også de se oppturer og lære å følge barnets fremgang. Gjennom dette får også veilederen bekreftet sin betydningsfulle rolle, hvilket kan bidra til styrke relasjonen mellom foreldrene og sykepleieren (Brataas et al., 2019, s. 100). Det å erfare sammen med andre skaper en unik forståelse som er grunnleggende for omsorg (Kirkevold, 1998, s. 169).

5.2 Sykepleie-foreldre relasjonen i veiledningen

Jeg har gjentatte ganger erfart at det er viktig med en relasjon for å kunne veilede foreldre i pleie og omsorg av spedbarnet deres. Martinsen underbygger dette i sin omsorgsfilosofi ved å påpeke at en grunnleggende tillitsfull relasjon er avgjørende for muligheten til å påvirke og være betydningsfull for andre (Kirkevold, 1998, s. 169). Hun utdyper at forståelse og trygghet er en forutsetning for dette grunnlaget og vektlegger en lyttende holdning som nødvendig for dyptliggende relasjonell omsorg (Martinsen, 2012, s. 12).

I Nelson og Bedfords (2016) studie uttrykker omsorgspersonene at de «ukjente» og «nye» sykepleierne ikke kunne bidra med den samme emosjonelle støtten som kontaktsykepleieren og andre sykepleiere som kjente dem godt. De beskriver at pleiere som ikke kjente dem eller barnet deres var utfordrende (s. e277). Dette er et viktig aspekt ettersom man på en nyfødtavdeling, på lik linje med hvilken som helst annen sykehusavdeling, må forholde seg til mange ulike personer i et stort personale.

Hvor lenge sykehusoppholdet varer for de premature barna vil variere både ut ifra hvor tidlig barnet ble født, hvor langt de er kommet i modningsprosessen og om det foreligger sykdom eller ei. Innleggelse kan variere fra bare uker til flere måneder (Ravn, 2009a, s. 106). Man er derfor avhengig av å kunne danne dypere relasjoner på kort tid, og dette er ikke alltid lett.

Det er utfordrende å skulle møte menneskers behov når tiden er begrenset og oppgavene er mange. Prioriteringen sykepleieren må foreta seg vil være etisk utfordrende, spesielt

Ettersom det ikke alltid er de synligste behovene som er mest nødvendige. Å møte de indre behovene er minst like viktig, det krever også gjerne en tillitsfull relasjon og tid til ivaretagelse (Martinsen, 2012, s. 12).

Overordnet blir sykepleiernes engasjement og omsorg positivt meldt i de tre studienes forskning. Foreldrene rapporterer at foreldrene ikke bare tok vare på barnet deres, men tok vare på dem som pårørende. Ved å forsikre seg om at de hadde fått spist, sovet og tok vare på seg selv forøvrig uttrykker en mor at de fikk henne til å føle at hun også var viktig (Nelson & Bedford, 2016, s. e277). Dette er en del av det å ta vare på foreldrene og barnet i helhet. Ettersom barnet er så avhengig av mor og far, er også deres helse grunnleggende viktig for barnets helse. Veiledningen i NIDCAP gjorde også at foreldrene opplevde at sykepleieren likte og var optimistisk ovenfor barnet, samt de følte seg støttet av personalet (Sannino et al., 2016, s. 18). Wielenga et al. (2006) bemerker at det som er gjentakende ifølge hvordan foreldre opplever veiledningen av NIDCAP på nyfødt intensivavdelingen er hvor viktig støtte, interesse, involvering og ærlighet fra pleierne er for foreldrene (Wielenga et al., 2006, s. s.46).

Funn fra Nelson & Bedford presenterer derimot at noen foreldre opplevde at noen sykepleiere hadde negative holdninger til deres deltakelse, det virket som de tenkte på det som tidstap (s. e278). I en hektisk hverdag er det derfor viktig at man har innsikt i sitt helhetlige ansvar som sykepleier, og ikke bare rutinene (Martinsen, 2012, s. 12). Jokes studie uttrykker også bekymringer tilknyttet hovedvekt av fokus på spedbarna, til tross for at NIDCAP har et så tydelig familiefokus i sine prinsipper (Wielenga et al., 2006, s. s.47).

