



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling helse- og idrettsfag
4AVS304

Mona V. Finstad og Cecilie Rørvik
Veileder Harald Holst

Sårbar

Vulnerable

Bachelor i sykepleie/3. årstrinn

2012

Antall ord: 10 522

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	4
1.3 AVGRENSINGER	5
1.4 PRESENTASJON AV OPPGAVEN	6
2 METODE	7
2.1 LITTERATUR	7
2.2 DATASØK	7
2.3 KILDEKRITIKK	9
3 Teori	11
3.1 PREMATURITET	11
3.1.1 ÅRSAKER TIL PREMATURITET	11
3.1.2 KOMPLIKASJONER VED PREMATURITET	12
3.1.3 PREMATURE OG INFEKSJONER	12
3.2 NYFØDTINTENSIV AVDELINGEN	13
3.3 SYKEPLEIERENS FUNKSJON	13
3.3.1 JUS OG NYFØDTSYKEPLEIE	14
3.4 SMITTE	15
3.4.1 SMITTEMÅTE	15
3.5 NOSOKOMIALE INFEKSJONER	16
3.5.1 ÅRSAKER TIL NOSOKOMIALE INFEKSJONER	17
3.6 FOREBYGGING AV INFEKSJONER	17
3.6.1 HÅNDHYGIENE	18
3.6.2 RENT OG URENT	18
3.6.3 BESKYTTELSESUTSTYR	19
3.6.4 LOVER OG FORSKRIFTER	19
3.7 PEDAGOGIKK	20

3.7.1 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON	20
3.7.2 UNDERVISNING	20
3.7.3 DEN DIDAKTISKE RELASJONSMODELLEN	22
3.8 SYKEPLEIETEORETIKER DOROTHEA E. OREM	24
4 DRØTING	27
<hr/>	
4.1 DEN DIDAKTISKE RELASJONSMODELLEN	27
4.1.1 DELTAGERFORUTSETNINGER	28
4.1.2 MÅL	29
4.1.3 ARBEIDSMÅTER	31
4.1.4 RAMMEFAKTORER	32
4.1.5 INNHOLD	33
4.1.6 VURDERING	37
5 AVSLUTNING	38
<hr/>	
Litteraturliste	40

1 INNLEDNING

Liten?

Jeg?

Langt ifra.

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?

”Mauren” av Inger

Hagerup.



Hentet fra: Prematurforeningen.no. Fotograf Kjetil Alsvik.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om temaet: Sykepleie og forebygging av smitte i somatisk sykehus. Ut ifra dette temaet har vi valgt å skrive om avdelingen nyfødttintensiv og pasientgruppen friske premature barn. For å forebygge sykehusinfeksjoner (nosokomiale infeksjoner) må man som sykepleier ha kunnskap om smitteforebygging. Nosokomiale infeksjoner er et kjent problem som krever mange ressurser. I følge folkehelseinstituttet (2010), rammes 6% av alle de som legges inn på sykehus av en infeksjon de ikke hadde ved innkomst. En slik infeksjon er en ekstra kostnad for samfunnet og en unødvendig lidelse for pasienten. Det finnes en forskrift om smittevern i helsetjenesten. Forskriften har som formål å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helsetjenesten. Videre inneholder den egne tiltak for infeksjonsforebygging (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005). Dette er bakgrunnen for å skrive om temaet smitte og forebygging.

Vi ønsker å skrive om det premature barnet grunnet personlig interesse og egne erfaringer med denne pasientgruppen. Arenaen nyfødttintensiv finner vi spennende, siden det er en avdeling med sårbare barn, som krever ekstra fokus på hygiene og forbygging av infeksjoner. Sykepleierens pedagogiske funksjon satt i sammenheng med forebygging er en sykepleieroppgave som vi mener er et interessant område å fordype seg i.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Vi har valgt denne problemstillingen i vår oppgave:

"Hvordan kan sykepleiere anvende sin pedagogiske funksjon ovenfor foreldre for å forebygge infeksjoner hos premature barn?"

