



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4 BACH

Linn Yvonne Grafsrønningen og Bente Akslen Hagen
Veileder: Marit Bye

Bacheloroppgave

«De små kjempene»

«The tiny fighters»

Antall ord: 12 973

Bachelor i sykepleie
BASY-2011, kull 123

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv
Brage:

JA

NEI



Fig. 1. Fra Colourbox, 2014

Liten?

Jeg?

Langtifra.

Jeg er akkurat stor nok.

Fyller meg selv helt

på langs og på tvers

fra øverst til nederst.

Er du større enn deg selv kanskje?

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier, i samhandling med foreldre, bidra til forebygging av mentale senskader hos premature barn?

Bakgrunn: Temaet fanget vår nysgjerrighet gjennom praksis. Denne pasientgruppen mener vi er glemt i utdanningen vår og valg av tema ble derfor lettere. Interessen har vokst ytterligere gjennom oppgavearbeidet.

Hensikt: Premature barn er en raskt voksende pasientgruppe, og kan ha stor risiko for senskader. Ønsket var å lære mer om disse små som så sår trenger vår pleie. Gjennom oppgaven har vi utviklet et bredere perspektiv på hva sykepleie er, og viktigheten av vårt sykepleierarbeid.

Metode: Dette er en litteraturstudie basert på eksisterende litteratur og forskning. Vi har hentet litteratur og forskning fra bibliotek og databaser. I drøftingen er egne erfaringer i tillegg brukt.

Resultat: Premature barn har stor forekomst av mentale senskader. At vi som sykepleiere jobber bevisst for å forebygge senskader kan føre til en bedre utvikling – og et bedre liv for disse. At foreldre blir sett og inkludert er vesentlig for foreldrekompetanse og barnets kognitive utvikling. Gjennom strukturert sykepleie og god samhandling med foreldre kan mentale senskader muligens forebygges.

Konklusjon: Vi har gjennom denne oppgaven sett at inkludering av foreldre i barnets behandling, samhandling mellom foreldre og sykepleier, viktigheten av tidlig tilknytning og helhetlig sykepleie er noen av de mest sentrale elementene i forebygging av mentale senskader hos premature barn.

Vi vil gjerne få takke:

Vår veileder Marit Bye, for god veiledning.

En mor som delte sin historie om fødselen av sin premature sønn.

Nyfødtintensivavdelingen på Elverum sykehus.

Innholdsfortegnesle

Sammendrag.....	s. 3
Innholdsfortegnelse.....	s. 4
1. Innledning.....	s. 7
1.1 Begrunnelse for tema og problemstilling.....	s. 7
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	s. 8
1.3 Begrepsavklaring.....	s. 9
1.3.1 Premature barn.....	s. 9
1.3.2 Forebygging.....	s. 9
1.3.3 Senskader.....	s. 9
1.4 Oppgavens oppbygging.....	s. 10
1.5 Presentasjon av problemstilling.....	s. 10
2. Metodedel.....	s. 11
2.1 Litteraturstudium som metode.....	s. 11
2.2 Søkestrategi og søkeord.....	s. 11
2.3 Presentasjon av forskning.....	s. 13
2.4 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	s. 16
2.5 Kildekritikk.....	s. 16
2.6 Etske overveielser.....	s. 18
3. Teoridel.....	s. 19
3.1 Sykepleieteori.....	s. 19
3.1.1 Joyce Travelbees teorier.....	s. 20

3.2 Sykepleieprosessen.....	s. 21
3.3 Tilknytningsteori.....	s. 22
3.4 Svangerskapet, fødselen og krisereaksjonen.....	s. 22
3.4.1 Svangerskapet.....	s. 22
3.4.2 Den premature fødselen og krisereaksjonen.....	s. 22
3.5 Utvikling og behov.....	s. 24
3.5.1 Det premature barnets behov etter fødsel.....	s. 24
3.5.2 Det terminfødte barnets behov etter fødsel.....	s. 26
3.6 Det premature barnet og mentale senskader.....	s. 26
3.6.1 Risiko og forekomst av senskader.....	s. 26
3.6.2 Hypersensitivitet og stimuli.....	s. 27
3.6.3 Stress.....	s. 27
3.6.4 ADHD.....	s. 28
3.6.5 Lære- og konsentrasjonsvansker.....	s. 28
3.6.6 Søvnvansker.....	s. 28
3.6.7 Selvfølelse.....	s. 29
3.6.8 Separasjonsangst.....	s. 29
3.7 Familien i fokus.....	s. 30
3.7.1 Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell - NIDCAP.....	s. 31
4. Drøfting.....	s. 33
4.1 Case.....	s. 33
4.2 Sykepleierens bidrag til forebygging av mentale senskader.....	s. 35

4.3 Samhandling mellom foreldre og sykepleier.....	s. 40
5. Konklusjon.....	s. 46
6. Litteraturliste.....	s. 47
Vedlegg 1.....	s. 51
Vedlegg 2.....	s. 53
Vedlegg 3.....	s. 54

1. Innledning

Vi har her valgt å skrive om for tidlig fødte barn. Yngre og yngre for tidlig fødte overlever fordi helsetilbudet utvikles og sjansen for overlevelse blir stadig høyere ved forkortet svangerskap. Gjennom praksiserfaring på nyfødtafdeling har vi fått øynene åpnet for en annerledes, men dog viktig, arena for sykepleie. Vårt tema syntes vi er viktig fordi det kan være slik at mange for tidlig fødte barn får vansker senere i livet. Ved å yte riktig sykepleie på tidlig stadiet, tror vi at sykepleiere kan bidra til forebygging og minske behovet for helsehjelp disse barna kan utvikle i større alder.

Vi ønsker å finne ut om vi som sykepleiere kan bidra til å forebygge mentale senskader hos disse barna. I tillegg vil vi se om foreldrene og sykepleierens samhandling kan ha noen forebyggende effekt på senvirkninger.

1.1 Begrunnelse for tema og problemstilling

Grunnen til at vi har valgt å skrive om for tidlig fødte barn og senvirkninger, er først og fremst for å finne ut om det foreligger en sammenheng mellom pleien som blir utført, hvordan den utføres og om dette har noe å si for barna senere i livet. Vi har alltid hatt en spesiell interesse for sykepleie til barn. Senere har vi et ønske om å gå videre som pediatrik sykepleier eller jordmor. Kunnskapen vi tilegner oss gjennom denne oppgaven vil da være relevant for vår sykepleieutøvelse.

Ideen om tema kom i praksis på nyfødt intensivavdeling, og gjennom generelt en stor interesse for sykepleie til barn. Dette er en gruppe som har fått lite oppmerksomhet i løpet av studiet. Forebygging derimot, er sentralt i utdanningen. Vi ønsker gjennom denne oppgaven å tilegne oss bredere kunnskap om sykepleie til ekstra sårbare pasienter. Vi ser på denne pasientgruppen som en av de mest sårbare og pleietrengende man kan møte i

sykepleieutøvelsen. Vi vet at medisinsk teknologi er i stadig utvikling og det er større mulighet for overlevelse ved stadig kortere svangerskap. For tidlig fødte barn, og etter hvert voksne blir derfor en pasientgruppe man i større grad vil møte som sykepleier.

Tall på premature fødsler årlig, tatt fra Saugstad (2009)

7,00%	Premature – 4000 barn årlig
5,80%	Mellom 23-26 uker
1,20%	Under 32 uker
0,50%	Under 28 uker – 300 barn årlig
1,00%	Under 1500 gram – 500 barn årlig
0,40%	Under 1000 gram – 215 barn årlig

Saugstad (2009, s. 15)

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Grunnet omfanget av vår problemstilling har vi valgt å fokusere spesielt på barn født før graviditetsuke 37. Vi vil ha den nyfødte intensivavdelingen som hovedarena, innenfor tidsrommet fra fødsel til utskrivelse. Vi innser at sykepleiere står ovenfor enorme utfordringer med tanke på helsefremming og skadeforebygging hos denne gruppen, og vil derfor i hovedsak presentere teori som tar sikte på den mentale helsen. For å oppnå dette vil vi i drøftingsdelen fremvise et virkelighetsnært case og gjøre rede for sykepleien til et konkret barn ut ifra dette. Men vi trekker fortrinnsvis frem for tidlig fødte barn på generelt grunnlag for å vise til denne sårbare gruppen som helhet.

I presentasjonen av senvirkninger har vi fokusert på de mentale senvirkningene. I drøftingsdelen vil vi drøfte hvordan sykepleieren kan jobbe forebyggende for å hindre disse senvirkningene.

Vi legger også vekt på samhandlingen mellom foreldre og sykepleiere. Hvor viktig er foreldrenes samspill og tilknytning for den mentale utviklingen hos barnet?

Vi ser på barnet som en ressurs i seg selv, det kan varsle om noe er galt eller smertefullt. Barnets utvendige ressurser ser vi på som foreldrene. Som sykepleiere kan vi hjelpe foreldrene til å lære barnets kroppsspråk og signaler. Dette kan være med og bidra til at foreldrene forstår sitt eget barn bedre.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Premature barn

Prematur er latin, og satt sammen av pre = før og mature = moden. Altså født før det er modent (Saugstad, 2009).

Premature barn er det faglige begrepet på for tidlig fødte barn, altså født før termin. Et nyfødt barn blir regnet som prematurt hvis det fødes før gestasjonsuke (graviditetsuke) 37 (Fellman, 2008).

Premature barn kan deles inn i tre grupper.

1. Lett premature: Født mellom gestasjonsuke 32 og 36.
2. Moderat premature: Født mellom gestasjonsuke 28 og 31.
3. Svært premature: Født før gestasjonsuke 28.

(Saugstad, 2009).

1.3.2 Forebygging

Forebygging har til hensikt å gjenkjenne mulige og virkelige problemer og målet er å hindre helsesvikt hos friske, utsatte mennesker og grupper (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

1.3.3 Senskader

Vi skal fokusere på de mentale senvirkningene, noe Jonna Jepsen (2004) forklarer som usynlige senvirkninger. Hun sier at det er større risiko for senvirkninger jo tidligere barnet er født. Premature barn har en fellesnevner; umodenhet. Denne umodenheten kan forårsake senvirkninger senere i livet (Jepsen, 2004).

I oppgaven benyttes begrepene senvirkninger og senskader. Mentale og psykiske senvirkninger/skader brukes også. Disse begrepene kan muligens skilles fra hverandre, men har i denne oppgaven samme betydning. Dette for å få variasjon i språket.

1.4 Oppgavens oppbygging

I teoridelen legger vi vekt på forskjellige temaområder som er relevante for vår problemstilling, og presenterer disse med relevant litteratur og forskning.

I drøftingsdelen vil vi presentere en case som vi knytter opp mot teorien fra teoridelen.

Foreldre og deres opplevelse av å få et prematurt barn, samt deres opplevelser fra sykehus vil også bli sentral i drøftingen.

Videre vil vi trekke frem relevant teori fra teoridelen, egne erfaringer og synspunkter. Målet vårt vil være å sette ulike meninger og aspekter opp mot hverandre, og drøfte problemstillingen ut ifra dette. Til slutt vil vi presentere vår egen konklusjon av hva som kan være forebyggende sykepleie til denne pasientgruppen.

I både teori og drøfting vil vi bruke sykepleieteori for å underbygge problemstillingen, og lettere belyse samhandlingen med foreldre og betydningen av dette.

1.5 Presentasjon av problemstilling

Som tema har vi valgt sykepleie til premature barn. Dette med særlig tanke på forebygging, samt betydningen av tidlig foreldretilknytning, for å forebygge psykiske/mentale senskader hos barnet senere i livet. Vi ønsker å underbygge foreldrenes rolle i dette.

Vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier, i samhandling med foreldre, bidra til forebygging av mentale senskader hos premature barn?

2. Metodedel

Når vi leter etter informasjon og data om oppgaven vi skal skrive, er metoden vårt hjelpemiddel og redskap til å samle inn denne informasjonen (Dalland, 2012).

Vilhelm Aubert (1985) beskriver ifølge Dalland (2012) en metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012 s. 111).

I oppstarten av arbeidet med denne oppgaven formulerte vi en problemstilling. Denne problemstillingen har vi forandret flere ganger før vi oppnådde ønsket fokus og vinkling av problemet vi ville skrive om. Da tema og problemstilling var formulert, startet søkeprosessen for å finne relevant litteratur og forskning. Målet med disse søkene var å komme frem til en eller flere måter å løse problemstillingen vår på.

2.1 Litteraturstudium som metode

Det er gitt fra skolen at Bacheloroppgaven skal være en litteraturstudie. Det betyr at den skal baseres på eksisterende kunnskap (Dalland, 2012).

Her skal vi bruke litteratur og forskning gjort av andre forfattere, for å underbygge våre påstander om problemløsende tiltak ut ifra vår problemstilling. Det benyttes både pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning.

2.2 Søkestrategi og søkeord

Da vi skulle finne relevant litteratur i bøker brukte vi Oria som søkemotor. Vi brukte ordet «neonatal». Ved søk i Oria, var målet å finne litteratur som fantes på Høgskolen i Hedmark

sitt bibliotek. Biblioteket har mye litteratur om premature barn, men ikke alt var relevant for vår oppgave. Mange av bøkene fokuserte lite på sykepleieutøvelsen og var mer medisinerorientert. Vi valgte å ekskludere mange av disse bøkene. Vi ønsket i utgangspunktet å finne «sykepleielitteratur». Det vil si at boken måtte være utviklet i samarbeid med en, eller flere sykepleiere. Eller at boken var skrevet med sykepleiere som målgruppe.

Vi fikk et tips fra en tidligere sykepleierstudent om å se på bøkene «*Grunnleggende sykepleie, bind 1- 3*» skrevet av Kristoffersen med fler. Disse bøkene finnes ikke på vår pensumliste, men vi har likevel valgt å bruke noen kapitler fra disse bøkene, da vi syntes sykepleieutøvelsen er meget godt beskrevet. Høgskolens bibliotek hadde kun 1. utgave fra 2005. Vi fikk da låne 2. utgave fra 2011 hos en medstudent og denne er derfor brukt i oppgaven.