Sykepleiere er mennesker og vil oppleve utfordringer i hvordan skulle møte foreldrene i de sårbare situasjonene. Faktumet i at forskning viser at sykepleiere bruker lengre tid i opplæringen av NIDCAP enn foreldrene selv, belyser dette. De bruker mer tid på å venne seg til forandring, og flere har rapportert å kjenne på truende følelser ovenfor foreldre som fortalte dem hva de skulle gjøre og prøvde å ta over i pleien (Wielenga et al., 2006, s. 47). Sykehusets satsing på ressurser, sertifisering av NIDCAP og hvorvidt skiftet fra det tradisjonelle fokuset i å bare ta vare på barnet, til å ta vare på barnet som en del av familien går, vil være med å avgjøre kompetansenivået både for hver enkelt pleier og for personalet som helhet. Viktigheten av dette underbygges av resultatene fra (Wielenga et al., 2006, s.

47). Jeg mener derfor at sykepleierens kompetanse og erfaring tilknyttet NIDCAP kan ha stor betydning for muligheten for veiledning av foreldrene i metoden.

Hos spedbarnet som er født prematurt er det nyfødt avdelingens ansvar å ta over den viktige rollen livmoren har hatt. Dette ansvaret innebærer å tilrettelegge og hjelpe barnet til å overleve det nye miljøet (Saugstad, 2009, s. 24). Den synsaktive modellen gir god veiledning i hvordan forstå hvor sårbart barnet er (Sandtrø, 2009, s. 61). Det vil være viktig for foreldrene å forstå hvordan barnets atferd viser om det har det bra, om det er anstrengt, slitent eller utilpass.

De fysiologiske og biologiske komponentene som ligger til grunne i NIDCAP gir forståelse av det premature barnet forøvrig som helhet. Gjennom å se på om barnet har åpent eller lukket ansikt, om det ligger avslappet i sammenkrøpet leie eller strekker ut armer og bein, og blir liggende ustrakt, viser om det har det bra eller ikke (Sandtrø, 2009, s. 62). Et eksempel på en utfordringen i omsorgen av det premature barnet, er at det ikke kan gi beskjed om at det er sulten eller utilpass på samme måte som de fleste terminbarn som slår full alarm. Det er da så viktig at foreldrene får god veiledning og undervisning til å forstå deres barns utgangspunkt.

5.3 Mot til å knytte bånd med det premature barnet

Nelson and Bedfords (2016) studie viser at flere mødre opplevde å måtte overvinne frykten for å bli tilknyttet det premature barnet. Dette bunnet ut i at det var vanskelig for dem å knytte seg til noe så sårbart som kanskje ikke kom til å overleve (Nelson & Bedford, 2016, s. e276). Jeg tror mange forbinder intensivavdelinger med alvorlig sykdom og død. Selv om dette er et viktig aspekt ettersom det er en realitet at disse situasjonene oppstår, er det slik at de fleste premature barn overlever (Markestad, 2008, s. 14). Dette som Martinsen skriver om det sårbare og skrøpelige livet, og at vi må forholde oss til smerte, lidelse og død, er derfor et essensielt og viktig aspekt (Sandtrø, 2009, s.75).

Studiens funn presenterer uerfarne mødres følelser knyttet til overraskelse, varsomhet og frykt den første tiden på avdelingen (Nelson & Bedford, 2016, s. e278). De fleste foreldre med premature barn har ofte ingen grunnlag for å vite hva som forventes og kreves av dem

på en nyfødt intensivavdeling (Ravn, 2009b, s. 254). Hvilke holdninger foreldre møter på nyfødt avdelingen, kan ha stor påvirkning på forutsetningene for tilknytning og samspill. Man veileder ikke bare med ord, men også med holdninger og kroppsspråk. Martinsen hevder at våre holdninger har påvirkning på hvordan andre opplever verden. Foreldrene til det premature barnet står i situasjoner preget av usikkerhet og frykt. Sykepleiernes holdninger kan derfor her ha stor påvirkning på deres opplevelse av trygghet (Martinsen, 2012, s. 12). Vi på mange måter være med å gi dem håp slik de tørr å knytte bånd til barnet sitt.