"How can nurses apply their educational role towards the parents to prevent infections in premature infants?"

1.3 Avgrensinger

Grunnet oppgavens omfang, bacheloroppgavens varighet på 7 uker og problemstillingens behov for konkretisering, har vi måttet gjøre noen avgrensinger. Oppgaven vil omhandle de barna som er født fra uke 28 til og med uke 36 + 6 dager og som er friske og stabile (Alt før uke 37 regnes som prematuritet). Dette valget er tatt for ikke å måtte gå inn på komplikasjoner og ytterligere behov som ofte oppstår før uke 28. Disse behovene kan blant annet være respirator, CPAP, O2 tilførsel og spesiell overvåking. De er innlagt på nyfødttintensiv grunnet sin prematuritet og behovet for blant annet oppfølging med ernæring, ammeveiledning og stell. (Barna kan også ha behov for sondeernæring). Ernæring og amming blir ikke tatt med i oppgaven, til tross for at det er et viktig område.

Fokuset i denne oppgaven vil være på hygiene og undervisning av foreldre for å forebygge infeksjoner hos barnet. Undervisning er bevisst valgt fremfor veiledning. Dette fordi Dalland (2010) definerer veiledning som en bistand man gir på bakgrunn av faglig innsikt og holdinger. Videre skal bistanden hjelpe den som veiledes til å selv definere sitt problem, og utvikle de kunnskaper og ferdigheter som trengs for å løse problemet (ibid). Vi mener at problemet allerede er definert i problemstillingen, som er infeksjoner hos premature barn. Undervisning blir derfor den pedagogiske funksjonen vi velger å gå videre med.

Ulike smittevernstiltak vil bli beskrevet, hvor håndhygiene, hansker og beskyttelsesutstyr blir fokusområdet. Mulige mikroorganismer som kan forårsake infeksjoner og deres funksjon vil ikke bli redegjort for i denne oppgaven. De ulike immunprosesser og immunstoffer barna mangler vil heller ikke bli redegjort for grunnet oppgavens omfang. Vi ønsker heller ikke å gå inn på området kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter, men vi vil vektlegge undervisning og den didaktiske relasjonsmodellen som undervisningens grunnlag. Begrepsavklaringer vil komme inn i selve teksten.

1.4 Presentasjon av oppgaven

I innledningen er bakgrunn for valg av tema presentert. Videre presenteres problemstillingen. Etter dette kommer de avgrensingene som er gjort i forhold til vår oppgave. I metodedelen vil selvvalgt litteratur og aktuell forskning bli presentert med kildekritikk. I teoridelen vil de valgte temaene: prematur, nyfødtintensiv avdeling, sykepleierens funksjon, smitte, nosokomiale infeksjoner, forebygging av smitte og pedagogikk bli beskrevet. Til slutt vil Dorothea E. Orem sin sykepleieteori bli presentert. I drøftingsdelen vil vi svare på den valgte problemstillingen, ut fra den teorien vi har beskrevet. Tilslutt har vi en oppsummerende avslutning.

2 METODE

Metode er i følge Dalland (2007) den fremgangsmåten som blir brukt for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Metoden skal ha sammenheng med formålet (ibid). Formålet med denne oppgaven er å besvare problemstillingen.

2.1 Litteratur

Denne oppgaven er basert på et kvalitativt litteraturstudie, som i følge Dalland (2007), er bøker og andre skriftlige kilder. Litteraturen kan deles inn i primær- og sekundærlitteratur. Ved primærlitteratur har forfatteren presentert eget arbeid. Ved sekundærlitteratur tolker forfatteren andres arbeid (ibid). Bøkene vi har valgt består av både primær- og sekundærlitteratur.