I utvalget av pensumlitteratur har vi tatt for oss pensumlisten og valgt ut relevante kapitler fra bøker. Ingen av våre pensumbøker omhandler spesifikt premature barn. Likevel har vi kunnet benytte oss av pensumlitteratur omhandlende psykiatri, grunnleggende sykepleie, folkehelse, kommunikasjon, oppgaveskriving etc.

For å finne vitenskaplige artikler, brukte vi Svemed+ for å finne relevante søkeord og MeSH-termer. MeSH-termene blir presentert i Pico-skjema, vedlegg 2. Databasen vi valgte å bruke var EBSCOhost, da vi har god erfaring med denne. I søkene fant vi mange artikler vi valgte å ekskludere grunnet relevans, men som likevel hadde gode referanser som vi fulgte, og fant en av artiklene som vi bruker i oppgaven.

Artikkelen «*Neurologic and Developmental Disability at Six Years of Age after Extremely Preterm Birth*», fant vi i referanselisten til en artikkel på EBSCOhost. Vi søkte på tittelen i Oria og fant fulltekstversjon. Det sto ikke DOI-nummer på artikkelen, så vi gikk til primærkilden, www.nejm.org, og fant dette.

For å begrense søket valgte vi artikler publisert i år 2004 eller etter. Ikke alle artiklene fantes i fulltekst gjennom EBSCOhost. I disse tilfellene brukte vi DOI-nummeret for å finne primærkilden.

Søkehistorie vedlegges oppgaven, med print screen fra databasen, vedlegg 1.

Gjennom praksis fikk vi utdelt et informasjonsark om NIDCAP-modellen. Først trodde vi dette kun var tilgjengelig gjennom Sykehuset Innlandets Intranet, og planla å legge hele dokumentet ved som vedlegg til oppgaven.

Da oppgaven nærmet seg slutten, forsøkte vi likevel å oppdrive en elektronisk versjon. Vi gikk inn på «kunnskapsegget» via Sykehuset Innlandet sine hjemmesider. Her søkte vi gjennom «fagprosedyrer», øverst i kunnskapsegget og skrev inn søkeordet «NIDCAP». Her fant vi dokumentet i sin helhet. Da linken går direkte til databasen, og ikke dokumentet, har vi tatt skjermbilde og lagt som vedlegg til oppgaven.

2.3 Presentasjon av forskning

Vi har valgt fire forskningsartikler som her presenteres hver for seg. Vi har valgt disse artiklene da de er relevante for vår problemstilling, og underbygger teorien som presenteres i teoridelen. I drøftingsdelen vil vi sette forskningen opp mot teorien.

Artikkel 1.

Carbasse, A., Kracher, S., Hausser, M., Langlet, C., Escande, B., Donato, L., Astruc, D. & Kuhn, P. (2013). Safety and Effectiveness of Skin- to- Skin Contact in the NICU to Support Neurodevelopment in Vulnerable Preterm Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(3), 255-262.

Denne studien viser til en Neonatal intensivavdeling på et universitetssykehus i Strasbourg over 12 måneder i 2008/2009 (Carbasse et al., 2013). Her er det i hovedsak benyttet kvantitativ forskningsmetode med innslag av kvalitative forskningsverktøy.

96 premature barn med gjennomsnittlig gestasjonsalder på 28 uker og fødselsvekt på 1070 gram deltok. Å vurdere sikkerheten og effektiviteten av hudkontakt med sårbare premature barn var målet. Observasjon av hudkontakt ble gjennomført 141 ganger. I tillegg ble påvirkningen av respirasjonsstøtte, sammenlignet med barnets vekt evaluert (Carbasse et al., 2013).

Bedre søvnmønster, nevrologisk utvikling og raskere modning av hjernen ble satt i sammenheng med hudkontakten. Det virket å fremme barnets kognitive og motoriske utvikling og var positivt for foreldreprosessen (Carbasse et al., 2013).

Det er gjort lite forskning på hudkontakt med ustabile premature barn. Derfor kan ikke denne studien fastslå at resultatet viser klar positiv effekt av hudkontakt. Data ble innhentet og dokumentert av sykepleiere og ikke direkte av monitorer koblet til barnet. Man kan derfor ikke utelukke subjektiv påvirkning i studien (Carbasse et al., 2013).

Artikkel 2.

Sullivan, M. C., Msall, M. E. & Miller, R. J. (2012). 17-year outcome of preterm infants with diverse neonatal morbidities: Part 1 – Impact on psysical, neurological, and psychological health status. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17, 226 – 241. U.S.A.

Denne forskningen hadde som mål å undersøke den fysiske, nevrologiske og psykiske helsen til 17 åringer i U.S.A, født premature fra 1985 og 1989.

Dette var en kvalitativ og langsiktig studie som omhandlet 213 barn med fødselsvekt under 1850 gram. Av de 213 barna gjennomførte 180 ungdommer studien. For å kvalitetssikre hadde de en kontrollgruppe med terminfødte barn, født på samme tid (Sullivan et al., 2012).

Studien viste at premature barn har dårligere helsestatus enn terminfødte barn ved 17årsalder. Funnene var betydelig høyere hos gutter enn jenter. Tall på depresjon, angst og ADHD var høyere hos de prematurfødte (Sullivan et al., 2012).

Barna som forlot studien før oppfølgingen er de som sannsynligvis var mer sårbare for alvorlige senvirkninger. Derfor kan denne studien ha mer positive utfall, enn det som faktisk er virkeligheten (Sullivan et al., 2012).

Artikkel 3.

Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M. A. & Samara, M. (2005). Neurologic and Developmental Disability at Six Years of Age after Extremely Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 352(1), 9 – 19.

Studien omhandlet svært premature barn født i Storbritania i 1995. Av 308 premature nyfødte ble 283 evaluert ved en alder på 30 måneder. 47 ble ikke vurdert igjen i en alder av seks år (Marlow et al., 2005). 241 premature barn, født i uke 25 eller mindre, deltok i denne studien med en gjennomsnittalder på seks år og fire måneder (Marlow et al., 2005). 160 terminfødte barn ble valgt som kontrollgruppe.

Denne kvantitative forskningen ble gjennomført ved at data ble samlet inn via standardiserte skjema, før de ble satt inn i en dataanalyse, for å systematisk bearbeide innsamlede data (Marlow et al., 2005).

Resultatene viste høyere tall av kognitive svekkelse hos premature gutter i forhold til jenter. Ingen av kontrollbarna hadde kognitive svekkelser, mens 21% av de svært premature barna hadde alvorlige kognitive svekkelser (Marlow et al., 2005).

Det er gjort lite forskning på svært premature barn i skolealder og det er vanskelig å sammenligne resultatene i denne studien med andre. Funn i andre studier er vanskelige å sammenligne med denne, da sammenheng i måling av resultater var manglende. Studien sier også at det er nødvendig med videre forskning for å bestemme om de kognitive svekkelsene kan være årsaken til lære- og skrivevansker for de premature barna i skolen (Marlow et al., 2005).

Artikkel 4.

Wataker, H., Meberg, A. & Nestaas, E. (2012). Neonatal Family Care for 24 Hours per Day. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26 (4), 336 – 342.

Denne kvantitative forskningsstudien samlet data fra 31 mødre på neonatal intensivavdelingen på Vestfold sykehus. Temaet var familiefokusert omsorg, muligheten for familierom på avdelingen og å være hos barnet sitt 24 timer i døgnet. Kontrollgruppen var 30 mødre fra lignende avdeling på Østfold sykehus, uten familierom eller mulighet for å være sammen med barnet hele døgnet. Datasamlingen foregikk fra januar til juni 2009 (Wataker et al., 2012).

Målet med studien var å vurdere påvirkning av morens selvfølelse, selvtillit og amming i familiefokusert omsorg (Wataker et al., 2012).

Mødrene som ble inkludert i studien fylte ut spørsmålsskjema to dager før utskrivelse (Wataker et al., 2012).

Mødrene på Vestfold sykehus rapporterte betydelig større myndighet i barnets behandling på sykehus, samt bedre selvtillit til å kunne ta seg av barnet sitt etter utskrivelse. De var også sikrere på barnets signaler angående behov for mat og skjerming (Wataker et al., 2012).

2.4 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvantitativ metode gir oss data som er målbare. Disse dataene kan brukes til å finne gjennomsnittet eller prosentdelen av det vi leter etter. Forskeren ser undersøkelsen utenfra og søker avstand til undersøkelsesobjektet. Man samler lite data om mange forskningsobjekt og finner det gjennomsnittlige gjennom spørsmålskjema med svaralternativer og observasjoner som er strukturerte og systematiske (Dalland, 2012).

Kvalitativ metode viser seg gjennom mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes. Her skjer datasamlingen i direkte kontakt med det aktuelle feltet og man samler mye data om få forskningsobjekt. Gjennom fleksible spørreskjema og ustrukturerte observasjoner, viser man til det som viker fra normalen, men ønsker å få frem sammenheng og helhet, samt formidle forståelse (Dalland, 2012).

Den største forskjellen mellom disse to metodene, er hvordan datasamlingen foregår. Likevel er det viktig å forstå at disse to metodene også kan brukes sammen, da mange kvantitative studier tolker dataene sine og det finnes kvantifisering i mange kvalitative datasamlinger (Dalland, 2012).

2.5 Kildekritikk

Vi innser at teorien som foreligger omhandlende vårt tema er mer omfattende enn det vi legger frem i teoridelen. Derfor har vi kun valgt ut den teorien vi finner mest relevant for vår problemstilling.

Under søkeprosessen hadde vi som kriterier at litteratur og forskning ikke skulle være eldre enn 10 år. Vi ønsket at kunnskapen skulle være valid, da dette er et felt i rask utvikling.

Den eldste boken vi bruker som omhandler premature er utgitt i 2003, og heter «*Comprehensive Neonatal Nursing: A Physiologic Perspective*». Vi fant boken likevel relevant for vår problemstilling fordi den beskriver sykepleie til premature mer detaljert enn annen litteratur, og valgte derfor å inkludere den i deler av oppgaven. Vi innser likevel bakdelen med dette, og supplerer derfor godt med annen nyere litteratur.

Gjennom praksis fikk vi tips om aktuell litteratur. Vi søkte på bibliotekets database – Oria. Vi brukte søkeord som «Premature», «Neonatal nursing» og «Premature barn». Vi fant overveldende mye bøker og lånte ukritisk alle sammen. Vi så nøye gjennom bøkene og valgte de som var mest relevante for vårt tema. Mange av bøkene vi valgte har sykepleiere som kapitelforfatter, da sykepleierfokus i denne litteraturen var viktig for oss. I tillegg var årstall for utgivelse en avgjørende faktor.

Vår problemstilling omhandler mentale senvirkninger, vi har derfor valgt å bruke pensumlitteratur fra psykiatriundervisning. I tillegg har vi tatt i bruk noen bøker fra grunnleggende sykepleie og kommunikasjon. Ikke mange av våre pensumbøker omhandler premature barn, men de var likevel relevante for å underbygge den helhetlige sykepleien ut ifra vår problemstilling.

Som sykepleieteoretiker har vi valgt Joyce Travelbee. Ved søket etter hennes litteratur, ønsket vi å finne boken «*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*» fra 2010. Vi fant imidlertid fort ut at det var flere enn oss som tenkte det samme. Utgaven fra 2010 var ikke å oppdrive. Vi fant derimot utgaven fra 1999 på folkebiblioteket i Elverum, det er derfor denne som er lagt til grunn i oppgaven.

I forskningssøk har vi funnet mye forskning, men valgt fire artikler som er mest relevante for vår problemstilling. Vi innser at det foreligger svakheter ved innhentet forskning og har valgt å legge frem dette i punkt 2.4. Vi tilstrebet mest mulig reliabilitet i forskningen, der målinger var pålitelige og eventuelle feilmarginer var nevnt (Dalland, 2012).

Vi har brukt informasjonsark fra Sykehuset Innlandet, som vi fikk gjennom praksis. Vi var i begynnelsen noe skeptiske til om vi kunne bruke dette dokumentet, da vi først trodde det ikke var igjenfinnbart utenfor Sykehuset Innlandets Intranett. Grunnen til at dokumentet blir inkludert i oppgaven, er at det gir et helhetlig og godt bilde av NIDCAP-modellen.

2.6 Etiske overveielser

Vi innser at det gjennom denne oppgaven vil være noen etiske utfordringer. Oppgaven omhandler, slik vi ser det, den mest sårbare pasientgruppen som finnes. Det vil av den grunn være viktig for oss at respekten for menneskeverdet ivaretas. Vi vil derfor kun benytte oss av forskning hvor vi mener at dette kriteriet blir møtt. All forskning er funnet i godkjente databaser og tidsskrifter. Samtykke fra foreldre var innhentet for deltakende under atten år. Alt materiale er anonymisert, og deltagelsen frivillig gjennom hele forskningsprosessen.

Vi ønsker at kunnskapen vi kommer frem til i denne oppgaven vil kunne være til nytte for disse barna med tanke på livskvalitet, og for sykepleiere med tanke på yrkesutøvelsen. Selv om dette er vårt ønske, innser vi likevel at det er vi som studenter som vil ha størst utbytte. Vi vil benytte oss av denne kunnskapen på best mulig måte.

3. Teoridel

Teorien vi frembringer i dette kapitlet er valgt for å kunne belyse godt de ulike sidene ved vår problemstilling.

3.1 Sykepleieteori

Sykepleieteorien har utspring fra Florence Nightingale. Hun var den første til å sette ord på hva sykepleie er, og hva sykepleiefokuset skal være. Hennes teorier var rettet mot pasientens opplevelse av å være syk, og hvordan miljøet påvirker pasientens helse (Holter, 2011).