Som pleieassistent på nyfødt avdeling, er det ofte at mødre og fedre, av ulike grunner må etterlate barnets omsorg i mine hender. Enten om det bare er for en time, for en natt eller mer, er dette for mange foreldre veldig vanskelig. Opptil flere ganger har jeg opplevd at de er på vei ut døren, snur seg tilbake, ser på barnet og kanskje smiler usikkert til pleieren, snur seg igjen og går ut døren. Ofte lurer jeg på hva som går gjennom tankene deres. «Vil sykepleieren trøste barnet mitt når det gråter? Har barnet mitt det bra? Vil det andre barnet som gråter så mye få mer oppmerksomhet enn mitt barn? Vet den pleieren hva hun gjør? Jeg burde ikke dra herfra, men jeg må.» Hva jeg som pleier gjør med disse refleksjonene kan ha stor betydning. Det vil være viktig å etterspør om de tenker disse tankene. Dersom jeg ikke spør, så får jeg heller ikke vite.

Det at foreldrene bekymrer seg har en større mening i denne sammenhengen. Det å avdekke at bekymringen kan ha flere lag som også er viktig for foreldrene å få avslørt og forstå. Martinsen (2012) nevner i sin omsorgsfilosofi viktigheten av et åpent sinn og en lyttende holdning (s. 41). Sykepleier har valget mellom å si noe eller la være, dette kan være avgjørende for å skape rom for undring og refleksjon. Verdien av åpen kommunikasjon kan være bestemmende for å oppdage det underliggende emosjonelle. Å få satt ord på bekymring og frykt kan være betydningsfullt og avgjøre hvordan foreldrene forholder seg til bekymringene sine (Kristoffersen et al., 2016, s. 377).

Å være bekymret for barnet sitt avslører at det har betydning for dem, og dermed er det også viktig å speile engstelsen som et positivt utgangspunkt i relasjonen. Det henviser til en grunnleggende omsorg og tilknytning som allerede er mellom dem (Kirkevold, 1998, s. 169). Dette båndet anerkjenner også det at mor har båret barnet gjennom et langt svangerskap, og dette har vært med å lagt et grunnlag for tilknytningen (Rye, 2002, s. 53). Sykepleierens

ansvar videre er å ivareta og hjelpe til å bygge videre på relasjonen mellom foreldrene og barnet, til tross for utfordringene som skulle foreligge. I dette ligger å både å bekrefte at det er viktig at engstelsen er tilstede, samt trygge om at pleieren skal ta vare på barnet, selv når de ikke har mulighet til å være tilstede (Brataas et al., 2019, s. 94).

Å være sykepleier på en nyfødt avdeling bærer med seg svært stort ansvar og mye tillit. Barnet som egentlig bare skal være avhengig av mor og far blir på mange måter betrodd i våre hender. Å være foreldre er en bekymring i seg selv, å være nærmeste omsorgspersoner til et barn innlagt på en nyfødt intensivavdeling bærer med seg ytterligere bekymringer og utfordringer (Ravn, 2009b, s. 254). Det å reflektere over hvor vanskelig dette er, er derfor viktig.

5.4 Når det nærmer seg hjemreise

Fundamentet som legges for tilknytningen mellom foreldre og barnet har som mål å skape en trygg overgang til utskrivelse. Forskning poengterer viktigheten av at foreldre og det premature barnet får tilbringe tid sammen i fred, og slik også bli mer selvstendige og kjent med hverandre. Dersom barnet er stabilt nok og ressursene gir mulighet for det, bør det tilstrebes at familien får være sammen på eget rom i tiden før hjemreise (Nelson & Bedford, 2016, s. e280-281). Slik både unngås den uønskede separasjonen mellom barn og omsorgspersoner, og det åpner også opp for at de får ha hovedvekt av ansvar i omsorgen, i den grad det er medisinsk forsvarlig.