Bøkene omhandler de tidligere nevnte temaene og er sykepleiefagligrettet. Fordeler med et litteraturstudie er at det tar kort tid å tilegne seg kunnskap om ulike temaer, og man kan enkelt finne tilbake til de anvendte kildene. Ulemper med et litteraturstudie kan være at man anvender sekundærlitteratur, hvor forfatteren har tolket andre sitt arbeid. Dette kan føre til at forfatteren feiltolker primærkildens budskap. Videre er det en ulempe hvis man velger litteratur som understøtter oppgavens problemstilling.

Noe av den valgte litteraturen er pensumlitteratur, men det meste er selvvalgt. Dette er fordi det finnes lite pensumlitteratur om den valgte problemstillingen.

2.2 Datasøk

Forskning kan være kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ forskning baserer seg på beskrivelser av menneskers opplevelser, sosiale relasjoner, erfaringer, oppfatninger og meninger.

Kvantitativ forskning fremstilles i tabeller, med tall og kurver. Resultatene er målbare og

dermed etterprøvbare (Høye sin forelesning, 2012). I denne oppgaven er nesten alle artiklene basert på kvantitativ metode, unntatt en som er basert på kvalitativ forskning.

De valgte forskningsartiklene, fant vi i databasene: CINAHL og PubMed. Søkeordene vi anvendte i CINAHL var: nursing AND infection AND premature. Disse tre ble kombinert og avgrenset med årstall fra 2004-2011. Andre avgrensinger var, engelsk tekst, fulltekst og peer reviewed. Resultatet ble 24 artikler. Vi valgte treff nummer 11.

Nummer 11 har tittelen: *"Reducing nosocomial infection in neonatal intensive care"*. Dette er en artikkel som omhandler hvordan man kan forebygge nosokomiale infeksjoner, ved hjelp av hygieniske prinsipper. Dette er en kvantitativ studie utført i Nord Irland.

Andre søkeord vi anvendte i CINAHL var: nosocomial infection. Dette søkeordet ble kombinert med årstall: 2009-2010. Andre avgrensinger var engelsk tekst, fulltekst og peer reviewed. Resultatet ble 382 artikler. Vi valgte treff nummer 8 med tittelen: *"Nosocomial infection in a Danish Neonatal Intensive Care Unit: a prospective study"*. Dette er en artikkel som tar for seg nosokomiale infeksjoner i Danmark, satt opp imot internasjonale tall. Dette ble gjort for å se på potensiell forbedring og forskjeller. Dette var en kvantitativ studie.

Søkeordene vi anvendte i PubMed var: nursing AND premature infant. Andre avgrensinger var fulltekst. Resultatet ble 357 artikler. Vi valgte treff nummer 1 med tittelen: *"A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants"*. Dette er en artikkel som tar for seg foreldres opplevelse av en nyfødttintensiv avdeling og ulike sykepleietiltak som kan bedre denne opplevelsen. Denne artikkelen er en samleartikkel og består av kvalitative studier.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr at all litteratur som anvendes skal vurderes og karakteriseres. Vi som sykepleiere er selv en kilde, og våre erfaringer skal derfor komme frem i kildekritikken (Dalland 2007).

For å vurdere om metoden er holdbar ser man på om valgt litteratur og forskning er relevant og tidsaktuell. Metoden skal være troverdig, og må derfor oppfylle kravene om reliabilitet og validitet. Reliabilitet betyr at litteraturen skal være pålitelig, og at feilmarginer skal angis. Validitet betyr at all innsamlet data skal ha relevans og gyldighet ovenfor problemstillingen (Dalland, 2007).

Anvendt litteratur og forskning i denne oppgaven, omhandler de aktuelle temaene, og er dermed relevante for å besvare problemstillingen. Videre er nyere litteratur og forskning prioritert fremfor eldre, noe som gjør at kildene er tidsaktuelle. Forskingen som er trukket frem i denne oppgaven er fra 2009-2011, noe vi anser som nyere dato innenfor forskning.