Etter Florence Nightingale har det sprunget frem mange sykepleieteoretikere som søker å beskrive hva sykepleie og sykepleieprosessen handler om. Mange setter menneskets grunnleggende behov i sentrum for sin teori, mens andre har større fokus på den mellommenneskelige delen av sykepleieutøvelsen. Felles for de alle er et mål om høyest mulig livskvalitet og mestring for pasienten og pårørende. Dette i tillegg til en grunnverdi om barmhjertighet og omsorg (Kristoffersen, 2011).

Det finnes ingen fasit på hva som egentlig skal være sykepleiens kjernekompetanse (Holter, 2011). Likevel finnes det mange sykepleieteoretikere man kan støtte seg til for å kunne definere dette.

Vi har valgt å støtte oss til Joyce Travelbee sine definisjoner. Hun beskriver de mellommenneskelige forhold, og hvilken rolle dette spiller for sykepleierens måloppnåelse.

Hun har også fokus på helsefremming og mestring for pasienter og pårørende (Travelbee, 1999). Helsefremming vil være aktuelt for vår problemstilling, fordi vi ser det slik at forebygging og helsefremming går hånd i hånd.

Disse begrepene er også de første av sykepleierens 7 funksjoner som Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2011) beskriver.

1. Helsefremming og Forebygging
2. Behandling
3. Lindring
4. Rehabilitering og habilitering
5. Undervisning og veiledning
6. Organisering, administrasjon og ledelse
7. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

(Kristoffersen et al., 2011 s. 16)

3.1.1 Joyce Travelbees teorier

Joyce Travelbee ble født i 1926 i New Orleans, og døde i 1973 bare 47 år gammel. Gjennom livet arbeidet hun først og fremst som psykiatrisk sykepleier, men i tillegg som lærer på sykepleierutdanningen. Da hun døde hadde hun en ledende rolle ved sykepleierutdanningen i Florida (Jensen, 1999).

Hennes teorier beskrives som en reaksjon på det hun mente var en «avhumanisering» av helsesektoren i USA på sin tid. Hun søkte med sine teorier å begynne en «humanistisk revolusjon», der pasienten igjen skulle stå i sentrum. (Jensen, 1999).

Travelbee (1999) definerer sykepleie slik:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene». (Travelbee, 1999. s. 29).

Da sykepleien alltid, direkte eller indirekte handler om mennesker, er sykepleie en mellommenneskelig prosess. Når sykepleieren møter en pasient, eller pasientens familie, påvirker disse tre hverandre i en dynamisk prosess (Travelbee,1999). I denne prosessen er sykepleieren ifølge Travelbee (1999) en endringsagent, der det er hun som skal legge til rette for endring. Denne endringen skal være til nytte for pasienten.

Vi ønsker her å ha størst fokus på delen av sykepleien Travelbee (1999) beskriver, der sykepleier hjelper individet og familien med forebygging, blant annet gjennom den mellommenneskelige prosessen.

Travelbee (1999) antar nemlig at sykepleierens målsetning kun kan oppnås ved etablering av det hun kaller et menneske-til-menneske forhold. Dette forholdet skal da benyttes som et verktøy i prosessen mot ønsket resultat av pleien. Kvaliteten på sykepleien måles ut ifra hvor stor grad sykepleierhensikten oppnås (Travelbee,1999).

I sykepleien er et menneske- til menneske forhold det forholdet som oppstår mellom sykepleier og de eller den hun har til hensikt å hjelpe. Dette forholdet bygger på erfaringer begge parter har opparbeidet seg gjennom sine interaksjoner, der sykepleierens fokus har vært å møte mottagers behov (Travelbee, 1999).

3.2 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen skal hjelpe sykepleieren til å jobbe målrettet og systematisk og gi hver pasient individualisert sykepleie. I følge Ann Kristin Rotegård og Marit Solhaug (2011) var Hildegard Peplau den første som brukte ordet «sykepleieprosess» i 1952. Sykepleieprosessen som modell for sykepleiearbeid ble i 1954 utviklet av Ida Jean Orlando. Orlando var mest sannsynlig påvirket av Peplau, da de begge la vekt på det mellommenneskelige forhold og samspillet mellom sykepleier og pasient i sykepleieprosessen (Rotegård & Solhaug, 2011).

Callista Roy skriver ifølge Jan Kåre Hummelvold (2012) at sykepleieprosessen er:

«..en problemløsningsmetode for å samle data, identifisere problemer, velge ut og gjennomføre tiltak og evaluere resultatene av sykepleien i relasjon til den syke eller potensielt syke person» (Hummelvold, 2012. s. 38).

Slik sykepleieprosessen anvendes i Norden, legger den vekt på både forståelse og forklaring. Dette vil gjøre at sykepleieren er med og utvikler et samarbeid og et fellesskap mellom sykepleieren og pasienten, og i tilknytning til vår problemstilling; inkludert foreldrene (Hummelvold, 2012).

Med ordet fellesskap, mener Hummelvold (2012) at sykepleieren og pasienten møtes som likeverdige mennesker. Dette fellesskapet kan hjelpe pasientene til å lette på følelsen av ensomhet, hjelpeløshet og isolasjon, samt øke motivasjonen for å finne mestringsmetoder (Hummelvold, 2012).

3.3 Tilknytningsteori

John Bowlby blir omtalt som tilknytningsteoriens far. Han beskriver hvordan mennesker har et grunnleggende biologisk behov for å finne en sikker tilknytning. Denne tilknytningen sees på som en medfødt biologisk innsikt, dette for å sikre overlevelse, utvikling, beskyttelse og reproduksjon. Han brukte mange år på å forske på små barns atferd ved separasjon og tap (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Gjennom atferdsobservasjoner dro han konklusjoner om at små barn som ble separert fra foreldrene sine viste et typisk reaksjonsmønster. Dette mønsteret gikk ut på at barnet startet med gråt og engstelse, som gikk over i panikk og deretter sinne. Til slutt i reaksjonsmønsteret, kunne barnet vise apati og noe man valgte å kalle depresjon. Dette siste trinnet i reaksjonsmønsteret viste seg om separasjonen ble langvarig. I hjernen bidrar tilknytning til den nevropsykologiske utviklingen av sosiale kompetanser (Skårderud et al., 2010).

3.4 Svangerskapet, fødselen og krisereaksjonen

Her fremviser vi generell teori om svangerskapet i forhold svangerskapslengde og forventet vekt. Videre presenteres den premature fødselen og krisereaksjoner som foreldrene kan oppleve som følger dette.

3.4.1 Svangerskapet

Et gjennomsnittlig fullgått svangerskap varer mellom 37- 42 uker. Termin beregnes i dag stort sett ut ifra ultralyd, eller 280-282 dager etter kvinnens første dag av siste menstruasjon (Saugstad, 2009).

Ved et normalt svangerskap veier barnet i gjennomsnitt 700g i graviditetsuke 24, 1000g i graviditetsuke 27, 1500g i graviditetsuke 30 og 2500g i graviditetsuke 34 (Markestad & Halvorsen, 2007)

3.4.2 Den premature fødselen og krisereaksjonen

En prematur fødsel er som oftest en akutt situasjon. Mor kan være innlagt på observasjonspost for gravide i lang tid på forhånd grunnet tidlig vannavgang, blødninger, morkakesvikt eller preeklampsi (svangerskapsforgiftning). På observasjonsposten kan foreldrene få informasjon og bli forberedt så godt som mulig på at en for tidlig fødsel kan forekomme. På den annen side, hvis en mor kommer direkte fra hjemmet og føder umiddelbart, kanskje uten kjent årsak, vil hun ikke få samme mulighet til forberedelse som ved en vanlig fødsel. (Haugan & Tryti, 2009).

Setter en fødsel i gang etter uke 34 forsøker man ikke å stoppe fødselen. Om en fødsel setter i gang før uke 34, forsøker derimot man å stoppe riene. Man bruker da tokolytika, riehemmende legemiddel, for å stanse fremgangen (Haugan & Tryti, 2009)

Likevel, om fødselen ikke kan stanses, kan man vinne tid ved å gi corticosteroider intravenøst gjennom mors blodomløp. Dette går over til fosteret gjennom morkaken og modner fosterets lunger raskere. Umodne lunger er den største utfordringen hos premature. Blir barnet født på et sykehus med Neonatal intensivavdeling, er barneleger og neonatalsykepleiere tilstede for å kunne ta seg av barnet umiddelbart etter fødselen (Haugan & Tryti, 2009).

Krisereaksjoner hos foreldre kan forekomme ved en prematur fødsel, dette grunnet mangel på forberedelse (Haugan & Tryti, 2009).

En traumatisk krise regnes for å være fysiske, sosiale eller psykiske belastninger som rammer et menneske. Når barnet er født for tidlig, kan frykten forbundet med dette føre til at foreldrene går inn i en krise (Eide & Eide, 2007). Krisereaksjon deles inn i fire faser:

1. Sjokkfasen

2. Reaksjonsfasen
3. Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen
4. Nyorienteringsfasen

(Eide & Eide, 2007, s. 167).

Disse fasene har ingen klar grense, og alle mennesker reagerer forskjellig. Likevel kan disse være en veiviser til hvordan den enkelte reagerer (Eide & Eide, 2007).

3.5 Utvikling og behov

Her kommer en gjennomgang med særlig fokus på det premature barnets utvikling og behov. Videre beskrives litt om det terminfødte barnet. Dette er dog ikke vektlagt i særlig grad av hensyn til vår problemstilling, men nevnes likevel for å fremvise kontrasten til det premature.

3.5.1 Det premature barnets behov etter fødsel

Ved en prematur fødsel er det mange ting som står på spill, og tiden er knapp. Vi har valgt å fokusere på det vi anser som de viktigste tiltakene omhandlende de nevrologiske farene ved fødselen og tiden etterpå.

Barn født før uke 28 får ofte et langt sykehusopphold med mange og sammensatte komplikasjoner. Når barnet blir født for tidlig er ikke lungene utviklet eller modne nok til å kunne opprettholde normal respirasjon etter fødselen (Fellman, 2008).

For at modning av lungene skal kunne skje, må lungene utvikle et stoff som heter surfaktant. Dette stoffet skal dekke innsiden av alveolene og minske overflatespenning. Premature har ikke utviklet tilstrekkelig med surfaktant i lungene og må ofte behandles med dette stoffet etter fødsel (Saugstad, 2009). Tidlig surfaktantbehandling kan minske risikoen for pneumothorax og videre død med 40% enn hvis surfaktant gis senere (Fellman, 2008).

Til tross for surfaktantbehandling er det mange som har behov for pustestøtte første tiden. Continuous Positive Airway Pressure – CPAP, ansees for å være den mest skånsomme metoden for oksygentilførsel hos disse barna. (Steinnes, 2009).

CPAP hindrer lukking av små luftveier, gir barnet mer regelmessig respirasjon og hjelper til med å redusere pustearbeidet. Det gir også lavere energiforbruk. CPAP-behandling forutsetter imidlertid at barnet er selvpustende (Steinnes, 2009).

Det er viktig at sykepleieren legger til rette for at barnet skal bruke energi på respirasjonsarbeid, og ikke på å motarbeide CPAP-behandlingen (Steinnes, 2009). Dette gjøres ved å leire barnet riktig. At barnet ligger i fosterleie, underbygger en naturlig og behagelig hvilestilling. I tillegg fremmer det motorisk og autonom stabilitet (Sandtrø, 2009).

Barnet trenger god støtte rundt kroppen, slik at utviklingen er sammenlignbar med livet i mors mage. Her kan sammenrullede handklær rundt barnet hjelpe. Det kan gi barnet egen kroppsfølelse, grunnet omsluttende avgrensing (Sandtrø, 2009). Ekstremitetene skal kunne støte mot kanten av «redet» når barnet strekker seg. Ved å bruke slike leiringer i situasjoner som stell og prosedyrer, hjelper dette barnet å falle til ro og påfører mindre smerte- og stressreaksjoner (Sandtrø, 2009).

Eksempelvis er sukkervann et godt smertelindrende middel brukt hos nyfødte. Ved smertefulle prosedyrer tilbys barnet sukkervann og narresmøkk, i tillegg til å bli holdt rundt. Dette er metoder som kan lindre smerte og forebygge stressreaksjoner (Skaug, 2009). Ved smerte og stress kan man også se endringer i barnets sirkulasjon (Steinnes, 2009).

Tachycardier og bradycardier er hyppig hos premature. Hjerterefrekvensen skal normalt ligge mellom 120 til 160. Store avvik fra dette er ugunstig og kan gi cerebrale skader (Steinnes, 2009).

Hvis barnet utvikler asfyksi, altså redusert gassutveksling rundt fødselsøyeblikket, kan dette føre til hypoksi. Dette kan også medføre cerebrale skader (Rootwelt, 2009). Mange kan stabiliseres etter fødselen med respirasjonsstøtte uten intubering (Fellman, 2008). Eksempel på respirasjonsstøtte kan være CPAP. Oksygenet i CPAPen blir fuktet og varmet for å hindre varme- og væsketap via fordamping (Steinnes, 2009).

Da temperaturreguleringssenteret i hypotalamus ikke er ferdig utviklet og barnet har lite isolerende og varmeproduserende underhudsfett, samt tynn hud, er det viktig for premature å

få hjelp til å opprettholde tilfredsstillende kroppstemperatur (Haaland, 2009). Er barnet svært prematurt, blir det lagt i en beskyttende pose rett etter fødselsøyeblikket. Denne posen dekker kroppen, og er ment til å isolere barnet slik at unødig varme- og fuktapp unngås (Andréasson, Blennow & Hageberg, 2008) Barnet legges videre i kuvøse der man kan regulere temperatur og luftfuktighet, slik at barnets kroppstemperatur holder seg stabil (Fellman, 2008).