Bowlby snakker om den gjensidige avhengigheten mellom mor og barn. Gjennom barnets grunnleggende behov for mat og trøst fra omsorgspersonene skjer det tilknytning. På samme måte vil foreldrene knytte sterke bånd når de opplever at det er behov for dem (Rye, 2002, s. 55). Under innleggelsen har sykepleier ansvar for tett oppfølging i omsorgen av barnet, samtidig som å gi tilrettelagt støtte og hjelp til foreldrene slik de får ta mer og mer ansvar i sin rolle. Denne tilpasningen er viktig for foreldrenes mestring, samt at de ikke blir unødvendig avhengig av personalet (Ravn, 2009a, s. 108). Dette er en vanskelig balanse hvor man er nærmest like avhengig av å observere og lære foreldrene å kjenne, som det premature barnet. Alle foreldre er forskjellige og har ulike utgangspunkt. Av erfaring er det veldig ulikt hvorvidt omsorgspersonene søker hjelp og veiledning fra pleiepersonalet, spesielt dersom man er på egne private rom med barnet. Her gjentas betydningen av den

grunnleggende relasjonen mellom pasient og sykepleier, tilliten må gå begge veier (Kirkevold, 1998, s. 169). Det er sykepleier sitt ansvar å gi tydelige beskjeder ovenfor barnets behov og omsorg, og gi veiledning selv når det ikke blir verbalt formulert og uttrykt behov for det. Selv opplever jeg at det også er hensiktsmessig at pleiepersonalet utfører god dokumentasjon fra hver vakt slik hvilke behov, svakheter og styrker hver familie har blir kontinuerlig kartlagt på en oversiktlig måte og dermed også oppfølgt.

Å endelig få reise hjem kan medbringe både positive og negative emosjoner. Det å skulle forlate sykehusets trygge miljø kan være en stor overgang både for barnet og for resten av familien (Ravn, 2009a, s. 105). Ettersom både det premature barnets utgangspunkt og alder ved hjemreise vil være individuelt, vil det også være ulikt hvordan hjemmets omgivelser må tilpasse seg. Gjennom at foreldrene kjenner barnets tegn og signaler, kan de tilpasse omgivelsene til deres barns beste. Kunnskapene og erfaringene fra undervisning og veiledning i NIDCAP på sykehuset vil derfor ikke bare ha stor betydning for oppholdet, men også for den videre modningsprosessen som skal foregå hjemme (Sandtrø, 2009, s. 78).

Med tanke på utskrivning og at foreldrene ikke har den samme kontakten med helsepersonell, har jeg undret meg over hvilken oppfølging de får videre etter hjemreisen. Nasjonale faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte sier at oppfølging utenom de etablerte kommunale tjenestene i skole og helsestasjon bør tilbys. Utover at det anbefales hjemmebesøk etter 1-2 uker, er det månedlig oppfølging som forventes. Annen oppfølging tar utgangspunkt i hvert individuelle barn og families behov. (Helsedirektoratet, 2007, s. 11). Helsepsykepleier eller annet helsepersonell forøvrig, som skal følge opp spedbarnet videre bør ha tilstrekkelig kunnskap om forutsetningene til det premature barnet, spesielt ettersom dette er et premiss for å forstå NIDCAP. Foreldrene må stole på at det de gjør er godt nok, og da vil de trenge hjelp som kan forsikre om at de gjør det de skal og at barnet har det bra, dette både under innleggelse og når de har kommet hjem. Det vil være viktig å normalisere at de ikke har fått så mange tegn fra barnet sitt. Kanskje de ikke opplever at tilknytningen er så god, men så er den det allikevel. Betydningen av den individuelle planen i pleie og omsorg underbygges av dette. Det er en forutsetning at nyfødt avdelingen tilrettelegger for foreldrenes deltakelse og at de skal bli så trygge som mulig i sin omsorgsrolle, samt at de får mulighet til å reflektere og opplæring i hvilke forutsetninger og forventninger de kan ha til barnet både tiden fremover og på lang sikt (Helsedirektoratet, 2007, s. 10).