Boken: *Orems modell i praksis*, er av eldre dato. Den er fra 1999. Vi anser den som tidsaktuell, siden Orem blir presentert som sykepleieteoretiker i pensumboken:

Grunnleggende sykepleie bind 4. Orems modell i praksis, er oversatt til norsk og kan ha blitt feiltolket av forfatteren Stephen J. Cavanagh. De andre bøkene er skrevet av sykepleiere, spesialsykepleiere, leger, psykologer og forskere.

Forskningslitteraturen er relevant i forhold til problemet som undersøkes, og resultatene er pålitelige, siden mulige feilmarginer er angitt. I vårt søk fant vi mange artikler som omhandlet premature barn. Flere av disse ble vurdert som ikke aktuelle, da de tok for seg de sykeste og ekstremt premature barna. Av de artiklene vi valgte, var to forskningsartikler primær forskning og en sekundær forskning. Artikkelen: *"A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infant"* er sekundær forskning, som tar for seg andres forskningsarbeid, og samler det i en artikkel.

Artikkelen: "*Reducing nosocomial infection in neonatal intensive care*", tar for seg de ekstremt premature barna med en vekt på 1000-1500 gram. Til tross for dette, valgte vi å ta den med. Dette fordi hygiene på en intensiv avdeling er viktig uansett fødselsvekt. De ekstremt premature er mer utsatt for infeksjoner, men infeksjonsforebygging er også viktig for de med høyere vekt.

Vi har søkt i ulike databaser. Disse er: CINAHL, Ovid Nursing, Helsebiblioteket, SveMed + og PubMed. Ikke alle databasene har blitt brukt, noe som kan ha utelukket relevant forskning. Forskningsartiklene vi fant aktuelle, er alle skrevet på engelsk. Vi anser vår engelsk som tilfredsstillende, men vi ser muligheten for at noen setninger kan ha blitt mistolket.

Vårt erfaringsgrunnlag er at en på gruppen nylig har født et prematurt barn (uke 36), mens den andre har hatt jobb og praksis på føde/barsel samt jobb til dags dato på en nyfødtintensiv avdeling. Dette har preget valg av litteratur og forståelsen av den. Anonymisering blir derfor nødvendig. Til slutt vil vi påpeke at våre subjektive meninger rundt de avdelingene vi har vært i kontakt med ikke vil prege oppgaven.

3 Teori

Her vil de temaene som er aktuelle til vår problemstilling bli beskrevet. Hovedoverskriftene vil være: Prematuritet, nyfødttintensiv avdelingen, sykepleierens funksjon, smitte, nosokomiale infeksjoner, forebygging av infeksjoner, pedagogikk og sykepleieteoretiker Dorothea E Orem.

3.1 Prematuritet

Varigheten av et svangerskap regnes fra første dag av siste menstruasjon, og fødselsterminen settes 280 dager etter denne (ca 40 uker). Denne datoen korrigeres ved ultralyd i uke 18-19, hvor man beregner ny termin ut fra fosterets størrelse (Haugen, 2009). Definisjonen på en prematur fødsel er fødsel før svangerskapsuke 37. Jo høyere gestasjonsalder og fødselsvekt, jo lavere risiko for perinatal mortalitet og morbiditet (Haugan & Tryti, 2009). Med perinatal mortalitet menes død før fødsel og med morbiditet menes sykkelighet (Lindskog, 2007).

3.1.1 Årsaker til prematuritet

Det finnes flere risikofaktorer for å føde prematurt, og infeksjoner i skjeden er trolig årsaken i 40% av tilfellene. Betennelsesreaksjonen som settes i gang ved en infeksjon, produserer hormoner som setter i gang rievirksomheten. Riene kan føre til en prematur fødsel (Grønseth & Markestad, 2006). Andre risikofaktorer er: prematur vannavgang, tidligere prematur vannavgang, en eller flere spontanaborter i 2 trimester, cervix insuffisiens (livmoren har utilstrekkelig funksjon, Lindskog 2007), placenta previa (foranliggende morkake, ibid), placenta abruptio (revnet/løsnet morkake, ibid), polyhydramnion (unormalt mye fostervann, ibid) fleringegraviditet, anomalier i uterus (avvik fra det normale i livmoren, ibid), røyking, alkohol, narkotika, lav sosioøkonomisk status og til slutt traume (Haugan & Tryti, 2009).