Premature barn mangler også energidepoter når de blir født. Dette gir derfor behov for ekstra tilførsel av næringsstoffer som glukose, for å forebygge tidlig hypoglykemi. Man begynner også tilførsel av brystmelk så tidlig som mulig. Først i små mengder, for å stimulere det umodne mage- og tarmsystemet, deretter økes mengden (Fellman, 2008).

Mange svært premature barn har vanskelig for å innta tilstrekkelige mengder med melk oralt, og må derfor ofte tilføres ernæring gjennom delvis eller total parenteral næring (Fellman, 2008). Næringsstoffer bidrar til barnets vekst og utvikling. At barnet forbruker mindre energi enn det blir tilført er avgjørende for viktig energioverskudd. Dette for å fremme utvikling og vektøkning. Den optimale næringen for et prematurt barn, er energi- og proteinberiket morsmelk (Steinnes, 2009).

3.5.2 Det terminfødte barnets behov etter fødsel

Når et barn er født til termin, er det som regel ingen behov for spesielle inngrep. Likevel er det ønskelig å tilse det nyfødte barnet dets første levedøgn, for å observere etter abnormaliteter eller tegn til sykdom. Etter fødselen tørkes barnet for å holde kroppstemperaturen, og så snart som mulig legges barnet ved mors bryst. Mange fulgatte og friske barn dier innen en time etter fødselen (Finnström, 2008).

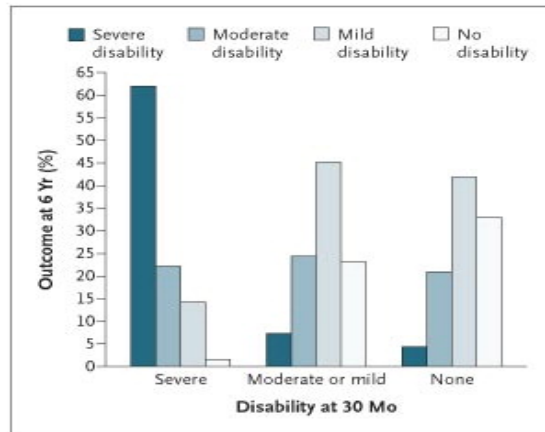
3.6 Det premature barnet og mentale senskader

Her nevnes innledningsvis forekomsten av senskader generelt hos større prematurfødte barn. Videre beskrives etter vårt skjønn, ut ifra litteratur, de mest hyppige senskadene og situasjoner som kan ha skadelig påvirkning.

3.6.1 Risiko og forekomst av senskader

Det prematurfødte barnet har stor risiko for alvorlige nevrologiske handicap. De har gjennomsnittlig lavere hjernevolum, har oftere ADHD og dårligere kognitive evner.

Sannsynligheten for at et prematurt barn ikke utvikler senskader er liten, og det er 50% sjans for at barnet får et større handicap (Haaland, 2009).



(Marlow et al., 2005 s. 16)

For å forebygge senskader og komplikasjoner må man gi barnet omsorg som er tilpasset dets sårbarhet og nevrologiske toleranse for stimuli. Dette i tillegg til avansert medisinsk pleie (Sandtrø, 2009). Å skape en atmosfære med stressreducerende tiltak og stimulering, samt trygge og informerte foreldre, kan være positivt for den psykomotoriske utviklingen (Markestad & Halvorsen, 2007)

3.6.2 Hypersensitivitet og stimuli

En hypotese om senskader hos premature er at barnet utsettes for overstimuli under sykehusoppholdet. Denne overstimulien fører til overutvikling av nerveceller og synapser i hjernen, og dermed finner ikke den normalt programerte celledøden sted. Denne celledøden er nødvendig for oppnåelse av en normalt utviklet hjerne (Sandtrø, 2009).

Premature spedbarn overstimuleres fortere enn andre barn av lys, lyder, strykende berøring, uro og høy aktivitet (Jepsen, 2004). På Neonatal intensivavdeling finnes mange faktorer for overstimuli, i motsetning til inne i mors liv (Reid & Freer, 2010). Ved å utsettes for disse faktorene som spedbarn, vil barnet senere i livet være sensitive for bakgrunnsstøy. Dette kan føre til konsentrasjonsvansker (Sandtrø, 2009). Denne hypersensitiviteten bunner i at barnet ikke var ferdig utviklet ved fødselen, kombinert med mange smertefulle inngrep (Jepsen,2004).

Når barnet er eldre og atferden utviser hyperaktivitet, passivitet eller generell aggressivitet kan dette være tegn på hypersensivitet og mangel på bearbeidelse av sanseinntrykk. Eksempel på overstimulering er at barna gjentar setninger og sangvers mange ganger, eller dunker hodet rytmisk mot veggen (Jepsen, 2004).

Overstimulerte barn kan ha vansker med å holde oppmerksomheten på ett sted, reagere med sinne og være svært aktive uten struktur og mål. Er barnet passivt av natur kan et tegn på overstimulering være at det trekker seg tilbake og er lite kontaktsøkende (Jepsen, 2004).

3.6.3 Stress

Begrepet stress og overstimulering er nært beslektet. Likevel finnes det forskjeller. Stress kan fremprovoseres gjennom kamp. Kampen for å overleve (Jepsen, 2004).

Umoden hjerne og underutviklet sentralnervesystem gjør at premature barn lett blir stresset. De utsettes for stress før, under og etter fødselen. Overspente muskler kan være tegn på dette. (Jepsen, 2004). Det autonome nervesystemet, som styrer blant annet respirasjons- og hjertekar-funksjonen, trenger ofte hjelp til å holdes stabilt. Under stress, smerte eller sykdom kan disse funksjonene bli ustabile (Reid & Freer, 2010).

Når det premature barnet kommer til verden, er hørselen den mest utviklede sansen. Om lydene blir overveldende eller uoverkommelige for barnet, vil dette oppfattes som støy, og barnet blir stresset (Sandtrø, 2009). Synet derimot er den minst utviklede sansen, da utviklingen begynner først i gestasjonsuke 30-32. Om barnet utsettes for lys direkte i øynene, kan dette gjøre barnet motorisk urolig. Før gestasjonsuke 30 er ikke reaksjonsevnen som lukker øynene utviklet. Barnet klarer ikke stenge lyset ute, og lyset blir derfor en kilde til stress (Sandtrø, 2009).

Ved nedsatt funksjonsevne i småbarnsalder, eksempelvis problemer med sanseintegrasjon, språk, hukommelse, angst og utrygghet, kan hverdagen bli stressende. Stresset kan føre til følelsesmessig og psykisk ubalanse og aggressivitet eller innesluttethet. Stress kan være en faktor for at barn får vansker med konsentrasjon og læring, som gir behov for spesialundervisning i skolen. Premature barn utgjør en vesentlig andel av disse barna (Jepsen, 2004).

3.6.4 ADHD

Symptomer på ADHD er vanlig blant premature barn, da de har økt risiko for vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet, følelser, atferd og sosial fungering. ADHD inkluderer også

impulsivitet og hyperaktivitet (Markestad & Halvorsen, 2007). Klarer ikke barnet å samle sine tanker, følelser og konsentrasjon rundt en oppgave, og har problemer med å stenge ute andre sanseintrykk, er dette konsentrasjonsproblemer (Jepsen, 2004).

3.6.5. Lære- og konsentrasjonsvansker

Lære- og konsentrasjonsvansker påvirker barnets selvtillit på lengre sikt. Følelsen av nederlag ved å ikke holde samme tempo i læringen som klassekamerater, kan gi manglende tro på evner og lærelyst. Disse faktorene forsterker lære- og konsentrasjonsvanskene ifølge Jepsen (2004).

3.6.6 Søvnvansker

Premature spedbarn bruker mest tid på lett søvn eller døsning og har vansker med å oppnå dyp søvn (Reid & Freer, 2010). Sover barnet godt, hjelpes kroppen og hjernen til restituering. I større alder kan søvn virke utrygt og det tør ikke å gi slipp på sin våkne tilstand. Dette kan være for at søvn ofte ble avbrutt av smertefull behandling og alarmer fra teknisk utstyr på neonatal intensivavdeling (Jepsen, 2004).

Det sees også at mange av barna er redde for mørket. På neonatalavdelingen er lyset aldri slukket, kun dempet om natten. Ved større alder kan mørket virke utrygt da det er et ukjent fenomen, og angst kan dermed fremmes (Jepsen, 2004). Faste rutiner med lysforandring mellom dag og natt virker for å fremme søvn, vekst og utvikling (Reid & Freer, 2010).

Fordi bearbeidelse av sanseintrykk ved overstimuli er vanskelig på dagtid, bruker barna mye energi og krefter på å bearbeide inntrykk og følelser under søvn på natten. Dette kan føre til spenninger i kroppen, høy hjerneaktivitet og dermed gi barnet en så stor uro at det våkner. Også i førskolealder kan premature barn ha vanskeligheter med søvn. Det å sove på fremmede steder kan bli enda vanskeligere hvis mor og far ikke er tilstede (Jepsen, 2004).

3.6.7 Selvfølelse

Premature barn kan ha vansker for å ta nye utfordringer. I stedet for ivrigheten barn viser ved å utføre oppgaver selv, er det premature barnet tilbakeholdent og «tør ikke», eller vil at en forelder skal utføre oppgaven for dem. Dette kan være å dra i barnebursdag eller ringe en klassekamerat. Å være i kontakt med mange mennesker i starten av livet og bli påført smerte og ubehag fra første levedag, kan gi barnet en følelse av å ikke være elsket (Jepsen, 2004).

Et dårlig foreldre-barn-samspill kan utartes grunnet barnets svake signaler. Uinnfridde behov for ro, trygghet og positiv stimulering i den neonatale perioden kan ha negativ innflytelse på

selvfølelsen senere. Selvtillit og selvfølelse er viktig for barnets livsglede og livskvalitet (Jepsen, 2004).

Om sykepleieren eller foreldrene daglig gir omsorg og legger til rette for samspill med barnet, kan dette hjelpe barnets utvikling av identitet og selvfølelse. Eksempel på samspill er mating, bleieskift, holding og leking. Selvfølelsen utvikles gjennom kontakt med personer og gjenstander i miljøet rundt dem (Gardner & Goldson, 2011).

3.6.8 Separasjonsangst

Øyeblikkelig separasjon fra moren gir barnet en traumatisk start på livet. Når båndet mellom mor og barn blir dannet senere, er dette den første trygge opplevelsen etter fødselen (Jepsen, 2004). Foreldre-barn-forholdet kan bli truet, og det er derfor viktig å fokusere på dette forholdet (Reid & Freer, 2010). Angst for å bli separert fra foreldrene, spesielt moren, er utpreget blant premature barn. Ved start i skole eller barnehage, kan det være vanskelig å gi slipp på foreldrene og de kan ha vansker med å stole på andre voksne (Jepsen, 2004).

Barnet vil derfor ha angst for en ny separasjon fra foreldrene. Denne angsten kan fortsette helt opp til skolealder (Jepsen, 2004). Når øyeblikkelig kontakt med foreldre ikke er mulig etter fødsel, er det viktig at sykepleieren overtar omsorgsrollen som mor eller far ellers ville hatt selv (Gardner & Goldson, 2011).

3.7 Familien i fokus

Det er viktig å understreke at alle familier reagerer forskjellig og trenger forskjellig type omsorg. Likevel er det noen reaksjoner som de fleste opplever: Angst, skyldfølelse, frykt, ergrelse og sinne er de vanligste (McGrath, 2003). Forventingene om å innta foreldrerollen til et friskt barn blir brutt, og foreldre kan føle skuffelse når graviditet og fødsel ikke går som planlagt. Følelsen av utilstrekkelighet kan melde seg når de ikke kan beskytte barnet fra invasive og smertefulle omgivelser, som er nødvendige for barnets overlevelse. Forventingene til foreldrerollen blir vanskelig å opprettholde da det er mange avgjørelser som skal tas, og mange må tas av helsepersonell alene (McGrath, 2003).

Hvis foreldre føler at de ikke blir inkludert i barnets behandling, eller sett på som det konstante i barnets liv, kan mistillit dannes i forholdet mellom foreldre og helsepersonell. Dette kan gi økende stress hos foreldrene, og dermed barnet, i tiden på sykehuset. Foreldrene

styrkes av at sykepleierne respekterer dem og inviterer dem til å delta i barnets behandling. Tilstrekkelig med informasjon gir en følelse av kontroll. At foreldrene kan være tilstede under legevisitt og prosedyrer, og at de kan få nok informasjon til selv å bestemme om de vil være til stede eller ikke, er uvurderlig (McGrath, 2003).

Det er viktig med nøyaktig informasjon om barnets tilstand, gitt direkte og ærlig. Tegninger og diagrammer kan gjøre det lettere å forstå. Repetisjon, samt å oppfordre foreldrene til å stille spørsmål er også vesentlig. Informasjonen bør gis til begge foreldrene samtidig, i enkle benevnelser med korte forklaringer. Foreldrene er under mye stress, og overhending informasjon kan bli vanskelig å ta inn over seg. Familievennlig språk og lite vanskelige medisinske ord kan hjelpe foreldrene til å forstå informasjonen bedre (McGrath, 2003).

3.7.1 Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell – NIDCAP

NIDCAP er en omsorgsmodell som benyttes i behandlingen av premature og syke nyfødte ute i mange nyfødtintensivavdelinger. Den tar sikte på å skape familiær tilknytning og tilpasset stimuli. Dette fører til at behovet for pleie blir mindre og sykehusopphold blir kortere. Modellen har til hensikt å fremme barnets mentale helse og utvikling ved å justere pleie etter barnets respons (Sykehuset Innlandet [SI], 2011).