6 KONKLUSJON

Det premature barnet er avhengig av sine omsorgspersoner for å overleve (kilde). Selv om barnet ikke har forutsetninger til å uttrykke og delta i samspillet som forventet og ønskelig, er det avhengig at tidlig og hyppig kontakt for å knytte bånd med foreldrene (Ravn, 2009b, s. 251–252). I motsetning til hos foreldre som kan sette ord på sin opplevelse av tilknytning til barnet, er det er vanskelig å vurdere og evaluere hvordan NIDCAP kan ha positiv påvirkning på barnets tilknytning. Forskning viser at NIDCAP bidrar til at foreldrene får tidlig aktiv deltakelse i omsorgen av barnet sitt, samt som det hjelper til forståelse av barnets atferd og behov, og også medfører mestring og styrket opplevelse av foreldrerolle (Nelson & Bedford, 2016; Sannino et al., 2016; Wielenga et al., 2006).

Hvordan nyfødt avdelingene fordeler ressursene sine i opplæring i NIDCAP av personell antas å kunne ha betydning for hvordan verktøyet tas i bruk. Det kan være hensiktsmessig å utnytte ressursene slik at hovedvekt av personalet har NIDCAP kompetanse, om ikke tilstrebes kjennskap til de essensielle prinsippene. Hvordan veiledningen foregår vil selvsagt til en viss grad være personavhengig og preget av kjemi, likevel tydeliggjør forskningen viktigheten av relasjonen mellom sykepleier og foreldre. Sykepleier bør tilstrebe muligheten til å erfare sammen med foreldrene, slik det kan bygges tillit og forståelse (Martinsen, 2012). Anledningen for dype relasjoner problematiseres av begrenset tid og at oppfølgingen preges både av turnusarbeid samt ulik stillingsprosent (Nelson & Bedford, 2016, s. e277). Man er derfor avhengig av å kunne bygge tillitsfulle relasjoner på kort tid, samtidig disponere tiden slik at barnet og foreldrene blir ivaretatt i sin helhet – på både det emosjonelle og det praktiske plan.

Når det gjelder tilknytningen mellom det premature barnet og foreldrene, hevder jeg at både veiledning og NIDCAP, sammen og alene, har på påvirkning og er med å styrker relasjonen dem imellom. Det er aspekter som tilsier at dette ikke er svart-hvitt, og det vil alltid være opplevelser og erfaringer individuelt knyttet opp mot hver enkelt families behov og forutsetninger. Likevel, vil jeg basert på utdreiingen i denne bacheloravhandlingen argumentere for at NIDCAP inneholder nøkkelpunkter som kan være nyttige for å veilede både sykepleier og foreldre i omsorg og pleie av det premature barnet.

REFERANSER

Brataas, H. V., Evensen, A. E., & Ingstad, K. (2019). *Pedagogisk praksis i sykepleie*. Gyldendal Damm Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Damm Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Damm Akademisk.

Elsevier. (1880). *Research Intelligence | Reliable Data and Information | Elsevier*.

Elsevier.Com. Hentet fra <https://www.elsevier.com/research-intelligence>

Helsebiblioteket. (2021). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. Hentet fra <http://mesh.uia.no/>. <http://mesh.uia.no/>

Helsedirektoratet. (2007). *For tidlig fødte barn—Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra

[https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/89d2c8de-9546-4afe-9634-](https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/89d2c8de-9546-4afe-9634-6172f41cea3a:2ead20501b8178096fe682c667c8581593a278c1/For%20tidlig%20f%C3%B8dte%20barn%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)

[6172f41cea3a:2ead20501b8178096fe682c667c8581593a278c1/For%20tidlig%20f%C3%B8dte%20barn%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/produkter/_/attachment/inline/89d2c8de-9546-4afe-9634-6172f41cea3a:2ead20501b8178096fe682c667c8581593a278c1/For%20tidlig%20f%C3%B8dte%20barn%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016).

Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg.).

Gyldendal akademisk.

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

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.).

Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.

Nelson, A. M., & Bedford, P. J. (2016). Mothering a Preterm Infant Receiving NIDCAP Care in a Level III Newborn Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), e271–e282. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.01.001>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ravn, I. H. (2009a). Klar for hjemreise. I S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (1.utg, Bd. 2, s. 105–116). Cappelen Damm Akademisk.

Ravn, I. H. (2009b). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (1.utg, Bd. 1). Cappelen Damm Akademisk.

Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

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* (1.utg, Bd. 2). Cappelen Damm Akademisk.

Sannino, P., Gianni, M. L., De Bon, G., Fontana, C., Picciolini, O., Plevani, L., Fumagalli, M.,

Consonni, D., & Mosca, F. (2016). Support to mothers of premature babies using NIDCAP method: A non-randomized controlled trial. *Early Human Development*, 95, 15–20. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.01.016>

Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig* (1.utg). Spartacus.

Tandberg, B. S. (2009a). Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling. I S. Steinnes (Red.),

Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn (1.utg, Bind. 1, s. 98–111). Cappelen Damm Akademisk.

Tandberg, B. S. (2009b). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I S. Steinnes (Red.),

Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn (1.utg, Bind. 1, s. 224–242). Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille*

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Wielenga, J. M., Smit, B. J., & Unk, L. K. A. (2006). How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP® Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal of Nursing Care Quality, 21*(1), 41–48. Hentet fra <https://doi.org/10.1097/00001786-200601000-00010>

Wolters Kluwer. (1987). *Wolters Kluwer's expert solutions combine expertise with advanced technology*. Wolters Kluwer. Hentet fra <https://www.wolterskluwer.com/en>

VEDLEGG

1.SØKEHISTORIKK

	POPULATION/PATIENT	FENOMEN	OUTCOME/RESULT
NORSK	Premature	NIDCAP metoden Kengerumetoden Hud-mot-hud metoden Miljø Stress Smerte Stimuli Respons Samspill Følelser	Bedret/styrket tilknytning
ENGELSK	Premature infant Preterm infant Preterm newborn Neonatal intensive care	NIDCAP assesment Kangaroo method Skin-to-skin method Environment	Affiliation Parent-child relation Relationship Family centered care

		Neonatal care Pain Stress Stimulus Family centered care Senses	Support
--	--	---	---------

DATABASER	SØKEORD	TREFF	VALGTE ARTIKLER	VALGT RELEVANTE ARTIKLER TIL SLUTT
ORIA	Premature AND NIDCAP	38	3	2
ORIA	Preterm infant AND kangaroo care impact	153	1	0
SYKEPLEIEN.NO	Hud-mot-hud-kontakt	2	1	0
PUBMED	NIDCAP AND parents AND support	19	1	1

2. SØKEHISTORIKK

	POPULATION/PATIENT	FENOMEN	OUTCOME/RESULT
NORSK	Premature	NIDCAP metoden Miljø Stress Stimuli Respons Samspill	Bedret/styrket tilknytning

		Følelser Veiledning	
ENGELSK	Premature infant Preterm infant Preterm newborn Neonatal intensive care	NIDCAP assesment Environment Neonatal care Stress Stimulus Guidance Family centered care Senses	Affiliation Parent-child relation Relationship Family centered care Support Guidance

DATABASE	SØKEORD	ANTALL ARTIKLER	VALGT	TITTEL
ORIA	NIDCAP and PARENTS	1	1	How satisfied are parents supported by nurses with NIDCAP Model Care for their Preterm infant?
PUBMED	NIDCAP AND parents AND support	19	1	Support to mothers of premature babies using NIDCAP method
ORIA	NIDCAP and preterm infant	1	1	Mothering a preterm infant receiving NIDCAP Care in a Level III Newborn Intensive Care Unit

4/7/21 10:50:00 PM