3.1.2 Komplikasjoner ved prematuritet

Komplikasjoner og sykdommer hos prematur fødte barn knyttes til organenes umodenhet. Graden av problemer/komplikasjoner barnet opplever har sammenheng med graden av prematuritet. Prematuritetsproblemer knyttet til huden og underhuden er hypotermi, væsketap, sårdannelse og infeksjoner (Grønseth & Markestad, 2006). Hos premature er huden umoden og tynn. Avtørking og bruk av plaster må gjøres med varsomhet for å ikke rive bort deler av hudlaget. Man skal også passe på hva man smører barnet med, da stoffer kan absorberes gjennom den tynne huden (Hansen, 2009).

3.1.3 Premature og infeksjoner

Prematur fødte barn har et umodent infeksjonsforsvar, som gjør dem ekstra utsatte for infeksjoner. Huden er tynn og mangler den beskyttende forhorningen, som gjør at mikrober lettere trenger inn, spesielt om huden blir skadet. I tillegg er fettsyreproduksjonen nedsatt, og premature mangler den ”syrekappen” på huden som forhindrer oppvekst av mikrober. De produserer heller ikke magesyre før to uker etter fødsel. Dette gjør at mikrober, som ellers hadde blitt ødelagt av den lave pHen i ventrikkelen, lettere overlever hos premature (Calisch, 2009).

Friske mennesker har alle en normalflora på kroppen som et beskyttende lag med mikroorganismer. For et prematurt født barn kan denne normalfloraen forårsake infeksjoner. En liten mengde bakterier, kombinert med langvarig opphold på sykehus, øker risikoen (Vang, 2009).

Ved 28 ukers gestasjonsalder oppstår det vanligvis ikke problemer knyttet til barnets hud, men hvert barn må vurderes individuelt. Huden endres med gestasjonsalder og må vurderes kontinuerlig. I stedet for å se på et barn som friskt og ukomplisert, burde man se på barnet som friskt og utsatt. Til tross for at et barn er født i uke 28 og oppover, kan det ha skjør og umoden hud. Huden er et vitalt organ som har mange roller og funksjoner. Blant disse funksjonene er å være en barriere mot toksiske stoffer og infeksjoner. Kunnskap om hudens oppbygging og funksjon er derfor nødvendig kunnskap for sykepleieren å inneha. Hudlaget

epidermis (overhuden) består av flere lag, hvor det første laget heter stratum corneum. Dette hudlaget er vesentlig for barnets barrierefunksjon. Hos premature er ikke stratum corneum fullstendig utviklet, noe som gjør at de premature blir ekstra utsatte for forgiftning. Å forebygge slike skader på eller via huden er derfor viktig (Børsting, 2009).

3.2 Nyfødtintensiv avdelingen

For å bli innlagt på en nyfødtintensiv avdeling må barnet ha behov for behandling og oppfølging. Alle nyfødte født før uke 34 legges inn på nyfødtintensiv. De som fødes etter uke 34 vurderes kontinuerlig på en barselavdeling, og ved tegn på avvik flyttes de til nyfødtintensiv. Observasjonene for å vurdere avvik består av temperatur, respirasjon, ernæring, blodsukker, infeksjon og hyperbilerubinemi (Haugan & Tryti, 2009).

Når et nyfødt barn legges inn på nyfødtintensiv avdeling, møter familien en ukjent verden av høyteknologisk utstyr og mange forskjellige fagpersoner. Det stilles derfor høye krav for helsearbeiderne om hvordan de skal møte de pårørende (Tandberg, 2009).