NIDCAP-modellen har fire grunnleggende prinsipper:

1. Omsorgen skal være relasjonsbasert. Dette går ut på relasjonen som omsorgsgiver og barnet bygger opp. Her skal barnets pleie tilrettelegges etter hvilke signaler barnet gir.
2. Å lære å forstå hvordan man skal observere det premature barnets signaler. Her er tegnene barnet viser på tilnærming og unnvikelse de viktigste.
3. Individuell omsorg. Fokuset er at alle premature barn reagerer forskjellig på ulike stimuli, og behandlingen skal tilpasses til det individuelle barnet.
4. Familien skal være de viktigste deltakerne i barnets liv. Foreldrene skal lære å lese barnets signaler og være en naturlig del av barnets omsorgsteam.

(Sandtrø, 2009).

NIDCAP promoterer det «normale» familielivet (McGrath, 2003). Foreldrene selv yter omsorgen for barnet sitt, fremfor sykepleierne på avdelingen. Dette så langt det lar seg gjøre innenfor forsvarlige rammer. For sykepleierne handler dette om å legge til rette for at familien skal få mest mulig tid sammen (SI, 2011).

Foreldre og helsepersonell blir sett på som likestilte i et samarbeid som er direkte rettet mot barnets beste (McGrath, 2003). Kontinuerlig oppmuntring og veiledning av foreldre gjør at de oppnår selvsikkerhet og kunnskap til å ivareta barnet. Sykepleier lærer de å oppfatte signalene barnet gir, hva de betyr, og hva de skal gjøre for å best mulig å imøtekomme disse signalene. Dette kan gjøres gjennom jevnlig sykepleiesamtaler og samspillsamtaler. Det er sykepleierens oppgave, etter denne modellen, å skape en personlig atmosfære rundt barnet og se barnet som en del av en stor og viktig sammenheng, familien (SI, 2011). Foreldrenes følelsesmessige behov og behovet for informasjon, bør derfor bli sett på som meget viktig i sykepleien til barnet og familien (Reid & Freer, 2010).

Behovet for hudkontakt med foreldrene finnes også hos det premature barnet. Ligger barnet i kuvøse, kan hudkontakten skje ved at foreldrene holder rundt barnet i kuvøsen. Når barnet er stabilt nok, legges det på brystet til moren eller faren. Kengurumetoden vil si at barnet ligger i vertikal stilling mellom morens bryst, under klærne. Noen av de positive effektene ved kengurumetoden er redusert stress hos mor og barn og bedret tilknytningsprosess. Det fremmer også barnets kognitive utvikling (Steinnes, 2009). Adskillelse kan sette den viktige tidlige tilknytningen mellom barn og foreldre i fare (Haugan & Tryti, 2009).

Ved tidlig bruk av hudkontakt trekkes foreldrene tidlig inn i behandlingen til barnet og forelderrollen styrkes. Kengurumetoden har fordeler for begge parter. Det at barnet opplever omsorg og trygghet forebygger opplevelsen av ensomhet, gir bedre, lengre og dypere søvn og fremmer nevrologisk utvikling. For foreldrene har kengurumetoden fordeler som å redusere stress, fremme tilknytningsprosessen, øke mestringsfølelse og foreldrekompetanse og de lærer tidligere å tolke barnets signaler (Steinnes, 2009).

Ett av sykepleierens ansvar etter NIDCAP-modellen er systematiske observasjoner av barnets atferd. Observasjonene dokumenteres. Miljøet rundt barnet og påvirkning av dette blir også observert, herunder lyd-, lys- og aktivitetsnivå. Observasjonene danner en observasjonsrapport. Rapporten skal inneholde observasjoner om barnets atferd før, under og etter pleiebehandling, miljøet rundt, sykehistorie, styrker og sårbarheter, mål for pleie, og

anbefalinger til hvordan målene kan nås. Det siste punktet bør utføres sammen med foreldrene. Observasjonsrapporten blir barnets pleieplan (Sandtrø, 2009).

Et stort mål innen sykepleien på en Neonatal intensivavdeling, er å optimalisere foreldreferdigheter og at de utskrives som en familie (McGrath, 2003).

4. Drøfting

En prematur fødsel er uten tvil en vanskelig opplevelse for foreldrene. Vi vil gjerne få trekke frem et virkelighetsnært case som kan beskrive noe av denne opplevelsen gjennom sykepleieperspektivet. Med denne casen søker vi å beskrive det som kan være vanskelig og det som kan være bra. Casen blir brukt for å drøfte de forskjellige tiltakene og påstandene som kan hjelpe sykepleieren og foreldrene i samhandlingen, og bidraget til forebygging av senskader hos det premature barnet.

Vi har delt drøftingen inn i tre kapitler. I første kapittel presenteres casen. Videre i neste kapittel blir sykepleierens bidrag til forebygging av mentale senskader vektlagt. Det avsluttende kapittelet omhandler samhandlingen mellom foreldre og sykepleieren i målet om forebygging. Her presenteres også en mors opplevelse av det å føde en prematur sønn, og hvordan hun opplevde samhandlingen med sykepleierne i tiden på intensivavdelingen.

Vi har forsøkt å holde oss konsekvente på å bruke teori, praksiserfaring og egne synspunkt. Dette for å belyse så mange sider som mulig av samme tema.

4.1 Case

Lille Tobias er akkurat født. Sykepleier Hanne står sammen med barnelegen ved akuttbordet inne på operasjonsstua. Tobias ligger der, mørk i huden, og han puster ikke ennå. Det er bare noen få sekunder siden han ble løftet ut av den den trygge og varme magen til mor, og ut i dette kalde og harde han ikke kjenner. Han er egentlig ikke klar for å bli født, og er bitte bitte liten. Så vidt 1000 gram.

Et klipp, og han måtte møte verden uten sine foreldre. Far ble igjen på fødeavdelingen. Mor ligger i narkose og er ikke våken til å ønske han velkommen. Hun hadde kommet inn på sykehuset samme dag med for tidlige rier. Legene hadde ikke klart å stoppe fødselen. Komplikasjoner hadde gjort at de ikke kunne vente, og Tobias ble nå født med akutt keisersnitt.

Legen suger ut dette seige som tetter halsen og nesen hans, mens Hanne legger varme håndklær rund han og lytter på brystet. Tobias trekker pusten for første gang og gir fra seg et lite knyst, tynt og sårt. Hanne hører det og ser på legen. Legen hjelper han ved å legge en ventilasjonsbag over nesen og munnen hans.

Legen tar etter noen minutter vekk ventilasjonsbagen, ser på barnet og lytter på brystet. Fargen er bedre, men han sliter fortsatt med å puste. Hanne legger en liten maske over munnen hans. Masken fungerer som en CPAP, og gjør pustearbeidet lettere. Hun får beskjed om at Tobias må ha pustestøtte og legges i kuvøse. Kuvøsen står klar og venter på intensivavdelingen for nyfødte. Det lille barnet trilles, fortsatt liggende på akuttbordet, fra operasjonsstua og til intensivavdelingen der Hanne jobber. Legen går sammen med dem.

Fremme på avdelingen strømmer det sykepleiere til. Hanne kobler opp CPAPen slik at Tobias skal puste lettere og hun fester et pulsoksymeter til foten. Legen legger inn et kateter i navlevenen. Deretter legger de Tobias over i den varme kuvøsen. Gjennom denne prosessen har det ikke kommet en lyd fra ham. Hanne har jobbet som sykepleier her i mange år, men alt dette går alltid litt inn på henne.

Det har nå gått en stund siden de kom tilbake til avdelingen, og hun ringer opp på fødeavdelingen der en urolig far venter på svar. Han kommer ned på avdelingen sammen med en barnepleier. Hanne venter ved kuvøsen og tar imot far med et smil, et håndtrykk og en gratulasjon. Far ser på henne med tårer i øynene, får ikke frem et ord. Han legger hånden forsiktig på kuvøseveggen og ser inn. Det lille vesenet er knapt synlig mellom alle slangene.

Far får ta en hånd inn i kuvøsen og legge den over barnet. Han forteller Hanne at navnet blir Tobias.

Et par timer senere triller far mor i rullestol inn på avdelingen. Hanne møter de. Mor blir trillet bort til Tobias sin plass, og titter inn gjennom glasset. Hanne åpner kuvøsen, organiserer slanger og tuber, og løfter Tobias over på mors brystkasse. Tårer renner nedover kinnet til mors mens hun legger hendene forsiktig rundt han. Far sitter ved siden av og legger hånden over mors.

Hanne står i bakgrunnen og reflekterer over det som skjer. Hun vet at dette kan være det viktigste øyeblikket i livet til disse tre som møtes for første gang, og hun er vitne til det.

4.2 Sykepleierens bidrag til forebygging av mentale senskader

Slik vi ser det vil forebygging si å utføre noe i dag som har til hensikt å minske risiko for sykdom eller skade senere i livet. Vi mener at en av sykepleierens viktigste oppgaver er å forebygge, og det bør hele tiden være et fokus i pleien til premature barn. Kristoffersen et al. (2011) sier at sykepleieren har 7 hovedfunksjoner, og den første funksjonen er helsefremmende og forebyggende.

I «Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn» står det at det ikke foreligger nok systematiske oversikter til å kunne si at forebyggende tiltak, i forhold til mental utvikling, har noen betydelig effekt (Markestad & Halvorsen, 2007).

Markestad & Halvorsen (2007) sier også at enkeltstudier som foreligger, ikke på lang sikt har overbevisende nok resultat av intervensjonsprogrammer til å kunne si sikkert at forebyggende tiltak har noen effekt på utviklingen. Likevel nevnes det at det ikke kan nektes for positive effekter av eventuelle tiltak, og at det derfor bør legges vekt på tiltak som minsker stress, uro og smerter, samt skjerme for lyd og lys (Markestad & Halvorsen, 2007).

Påstanden om at det mangler oversikter som er systematiske nok til å se langvarig effekt av forebygging, mener vi blir et spørsmål om skjønn. Vi synes at forebyggende arbeid ikke handler om garantier, men om å legge det best mulige grunnlaget for videre positiv utvikling og videre at det er viktig å jobbe mot et mål som har forebyggende effekt. Vi kan derimot si oss enige i at man ikke vet hvordan forebyggende tiltak vil utarte seg senere.

Kirsti Haaland (2009) sier at premature barn har 50% sjanse for å utvikler senskader. Forskning har også kommet frem til at svært premature barn har høy forekomst av utviklingsforstyrrelser (Marlow et al., 2005). Annen forskning kom frem til at blant annet depresjon, angst og ADHD var utbredt blant prematurfødte ungdommer (Sullivan et al., 2012). Disse funnene kan belyse viktigheten av forebyggende sykepleie til denne utsatte gruppen pasienter.

Sullivan et al. (2012) og Marlow et al. (2005) kommer begge frem til at gutter født premature har dårligere kognitiv utvikling og psykisk helsestatus i skolealder, enn premature jenter på samme alder. Man skal under ingen omstendigheter kjønnsdiskriminere når det gjelder pleie eller behandling, men denne forskningen kan gi oss en indikasjon på hvorfor forebyggende sykepleie er så viktig. Og da kanskje særlig til premature gutter som vår Tobias fra caset.

Tobias har som beskrevet behov for respirasjonsstøtte og bruker CPAP. Vineta Fellman (2008) sier at premature barn ofte ikke har modne nok lunger til å opprettholde respirasjon etter fødselen, og Saugstad (2009) skriver at det er viktig med surfaktantbehandling for å forebygge respirasjonsproblematikk. Noe vi vet igjen kan forebygge hjerneskader, og videre, muligens mange mentale senskader.

Om barnet utviklet asfyksi ved fødselen, erfarte vi i praksis at disse barna stort sett alltid hadde behov for respirasjonsstøtte etter fødselen. Asfyksi og hypoksi kan som nevnt føre til hjerneskader. Sykepleieren bør i så tilfelle være oppmerksom på eventuelle bradycardier som kan oppstå i etterkant av dette. Bradycardi, apnéer og overfladisk respirasjon sammen, kan gi endring i hjernens blodtilførsel og krever tiltak umiddelbart (Steinnes, 2009). Sykepleier Hanne fra caset kan da bruke taktil stimulering, maske og bag for å stabilisere dette hos Tobias (Steinnes, 2009). Vi mener dette belyser viktigheten av at sykepleieren bidrar til stabilisering av respirasjonen for å hindre uønskede utfall som mentale senskader.

Solfrid Steinnes (2009) sier at CPAP reduserer respirasjonsarbeidet og gir lavere energiforbruk hos premature som Tobias. Det er viktig at sykepleieren legger til rette for at

barnet skal bruke energien på respirasjonsarbeid og ikke motarbeide CPAPen (Steinnes, 2009). Vi mener det er viktig at Hanne er bevisst på dette i Tobias sin CPAP-behandling. I tillegg er det viktig at Hanne har kunnskap om hvordan fosterleie fremmer motorisk og autonom stabilitet, og at dette kan hjelpe Tobias til å rette energiforbruket mot respirasjonsarbeidet (Sandtrø, 2009). Dette mener vi er viktig for å kunne forebygge mentale senskader.

I praksis så vi at ved høy stimuli kunne barnet også utvikle tachycardi, noe som i seg selv kan være tegn på smerte og stress. Dette bør unngås fordi barnet bruker mer energi ved høy puls (Stennes, 2009). Vi syntes det er viktig at sykepleieren påser at barnet forbruker sin energi på riktig måte.

Optimal tilførsel av energi i form av ernæring, beskrives av Steinnes (2009) som energiberiket morsmelk. Det bør være sykepleierens ansvar, i samråd med lege, å forsikre seg om at det daglige behovet for energi blir møtt og at barnet er i positiv energibalans. Energooverskudd fremmer utvikling av hjernen, og forebygger skader (Steinnes, 2009).

Vi kan se likhetstrekk i hva som kan bidra til forebygging. Mye av teorien trekker frem de samme faktorene for senvirkninger og hvordan de kan forebygges. Hege Pettersen Sandtrø (2009) skriver om utviklingen av de forskjellige sansene ved en prematur fødsel, herunder hørsel og synets utvikling. Både Sandtrø (2009) og Jepsen (2004) skriver at skjerming for lyd og lys er hensiktsmessig for å skåne barnet for stress og overstimulering. Vi mener at disse påstandene utfyller hverandre, i tillegg til vår påstand om viktigheten av forebyggende sykepleie.

Det å skjerme barnet for overveldende lyder som alarmer fra teknisk utstyr og støy generelt fra avdelingen, anser vi som en viktig del av forebyggende sykepleie. I praksis så vi hvordan man forsøkte å skjerme barna for unødig støy. Dørene på avdelingen var «dempet» slik at de ikke skulle lage høye lyder når de ble lukket og sykepleierne på avdelingen var opptatt av å holde lavt lydnivå når de snakket. De sykeste og mest sårbare barna ble strategisk plassert lengst bort fra «gjennomfartsårer», der det var mye aktivitet og høyere lydnivå.

Vi så at alle premature stort sett lå i kuvøse den første tiden etter fødselen. Da barnet lå i kuvøse, ble det lagt et teppe over kuvøsen. Dette teppet skulle løftes på minst mulig. Det skulle også være minst mulig støy og aktivitet rundt kuvøsen. På en liten avdeling så vi at

dette kunne være vanskelig, da det var små forhold og tynne vegger som lyden trengte igjennom.

Da barnet ikke lenger trengte å ligge i kuvøse, var barneseng med «himmel» neste steg. Barnesengen fungerte som en «himmelseng» og hadde tøy som dekket rundt hele. Både teppet over kuvøsen, som tidligere nevnt, og himmelen på barnesengen hadde til hensikt å skjerme barnet for unødvendig støy og lys.

Vi lærte at vi skulle regulere lysnivå mellom dag og natt, samt unngå at barnet fikk direkte lys på seg. Dette kan være sollys og lys fra lamper på avdelingen. Ved legeundersøkelser der legen hadde behov for godt lys, ble barnet skjermet ved å legge en varm tøybleie over øynene.

Jepsen (2004) skriver at premature spedbarn også overstimuleres fort av strykende berøring, uro og høy aktivitet. Det som i praksis ble kalt «mororeflex», kunne være en indikator på brå og uforbredt stimuli. Barnet slo raskt ut med ekstremitetene og samlet de raskt inntil kroppen igjen. Dette står lite beskrevet i litteratur, men vi synes det er viktig å nevne fordi vi mener dette kan være en indikator for sykepleieren på hvor mye stimulering barnet er tolerant for.

Vi så også at sukkervann ble brukt som smertelindring for å forebygge overstimulans og smerter ved undersøkelser. Effekten viste seg gjennom at barnet ble roligere og mindre stresset etter tilførsel av sukkervann. Dette tiltaket mener vi kan være et godt bidrag for å forebygge stress og uro ved undersøkelser. Likevel er den fysiologiske virkningen av sukkervann ukjent (Skaug, 2009). Dette gjør oss noe skeptiske til den utbredte bruken av sukkervann. Men likevel, når det er sagt, finnes det mye forskning som viser at sukkervann reduserer smerteresponsen hos spedbarn (Skaug, 2009). Ved å utføre smertelindrende sykepleie mener vi med bakgrunn i nevnte faktorer, kan være med på å forebygge mentale senskader.

Vi vil videre understreke viktigheten av tilknytning mellom barn og foreldre for å forebygge senvirkninger som separasjonsangst. Slik vi har lært at standarden er på mange nyfødteintensivavdelinger i dag, ligger det flere barn på samme rom og foreldrene sover et annet sted.

Forskning har lagt vekt på mors selvfølelse og opplevelse ved å være atskilt fra barnet sitt i forhold til å kunne ha barnet hos seg hele døgnet. Det viste seg at ved å ha familierom der barnet til en hver tid oppholdt seg sammen med mor, hadde gunstige effekter på mors foreldrekompetanse (Wataker et al., 2012).

Man kom frem til at mødrene med og uten familierom ikke opplevde noen forskjell på sykepleien de mottok. Imidlertid viste det seg at mødre med familierom hadde større selvtillit i foreldreutøvelsen (Wataker et al., 2012).

Da vi har slått fast risikofaktorer for mentale senskader, som hypersensitivitet for lyder og støy, syntes vi det er ugunstig at mange barn ligger på samme rom. Man kan tenke seg at når gråt fra nabosengen forstyrrer et barn i dyp søvn, vil dette utløse stress hos barnet. På den annen side ser vi at ved å ha barna på samme rom, kan sykepleieren ha bedre oversikt over barnas helsetilstand og være mer var for akutte endringer i tilstanden.

Vi innser at intensjonen med en intensivavdeling er å ha kontinuerlig overvåkning av pasienter. For at familierom skal oppnå samme hensikt må muligens endring i rutiner og økt bemanning til for å oppnå samme kvalitet på sykepleien. Vi mener likevel at familierom vil være mer gunstig enn dagens standard, for å fremme tilknytningsprosessen, gi barnet mer ro og dermed forebygge mentale senskader.

Tidligere har vi gjort rede for det premature barnets sammensatte behov. At disse behovene blir møtt mener vi er sentralt i sykepleierens bidrag til forebygging av mentale senskader. Sykepleieprosessen skal hjelpe oss til å jobbe systematisk og målrettet (Rotegård & Solhaug, 2011). Vårt overordnede mål vil kunne være at barnet utvikler seg mest mulig likt et friskt, terminfødt barn. Hummelvold (2012) skriver om å identifisere raskt problemer som oppstår, iverksette tiltak som møter disse, samt evaluere fremgangen. Dette mener vi hjelper sykepleieren til å jobbe systematisk i sykepleieprosessen.

Søvnvansker er som nevnt tidligere et problem hos premature barn, som også kan forekomme i senere alder. Vi ønsker å tilstrebe at barnet skal ha muligheten til å falle i dyp søvn, da søvnen hjelper til restituering av hjernen og kroppen (Jepsen, 2004). At Hanne identifiserer problemer som kan hemme Tobias' søvn, og iverksetter tiltak som hindrer forstyrrelser for søvnen og fremmer dyp søvn, anser vi som viktig.

Likevel innser vi at prosedyrer og berøring er og må være en del av barnets hverdag. Barnet må for eksempel få i seg næring og bli stelt. Erfaringsmessig vet vi at intervallene mellom dette kan være fra én til fire timer. Men det handler om å gjøre disse opplevelsene så skånsomme som mulig og forberede barnet så godt det lar seg gjøre. Forberedelser kan være å gjøre oppmerksom på vår tilstedeværelse. I praksis gjorde vi dette ved å pusle stille rundt

sengen, eller forsiktig røre ved barnets dyne. Premature barn sover som nevnt ikke særlig tungt og er generelt vare (Reid & Freer, 2010).

For å sove godt er det viktig med en god liggestilling. Dette gjelder alle, voksne og barn. Likevel trenger premature barn ekstra støtte. Dette gjøres ved å leire barnet riktig i seng eller kuvøse (Sandtrø, 2009). Å hvile i kenguruposisjon på morens bryst fremmer også søvn og nevrologisk utvikling (Stennes, 2009). Som sykepleiere syntes vi at å fremme søvn er en viktig del av forebyggende pleie.

Teorien som vi har fremstilt om senskader, samt våre praksiserfaringer har formet vår oppfattelse av forebyggende sykepleie til denne pasientgruppen. Mange av de tiltakene vi utførte i praksis føler vi stemmer opp mot teorien som er presentert i oppgaven. At disse tiltakene er av stor betydning er vi overbeviste om.

I dag gjør stadig utvikling innen medisinsk teknologi det mulig å redde fler premature barn med lavere og lavere gestasjonsalder. Vi har stilt oss et etisk spørsmål ved dette. Hva slags liv er det man redder noen til? Behovet for forebyggende sykepleie vil bli større. Vi mener at sykepleierens forebyggende funksjon bør stå stadig sterkere og mer sentrert i behandlingen til premature barn. Vi vet at det også i dagens sykepleie fokuseres på forebygging hos denne gruppen, men vi har den oppfatningen at det skulle vært et sterkere fokus på akkurat dette. At forebyggingen står mer i sentrum, mener vi kan føre til bedre sykepleie og at det premature barnet skal få et så godt liv som mulig.

4.3 Samhandling mellom foreldre og sykepleier

I forbindelse med denne oppgaven snakket vi med en mor som fødte en prematur gutt tidlig på 1990-tallet. Hun ble innlagt for svangerskapsforgiftning 8 uker før forventet termin og gutten ble født med keisersnitt. Mors sykdomsbilde gjorde at hun ikke hadde mulighet til å knytte et tidlig bånd til barnet sitt, men «mammafølelsen» kom likevel umiddelbart etter fødselen. Hun forteller om opplevelsen av det hun beskrev som «å bli utvist fra banen» i pleien og behandlingen til sitt eget barn. Likevel sier hun at sykepleierne på avdelingen ga regelmessige oppdateringer om hva som hadde skjedd den tiden hun ikke var til stede, samt inkluderte henne den tiden hun var tilstede.

Etter hennes beskrivelse tilstrebet sykepleierne at mor og barn skulle få være sammen så mye som mulig. De tok derfor med barnet til henne utenfor nyfødintensivavdelingen i korte perioder. Dette gjorde at hun likevel klarte å knytte et bånd både til barnet og sykepleierne.

Etterhvert som hun ble friskere ble også barnet friskere. Etter en måned på sykehuset ble de utskrevet til hjemmet, som en familie.

I vår samtale med denne moren så vi klare likheter mellom hennes historie, litteraturen vi har lest og egne praksiserfaringer. Vi mener dette understreker viktigheten av sykepleierens rolle for tilknytning og positive utfall. Jaqueline M. McGrath (2003) sier at det kan skade båndet mellom sykepleier og foreldre om de ikke føler seg som det konstante i barnets liv, og at dette kan føre til stress hos familien. Sandtrø (2009) understreker viktigheten av å hindre stress hos barn og foreldre for å forebygge senskader.

Gjennom egen opplevd praksis vet vi at ved det første møte på avdelingen har foreldrene mange følelser i sving og situasjonen kan virke kaotisk og uoversiktlig. Vi syntes det da er viktig å ha kunnskap om Eide & Eide (2007) sine forklaringer på krisereaksjoner. Gjennom denne kunnskapen kan sykepleier vurdere og eventuelt registrere hvilken fase foreldrene befinner seg i. At sykepleieren jobber for at foreldrene skal komme seg gjennom krisereaksjonene på best mulig måte kan dermed bedre samhandlingen dem imellom.

Bodil Haugan & Unni Tryti (2009) skriver om de forskjellige årsakene til premature fødsler. Foreldrene til Tobias kom direkte fra hjemmet og han ble født for tidlig grunnet premature rier, uten kjent årsak. Den akutte situasjonen gjorde at foreldrene ikke fikk mulighet til å forberede seg.

Travelbee (1999) forklarer sykepleien som en mellommenneskelig dynamisk prosess. I denne prosessen er det sykepleieren som skal legge til rette for endring. Her vil det kunne si å hjelpe og støtte foreldrene videre gjennom forskjellige faser i krisereaksjonen, samt gi de verktøy til å takle denne massive forandringen livet har gitt dem.

Når vi som sykepleiere møter foreldrene til Tobias, syntes vi det er det viktig å være godt forberedt. Barnet har vi møtt og hatt ansvar for den tiden mor og far ikke var tilstede. Når foreldrene ankommer avdelingen befinner de seg trolig i en sjokkfase. For å kunne vurdere hvilken fase foreldrene befinner seg i, vil det være en fordel å vite sykehistorien. Altså, om fødselen satte i gang uten forvarsel, eller om mor har vært innlagt på sykehuset over lang tid.

Har den gravide vært innlagt på sykehuset over lengre tid og fått beskjed om at en prematur fødsel kan være forestående, er det mulig at mor og far allerede har fått møte sykepleiere fra nyfødttintensivavdeling. Sannsynligvis har de også fått informasjon fra fødsels- og barneleger om forestående fødsel og barseltid. Dermed er de bedre forberedt til å møte det som kommer.

Dette i motsetning til foreldrene til Tobias, som kom direkte til sykehuset og fødte umiddelbart. De hadde derfor fått lite informasjon og mindre mulighet til forberedelse (Haugan & Tryti, 2009).

McGrath (2003) sier at vanlige reaksjoner hos foreldre den første tiden etter en prematur fødsel kan være angst, skyldfølelse etc. Gjennom praksis har vi sett at disse sjokkreaksjonene kan føre til at foreldre blir tilbakeholdne i forhold til barnet sitt. Dette er faktorer vi mener kan være til hindring for tidlig tilknytning. Sykepleier bør derfor legge til rette for at foreldrene skal bli trygge ved å inkludere og konferere, gi god informasjon og være tilgjengelig (McGrath, 2003).

Gjennom praksis erfarte vi at følelsesspekteret hos foreldrene stadig er i forandring, og vi ser det som vår oppgave å bidra til at foreldrene føler seg trygge til å starte tilknytningsprosessen. Jepsen (2004) skriver at barnets første møtet med foreldrene er den første trygge opplevelsen i livet. Etter den øyeblikkelige separasjonen av foreldre og barn etter fødselen, er det viktig å gjenskape kontakt så tidlig som mulig.

Som McGrath (2003) har nevnt, er en rask tilknytning mellom foreldrene og sykepleieren viktig med på tanke på samhandlingen, noe vi er enig i. Å skape dette båndet mener vi gjør foreldrene trygge og i stand til å møte barnet sitt på en god måte. Da vi ser barnet som en del av en større helhet, nemlig familien, synes vi Hummelvold (2012) sin beskrivelse av sykepleieprosessen i sykepleier-pasient-fellesskapet er aktuell. Her skapes et samarbeid mellom sykepleier og foreldre som vil være med på å gi forståelse og forklaring rundt situasjonen (Hummelvold, 2012). Dette kan være med på å øke foreldrenes motivasjon til å delta aktivt i forebyggende arbeid i samhandling med sykepleieren.