3.3 Sykepleierens funksjon

Under sykepleierens funksjons- og ansvarsområdet står det at sykepleierne blant annet skal samarbeide med pårørende. Dette gir sykepleierne et veilednings- og undervisningsansvar (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008). Når man veileder/underviser pårørende, skal man også jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis er et ord som er innledet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. All ”Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Slettebø, 2009, s.157). Konteksten i det å jobbe kunnskapsbasert består av tre deler. En av de tre deler er den erfaringsbaserte kunnskapen. Den andre er brukerkunnskapen og brukermedvirkning. Den siste er forskningsbasert kunnskap. Til sammen danner disse tre kunnskapsbasert praksis. En ensidig vektlegging av disse tre kan føre til at feil avgjørelser blir tatt (Korsvold, 2009). Det å

jobbe kunnskapsbasert består blant annet av å gjøre ”de rette tingene”. Å inneha kunnskap om diagnoser, prognoser, behandling, pasientopplevelser og så videre, er imidlertid ikke tilstrekkelig. Som sykepleier må man i tillegg ha moralske kvaliteter som gjør en i stand til å utøve fagkunnskapen på en god måte. Hvordan denne fagkunnskapen utføres viser seg i sykepleierens holdninger (Korsvold, 2009).

3.3.1 Jus og nyfødtsykepleie

Sykepleierens profesjonsutøvelse reguleres av en rekke lover og forskrifter. Den reguleres også av forarbeider til lover, rettspraksis og forvaltningspraksis (Korsvold, 2009).

I helsepersonellovens § 4 første ledd, står kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dette kravet er det mest generelle i hele helselovgivningen. Om noe er faglig forsvarlig eller ikke vurderes ut fra selve situasjonen, arbeidets art og helsearbeiderens faglige kvalifikasjoner. Etterpåklokskap er ikke en aktuell vurdering, men derimot hva man visste om situasjonen da den oppstod. I tillegg til å gjøre ”de rette tingene”, skal sykepleieren også gjøre det på ”den rette måten”. Det er ikke tilstrekkelig å utføre en prosedyre korrekt, for man skal også vise omsorg i selve utførelsen. Denne omsorgen skal gis både til pasient og pårørende (Korsvold, 2009).

I pasientrettighetsloven står det et eget kapittel (6) om barns særlige rettigheter, hvor barns rett til samvær med foreldre tas opp. Barnet skal være sammen med minst en av foreldrene sine under opphold i helseinstitusjon. I forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, utvides denne rettigheten til å gjelde begge foreldrene ved alvorlig/livstruende sykdom. Videre sier forskriften at personalet er pliktige å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker og kan utføre mens de er hos barnet. Dette betyr at foreldre har rett til å være delaktig i sitt barns pleie om ønskelig, og det er personalets plikt å sørge for dette. En viktig sykepleieoppgave er derfor å få til delaktighet i en hektisk hverdag (Korsvold, 2009).

3.4 Smitte

Mikroorganismer omringer oss, hvor enn vi er. Det kan være bakterier, virus og sopp, man ikke ser med det blotte øye. Under ulike omstendigheter kan disse mikroorganismene utvikle seg til en infeksjon (Stordalen, 2009). Sykdomsfremkallende mikroorganismer kalles for patogene mikroorganismer (Vang, 2009). For å beskytte pasienten mot infeksjoner kan man iverksette ulike hygieniske tiltak. Hygiene er et begrep som har fått flere navn, for eksempel smittevern og infeksjonsforebygging. Å forebygge smitte og infeksjonssykdommer er en stor del av jobben til en sykepleier (Stordalen, 2009).

For å kunne forebygge infeksjonssykdommer må man som helsepersonell ha kjennskap til ulike faktorer som bestemmer mikroorganismens forekomst og utbredelse. Felles for alle infeksjonssykdommer er at de må kunne oppstå og spres. Altså må det finnes et smittestoff, en smittekilde, en smitemåte og en/flere smitemottakere. Det må også finnes utgangsport og inngangsport for at smittestoffet skal kunne spres (Stordalen, 2009).