Når Tobias blir tatt ut av kuvøsen og lagt i kenguruposisjon hos mor, er dette i følge Jepsen (2004) den første trygge kontakten han opplever. Dette i motsetning til et friskt terminfødt barn, som blir lagt på morens bryst umiddelbart etter fødsel (Finnström, 2008).

Vi vil påstå at viktigheten av hudkontakt ikke kan understrekes nok. Forskning har vist at kengurumetoden kan gi redusert behov for respirasjonsstøtte ved at hjerterefrekvens stabiliseres og blir lavere (Carbasse et al., 2013). Både den aller første og den senere hudkontakten har vist seg å ha helsefordeler for barnet og foreldre ved at den er med på å fremme kognitiv utvikling og modning av hjernen, samt er positiv for foreldretilknytningen (Carbasse et al., 2013).

I følge «Tilknytningsteoriens far» John Bowlby, utvikler barn, dog på generelt grunnlag, apati og depresjon ved langvarig separasjon fra foreldre (referert i Skårderud et al., 2010).

Premature, som er en ekstra sårbar gruppe, har da slik vi ser det ut ifra presentert teori, økt risiko for utvikling av komplikasjoner som mentale senskader ved separasjon.

Det er avgjørende at dette båndet knyttes så tidlig som mulig for å forebygge stress, da det kan ha skadelige påvirkninger på en umoden kropp (Jepsen 2004). Vi mener at sykepleier kan bidra til forebygging av separasjonsangst senere i livet ved å tilstrebe tidlig og regelmessig hudkontakt med foreldre.

Vi har nevnt at tidlig iverksettelse av tiltak kan forebygge mentale senskader. Vårt syn er at disse forebyggende tiltakene bør tre i kraft øyeblikkelig etter fødselen. Noe som også er tilfelle i de fleste situasjoner. Når det er sagt, så vet vi også at i situasjoner der et keisersnitt skjer i narkose er ingen av foreldrene til stede for å ta i mot barnet. Når Tobias ble ført ned til nyfødtintensivavdelingen var ingen av foreldrene med. Sykepleier Hanne sto med ansvaret.

Sandra L. Gardner & Edward Goldson (2011) sier at når foreldrene ikke har mulighet til å være sammen med barnet sitt, skal sykepleier opptre som en stedfortreder og gi omsorgen foreldrene ville gitt selv om de hadde hatt muligheten.

Vi er enige i påstanden til Gardner & Goldson (2011). Imidlertid syntes vi ikke at sykepleieren bør utføre hudkontakt i samme grad som foreldre, men hudkontakt i form av en varm sykepleierhånd mot huden kan være riktig. Da vi utførte denne type berøring i praksis så vi at det hadde god effekt på å berolige barnet.

Vi måtte likevel huske på å holde hånden i ro og ikke bruke strykende bevegelser, da dette kunne føre til stress hos barnet. Dette ville vært viktig for Hanne å formidle til Tobias' far. I casen ser vi at faren til Tobias berører ved å legge hånden over han.

Sykepleierens veiledende rolle som Kristoffersen et al. (2011) beskriver, mener vi er sentral i samhandlingen med foreldrene, der målet er å forebygge senskader. Å forklare og tilrettelegge for at foreldrene skal utføre riktig og forsvarlig pleie til Tobias, både på sykehuset og senere i hjemmet, ser vi som viktig.

Sykehuset Innlandet (2011) skriver et i informasjonsark om familiefokusert omsorg - NIDCAP, at den familiære tilknytningen er viktig og har store helsefordeler (SI, 2011). Hudkontakt og kengurumetoden er også en viktig del av NIDCAP-modellen. For å

oppretholde båndet som knyttes ved første møte, er denne modellen sentral. Ved å utføre sykepleie etter NIDCAP-modellen inkluderer man foreldrene i barnets behandling og pleie. Sykepleier skal veilede foreldre i å gi barnet sitt tilpasset pleie og omsorg. Dette ved å vise hvordan man skal tolke barnets signaler og handle deretter (Sandtrø, 2009).

NIDCAP skal promotere og legge til rette for det normale familielivet (McGrath, 2003). Vi syntes imidlertid at NIDCAP-modellen viser visse svakheter ved at den ikke tar hensyn til hvor foreldrene befinner seg i forhold til krisereaksjonene og deres syn på situasjonen.

Erfaringsmessig har vi sett at foreldre som befinner seg i sjokkfasen har vansker for å se veilede, motta og bearbeide informasjon, noe som er sentralt i NIDCAP-modellen. Vi ser likevel at når det første sjokket har lagt seg og foreldrene får en større oversikt over situasjonen, vil de være mer åpne for informasjon, veiledning og samarbeid.

Det er foreldrene som har ansvaret for å pleie barnet når familien reiser hjem. Det er viktig at foreldrene får god og riktig veiledning i tiden på sykehuset. Vi mener at grunnlaget for foreldrenes betydning i forebygging av senskader blir lagt her. Man kan støtte seg til det McGrath (2003) beskriver om å optimalisere foreldreferdighetene ved å veilede i individuell omsorg for barnet.

Ett av de grunnleggende prinsippene i NIDCAP-modellen tar sikte på nettopp dette med individuell omsorg. Behandling skal tilpasses det enkelte barnet (Sandtrø, 2009). Vi innser at premature barn er like forskjellige individer som alle andre, og behovet til ett barn er ikke nødvendigvis det samme som til et annet barn. Likevel ser vi at de har mange sammenlignbare forebyggende faktorer som sykepleier må fokusere på.

Jepsen (2004) sier at barnets hypersensitivitet og begrensede toleranse for stimuli er faktorer som kan føre til senskader. Mange større barn født premature har vansker med å bearbeide sanseinntrykk og får konsentrasjonsproblemer som bunner i overstimulering på spedbarnsstadiet (Jepsen, 2004).

Som sykepleier mener vi derfor det er viktig å bidra til forebygging ved å gi tilpasset informasjon og veiledning til foreldrene angående overstimulering. Tidspunkt for informasjon, hvordan sykepleieren ordlegger seg, samt oppfordre foreldre til å stille spørsmål, anser vi som svært viktig. At foreldrene stiller spørsmål kan også muligens være en kvalitetssikring for sykepleieren, da det kan være et tegn på at gitt informasjon blir bearbeidet.

Wataker et al. (2012). viser i sin studie til morens selvfølelse og selvtillit ved å inkluderes i familiefokusert omsorg. Ved å ha tilgang til barnet 24 timer i døgnet ble foreldrene mer delaktige i barnets behandling. Mødrene viste bedre forståelse for barnets atferd og signaler, og hvordan man skulle handle ut i fra disse (Wataker et al., 2012). Studien underbygger vår antagelse om at foreldreveiledning og tilgjengelighet til barnet er viktig for forebygging av senskader.

I sykepleien til Tobias og hans foreldre vil vi fokusere på samarbeidet der barnet er mest sentralt. Vi vil legge til rette for at foreldrene skal oppnå en følelse av mestring, ved at vi gir de tilstrekkelig kunnskap til å kunne ta nødvendige avgjørelser på egenhånd. På grunnlag av nevnt forskning (i avsnitt over) og NIDCAP-modellen, kan vi si at foreldrenes følelsen av mestring er viktig for at sykepleieren og foreldrene i samhandling skal kunne nå målene som er satt i pleieplanen.

Videre ønsker vi å belyse Joyce Travelbee sine teorier, da vi mener disse er vesentlige for å oppnå et godt samarbeid med foreldrene.

Foreldre og sykepleier kan i samhandling skape det Travelbee (1999) kaller et menneske-til-menneske-forhold gjennom sine felles opplevelser, gode samtaler og opparbeidelse av gjensidig forståelse. Dette er det sykepleieren som har ansvaret for å oppnå, da det er hun som i følge Travelbee (1999) skal legge til rette for endring og fremgang.

Travelbee (1999) mener at sykepleierens mål, herunder forebygging av mentale senskader, ikke kan oppnås uten et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet kommer ikke automatisk, men det må jobbes med for å oppnås. Å bruke hvert møte med barnet og familien bevisst med tanke på å være følsom for inntrykk og strukturere inntrykkene, vil slik vi ser det være sentralt (Travelbee, 1999).

Vi mener at menneske-til-menneske-forholdet er sammenlignbart med Hummelvold (2012) sin beskrivelse av sykepleier-pasient-fellesskapet, der sykepleier og pasient møtes som likeverdige mennesker. Å møte foreldrene på deres premisser uten en paternalistisk holdning, mener vi kan fremme samhandling og samarbeid. Er det mulig at foreldresamarbeid kan være nøkkelen til forebygging av mentale senskader hos vår pasientgruppe?

For oss vil effektene av et menneske-til-menneske-forhold vise seg gjennom bedring i sykdomsbildet hos Tobias. Fra det første møtet vil Hanne bruke alle sansene for å opparbeide

et helhetlig inntrykk av familien. Ved å «lagre» disse inntrykkene og bruke de bevisst ved de neste møtene, mener vi at Hanne vil lære Tobias og familien å kjenne.

Vårt syn er at et helhetlig inntrykk av pasienten og familien, kan gjøre sykepleieren var for eventuelle endringer. Etter NIDCAP-modellen skal sykepleieren utføre systematiske observasjoner av barnets atferd og miljøet rundt. Disse observasjonene skal dokumenteres godt. Sykepleieren skal i samhandling med foreldre finne gode måter å nå målene som er satt for barnet (Sandtrø, 2009).

Disse målene er i våre øyne alltid positive, forebyggende og bør bidra til fremgang i pasientens helsetilstand. Når Travelbee (1999) snakker om sykepleieren som en «endringsagent», føler vi at dette er et positivt ladet ord. Vi tolker det som at sykepleieren skal hjelpe pasienten og familien til å nå frem til deres felles mål om forebygging av senskader. Målet om endring og forebygging skal alltid være til det beste for pasienten (Travelbee, 1999).

5. Konklusjon

I denne oppgaven ønsket vi blant annet å finne ut hvordan sykepleiere og foreldre kan samarbeide for å forebygge mentale senskader hos premature barn på Neonatal intensivavdeling. Vi har gått igjennom mye litteratur og forskning om emnet, og kommet frem til noen aspekter vi anser som aller viktigst.

Å oppnå samarbeid ved å inkludere foreldre i barnets behandling, mener vi kan bidra til bedre tilknytning, foreldrekompetanse og utvikling hos barnet. Gjennom veiledning og informasjon, kan sykepleieren hjelpe foreldrene til å tolke barnets signaler og behov. Vi mener at NIDCAP-

modellen er et godt verktøy for å hjelpe foreldre og sykepleiere til å jobbe forebyggende sammen. På grunnlag av kunnskapen vi har tilegnet oss, vil vi tørre å påstå at foreldresamarbeid er en av nøklene i den forebyggende sykepleien.

Det er ingen tvil om at tidlig tilknytning også kan være en av nøklene i forebyggende arbeid hos premature barn. Litteratur og forskning har understreket viktigheten av tilknytningen for å hindre eventuelle faktorer som kan føre til senskader. Vi mener at sykepleieren skal tilstrebe mest mulig hudkontakt mellom foreldre og barn, der barnet er i sentrum. Samtidig må man tilpasse at denne kontakten skjer etter barnets toleranse, for å hindre overstimulering.

Det vi vil kalle den siste nøkkelen, er de konkrete forebyggende tiltakene vi som sykepleiere utfører ovenfor barnet. Å skape det vil kalle en «bomullsatmosfære» rundt barnet, ved å utføre skjermende og støyreducerende tiltak, mener vi er faktorer som kan virke direkte inn på den forebyggende sykepleien til premature barn. Vi har nevnt både gjennom teori og erfaringer, forskjellige tiltak som kan ha gunstige utfall for barna.

En tilpasset og helhetlig sykepleie der alle elementer som kan føre til mentale senskader er vurdert og tatt med i pleieplanen hos hvert enkelt barn, anser vi som den optimale forebyggende sykepleien til premature barn.

Alt dette er etter vår mening med på å forme «nøkkelknippet» sykepleieren bør inneha i den helhetlige, og ikke minst forebyggende sykepleien, til små premature spedbarn.

6. Litteraturliste

*Andréasson, B., Blennow, M. & Hageberg, H. (2008). Omhändertagande av det asfyktiska barnet. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas, & M. Norman (Red.), *Neonatalogi* (s. 57 - 75) Lund: Studentlitteratur.

*Carbasse, A., Kracher, S., Hausser, M., Langlet, C., Escande, B., Donato, L., Astruc, D. & Kuhn, P. (2013). Safety and Effectiveness of Skin-to-Skin Contact in the NICU to Support

Neurodevelopment in Vulnerable Preterm Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(3), 255-262. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e31829dc349>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Fellman, V. (2008). Det för tidigt födda barnet. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas, & M. Norman (Red.), *Neonatalogi* (S. 89-98) Lund: Studentlitteratur.

*Finnström, O. (2008). Det fullgångna barnet. I H. Lagercrantz, L. Hellström-Westas, & M. Norman (Red.), *Neonatalogi* (S. 77-88) Lund: Studentlitteratur.

*Gardner, S. L. & Goldson, E. (2011). The Neonate and the Environment: Impact on Development. I S. L. Gardner, C. S. Carter, M. Enzman-Hines & J. A. Hernandez (Red.), *Merenstein & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care* (7. utg., s. 270 – 331). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

*Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I B S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2* (S. 14- 26) Oslo: Cappelen Damm AS.

*Haugan, B. & Tryti, U. (2009). Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling. I B S. Tandberg & S. Steinnes & (Red.), *Nyfødtsykepleie 1* (S. 98-111) Oslo: Cappelen Damm AS.

Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 139 – 148). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- *Jensen, K. O. (1999). [Norsk Forord]. I J. Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (s. 5) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Jepsen, J. (2004). *For tidlig fødte barn: Usynlige senfølger*. København: Hans Reitzels forlag.
- *Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. -A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg., s. 15 – 29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. -A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (2. utg.,s. 207 – 280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Markestad, T. & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1419) Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- *Marlow, N., Wolke D., Bracewell, M. A. & Samara M. (2005). Neurologic and Developmental Disability at Six Years of Age after Extremely Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 352(1), 9 – 19. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa041367>
- *McGrath, J. M. (2003). Family-centered care. I C. Kenner & J. W. Lott (Red.), *Comprehensive Neonatal Nursing: A Physiologic Perspective* (3. utg., s. 89 – 107). St. Louis, Missouri: Saunders.
- Rotegård, A. K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 190 – 211). Oslo: Akribe.
- *Reid, T. & Freer, Y. (2010). Developmentally Focused Nursing Care. I G. Boxwell (Red.), *Neonatal Intensive Care Nursing* (2. utg., s. 16 – 37). London: Routledge.

*Rootwelt, T. (2009). Asfyksi- hypoksisk- ischemisk encephalopati. I B S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2* (S. 124-133) Oslo: Cappelen Damm AS.

*Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2* (S. 57-79) Oslo: Cappelen Damm AS.

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

*Skaug, V. (2009). Smertebehandling. I B S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie I* (S. 267 - 283) Oslo: Cappelen Damm AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Steinnes, S (2009). Sykepleie til premature barn. I B S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2* (S. 27-56) Oslo: Cappelen Damm AS.

*Sullivan M. C., Msall, M. E. & Miller, R. J. (2012). 17-year outcome of preterm infants with diverse neonatal morbidities: Part 1 – Impact on physical, neurological, and psychological health status. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 17, 226 – 241.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2012.00337.x>

*Sykehuset Innlandet HF. (2011, 1. januar). *Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell – NIDCAP*. Lokalisert på: <http://demo.datakvalitet.no/egg/>

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Wataker, H., Meberg, A. & Nestaas, E. (2012). Neonatal Family Care for 24 Hours per Day. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26 (4), 336 – 342.

<http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0b013e31826d928b>

Artikkel 1.

Søkehistorie

Vedlegg 1

Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all	Search with AND	Search with OR	Delete Searches	Refresh Search Results
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	
<input type="checkbox"/>	S5 (kangaroo) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)	Search modes - Find all my search terms	View Results (56)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S4 kangaroo	Search modes - Find all my search terms	View Results (5,753)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S3 development	Search modes - Find all my search terms	View Results (5,050,610)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S2 skin-to-skin, care	Search modes - Find all my search terms	View Results (1,046)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S1 Preterm infant	Search modes - Find all my search terms	View Results (31,484)	View Details Edit

Refine Results

Current Search

Find all my search terms:
(kangaroo) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)

Limit To

Search Results: 1 - 10 of 56

Relevance Page Options Share

1. [Safety and Effectiveness of Skin-to-Skin Contact in the NICU to Support Neurodevelopment in Vulnerable Preterm Infants.](#)

Carbasse, Aurélie; Kracher, Sylvie; Hausser, Martine; Langlet, Claire; Escande, Benoît; Donato, Lionel; Astruc, Dominique; Kuhn, Pierre; Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 2013 Jul-Sep; 27 (3): 255-62. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0893-2190 PMID: 23899805, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Outcomes of Prematurity; Kangaroo Care; Neonatal Intensive Care Nursing; Infant Development; Infant, Very Low Birth Weight; Intubation, Intratracheal In Infancy and Childhood; Ventilator Patients In Infancy and Childhood; Infant, Newborn: birth-1 month; Male; Female

[Artikelbestilling](#)

Company

Enter company na

[Go](#)

Reference Shelf

- Dictionary
- Collection Overview Essays
- European Americana
- Frequently Asked Questions
- Citation Help

Artikkel 2.

Search History/Alerts

[Print Search History](#) | [Retrieve Searches](#) | [Retrieve Alerts](#) | [Save Searches / Alerts](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all	Search with AND	Search with OR	Delete Searches	Refresh Search Results
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions	
<input type="checkbox"/>	S6 S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Search modes - Find all my search terms	View Results (4)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S5 psychological	Limiters - Published Date: 20040101-20131231 Search modes - Find all my search terms	View Results (498,345)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S4 morbidity	Search modes - Find all my search terms	View Results (185,846)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S3 health status	Search modes - Find all my search terms	View Results (354,067)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S2 outcome	Search modes - Find all my search terms	View Results (993,722)	View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S1 preterm infants	Search modes - Find all my search terms	View Results (26,814)	View Details Edit

Refine Results

Current Search

Find all my search terms:
S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5

Limit To

Full Text

Search Results: 1 - 4 of 4

Relevance Page Options Share

1. [17-year outcome of preterm infants with diverse neonatal morbidities: Part 1-Impact on physical, neurological, and psychological health status.](#)

By: Sullivan, Mary C.; Msall, Michael E.; Miller, Robin J. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, Jul2012, Vol. 17 Issue 3, p226-241. 16p. 5 Charts, 1 Graph. DOI: 10.1111/j.1744-6155.2012.00337.x. , Database: Academic Search Premier

Subjects: ALLERGY; ANALYSIS of variance; ASTHMA; BIRTH weight; LOW birth weight; CHI-squared test; CHILD development; CHRONIC diseases; CHRONIC diseases in children; COMPARATIVE studies; CORRELATION (Statistics); HEALTH status indicators; LENGTH of stay in hospitals; HUMAN growth; PREMATURE infants; INFANT development; LONGITUDINAL method; NEUROPSYCHOLOGICAL tests; MEDICAL care -- Evaluation; PSYCHOLOGY of movement; MULTIVARIATE analysis; NEONATAL intensive care; NOSOLOGY; NURSING -- Practice; OBESITY; PEDIATRIC nursing; PHYSICAL diagnosis; RESEARCH -- Evaluation; RESEARCH -- Finance; RISK assessment; SCALE analysis (Psychology); SCALES (Weighing instruments); STATISTICS; VISION; STATISTICAL power analysis; DATA analysis; PSYCHOSOCIAL

Company Information

Banco Santander Central H...

Company

Enter company na

[Go](#)

Reference Shelf

Vedlegg1

Artikkel 3.

	Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/>	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Find all my search terms	View Results (171) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S4	infants	Search modes - Find all my search terms	View Results (268,845) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S3	nursing	Search modes - Find all my search terms	View Results (1,269,806) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S2	neonatal	Search modes - Find all my search terms	View Results (117,356) View Details Edit
<input type="checkbox"/>	S1	family centered care	Search modes - Find all my search terms	View Results (16,904) View Details Edit

Refine Results

Current Search

Find all my search terms:
S1 AND S2 AND S3 AND S4

Limiters

Published Date:
20090101-20141231

Source Types

Academic Journals

Limit To

- Full Text
- References Available
- Scholarly (Peer Reviewed) Journals

Search Results: 1 - 10 of 60

Relevance Page Options Share

Company Information

Banco Santander Central H...

Company

Enter company na

Go

Reference Shelf

Dictionary
Collection Overview Essays
- European Americana
Frequently Asked Questions
Citation Help

1. The POPPY Study: Developing a Model of Family-Centred Care for Neonatal Units.



Academic Journal

(includes abstract) Staniszewska, Sophie; Brett, Jo; Redshaw, Maggie; Hamilton, Karen; Newburn, Mary; Jones, Nicola; Taylor, Lesley; Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2012 4th Quarter; 9 (4): 243-255. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 1545-102X PMID: 22698274, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Family Centered Care; Intensive Care, Neonatal; Neonatal Intensive Care Nursing; Professional Practice, Evidence-Based; Professional-Family Relations; Infant, Newborn: birth-1 month

Show all 5 images



PDF Full Text (2MB) [BIBSYS x](#)

2. Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study.



Academic Journal

(includes abstract) Dellenmark-Blom, Michaela; Wigert, Helena; Journal of Advanced Nursing, 2014 Mar; 70 (3): 575-86. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0309-2402 PMID: 23870004, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Home Nursing; Parents; Parental Role; Pediatric Nursing; Nursing Care; After Care; Infant, Newborn: birth-1 month; Adult: 19-44 years; Male; Female

- Full Text
- References Available
- Scholarly (Peer Reviewed) Journals

2009 Publication Date 2014

Show More
Options set

Source Types

- All Results
- Academic Journals (60)
- Magazines (4)
- CEUs (2)

Show More

Subject: Thesaurus Term

Subject: Major Heading

Subject

Publication

Age

Gender

Geography

2. Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study.



Academic Journal

(includes abstract) Dellenmark-Blom, Michaela; Wigert, Helena; Journal of Advanced Nursing, 2014 Mar; 70 (3): 575-86. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0309-2402 PMID: 23870004, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Home Nursing; Parents; Parental Role; Pediatric Nursing; Nursing Care; After Care; Infant, Newborn: birth-1 month; Adult: 19-44 years; Male; Female

Artikelbestilling [BIBSYS x](#)

3. NARRATIVES OF NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT NURSES: EXPERIENCE WITH END-OF-LIFE CARE.



Academic Journal

(includes abstract) Lindsay, Gail; Cross, Nadine; Ives-Baine, Lori; Illness, Crisis & Loss, 2012; 20 (3): 239-53. (journal article - poetry, research) ISSN: 1054-1373, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Intensive Care Units, Neonatal; Neonatal Nursing Psychosocial Factors; Work Experiences; Infant Death Psychosocial Factors; Professional-Family Relations; Nursing Knowledge; Nursing Staff, Hospital; Uncertainty; Family Centered Care; Infant, Newborn: birth-1 month; Female

Artikelbestilling [BIBSYS x](#)

4. Empowering NICU Parents.



Academic Journal

(includes abstract) Zimmerman, Kathy; Bauersachs, Connie; International Journal of Childbirth Education, 2012 Jan; 27 (1): 50-3. (journal article - pictorial) ISSN: 0887-8625, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Parents Psychosocial Factors; Neonatal Intensive Care Nursing; Nurse-Patient Relations; Family Centered Care

PDF Full Text (495.9KB) Full text from ProQuest [BIBSYS x](#)

5. Neonatal family care for 24 hours per day: effects on maternal confidence and breast-feeding.



Academic Journal

(includes abstract) Wataker, Heidi; Meberg, Alf; Nestaa, Eirik; Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 2012 Oct-Dec; 26 (4): 336-42. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0893-2190 PMID: 23111722, Database: CINAHL with Full Text

Subjects: Breast Feeding; Confidence; Family Centered Care; Infant, Premature; Intensive Care, Neonatal; Mothers; Infant, Newborn: birth-1 month

Artikelbestilling [BIBSYS x](#)

PICO-skjema

Spørsmål:

Hvordan kan tidlig foreldre-barn-tilknytning bidra til forebygging av mentale senskader hos premature barn?

Hvordan er forekomsten av psykologiske utviklingsforstyrrelser hos premature barn?

Hvordan er helsestatusen til større barn født premature?

P	I	C	O
Infants Preterm infants Neonatal	Nursing Skin-to-skin care Kangaroo Family centered care		Forebygging av mentale senskader Tidlig foreldre-barn-tilknytning Development Morbidity psychological Health status

Informasjonsark fra Sykehuset Innlandet - NIDCAP

EK Viewer: Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

demo.datakvalitet.no/egg/

Apple Facebook iCloud sumo Twitter Wikipedia Yahoo! Nyheter Populært

EK Viewer Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

NIDCAP Fritekst Søk

Søkeresultat Dok.ID

Kunnskapsbaserte fagprosedyrer

Familiesentrert utviklingstilpasset or SI/17.04-01

Refererte dokumenter

Sykehuset Innlandet HF Gjelder fra 01.01.2011

Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell - NIDCAP

Utarbeidet av: Prosjektgruppen ved leder Fagutv.sykepleier Elin Ludvigsen
Godkjent av: Visedm.dir Hans Iver Børresen Ref.nr. SI/17.04-01 Utg.1.02

Bakgrunn

NIDCAP som omsorgs og behandlingsmodell[1]. Modellen er familiesentrert, tverrfaglig og brukes til premature og syke nyfødte barn. NIDCAP- modellen er utarbeidet av psykolog Heidelise Als, og baserer seg på å understøtte barnets utvikling ved å justere omsorgen i takt med barnets respons. Grunnlaget for valget av NIDCAP, er at forskning viser kortere liggetid i avdelingen, færre dager med ventilasjonsstøtte, sterkere foreldretilknytning og bedre vekst og utvikling på kort og lang sikt[2,3,4].

Ansatte ved nyfødtintensiv avdelinger får grunnleggende opplæring i NIDCAP-prinsippene, og om hvordan de best kan tilrettelegge for barnet individuelt, ut ifra dets kompetanse i forhold til modenhetsgrad. De ansatte skal veilede foreldrene i hvordan de kan tolke barnets kroppsspråk, og hvordan foreldrene gjennom å ta hensyn til signalene skal bli eksperter på sitt barn[5].

Behandling

Familien

Familien er de viktigste personene i barnets liv. Dersom foreldrene har hudkontakt med barnet det mest av døgnet, fører det til tidligere hjemreise. Tilknytningen blir bedre, og foreldrene får tidligere og sterkere eierskap til barnet[4,5]. Målet er at foreldrene skal bli trygge i forelderrollen, ved å kunne tolke og gjenkjenne barnets signaler og behov. Veiled foreldrene fra barnets første levedag om hvordan barnet viser tegn på velvære eller stress. Barnet trenger støtte og trøst fra foreldrene.

EK Viewer (1.2.2) er levert av Datakvalitet AS, som et tillegg til programmet Elektronisk Kvalitetshåndbok.