3.4.1 Smittemåte

Smittestoff kan være alle typer mikroorganismer. For at en mikroorganisme skal kunne spres er den avhengi av å være hardfør, ha tilstrekkelig mengde, rask smittevei og en mottakelig mottaker. De viktigste smittekildene på et sykehus er pasienter, personale og besøkende. For at andre skal bli smittet må mikroorganismen overføres fra ett sted til et annet (Stordalen, 2009). I tillegg må mottakeren være mottagelig for smitte for at sykdom skal kunne oppstå. Smittemåten beskriver på hvilken måte smitteoverføringen skjer. Vi deler smittemåter inn i kategoriene: kontaktsmitte, dråpesmitte, luftbårensmitte, fekal-oral smitte, inokulasjonssmitte, blodsmitte og intrauterin smitte (Vang, 2009). De fire første smittemåtene vil bli beskrevet her, fordi vi finner disse aktuelle for denne oppgaven.

Kontaktsmitte er den vanligste smittemåten ved infeksjoner i sykehus. Det betyr at smitemottakeren eksponeres direkte for smittestoffet gjennom fysisk kontakt. Smitten kan da skje ved å berøre mennesker eller dødt materiale via direkte eller indirekte kontakt. Eksempler

på kontaktsmitte er håndhilsing, via arbeidstøy, sengetøy, instrumenter, mat og drikke (Stordalen, 2009).

Dråpesmitte er en form for nærkontaktsmitte og er en indirekte kontaktsmitte. Ved denne smittemåten slynges smittestoffet ut fra kilden i form av dråper. Dette kan være fra prat, nys, hosting, oppkast eller søl av flytende materiale. Dråpene holder seg svevende bare noen få sekunder på grunn av sin størrelse, og de spres ikke lenger enn ca 1 meter fra utgangspunktet. De kan komme i kontakt med øyne, nese og munn, men også over på gjenstander slik at det blir kontaktsmitte (Stordalen, 2009).

Luftbårensmitte menes når overføringen av mikroorganismen skjer med luften i små dråper eller støvpartikler. Tekstiler opptar lett partikler og fra klærne kan de spres videre i tørr tilstand (Stordalen, 2009).

Fekal-oral smitte er når smittestoffet utskilles fra avføringen og gir sykdom hos mottakeren når mottakeren inntar stoffet i munnen. Årsaken til smitten kan være at den som er smittet ikke har vasket hendene etter endt toalettbesøk (Vang, 2009).

På sykehus samles svært mange individer med svekket immunforsvar. En del grupper vil være særlig utsatte for sykehusinfeksjoner (Stordalen, 2009). Blant dem er nyfødte og spesielt de som er født prematurt. Premature har nedsatt immunforsvar, siden de ikke har rukket å få alle immunstoffene fra mor gjennom placenta før de ble født. Infeksjonssykdommer har spredningspotensial og er derfor ikke bare farlige for enkeltindivider. De kan spres innad på avdelingen og videre ut om ikke hygieniske prinsipper blir ivaretatt (Vang, 2009).

3.5 Nosokomiale infeksjoner

Stordalen (2009), hevder: ”Med nosokomial infeksjon (sykehusinfeksjon) forstås en infeksjon som er oppstått under eller etter som følge av opphold i sykehus eller annen helseinstitusjon (Helsedepartementet 2004).” (Stordalen, 2009, s.13). Videre skal heller ikke

infeksjonen være til stede ved innleggelse, undersøkelse eller behandling. Sykehusinfeksjoner koster samfunnet betydelige beløp i året, samtidig som det påfører pasientene unødvendig lidelse (Stordalen, 2009).

3.5.1 Årsaker til nosokomiale infeksjoner

Årsakene som trekkes frem er ukritisk og høyt forbruk av antibiotika. Ved ukritisk og høyt forbruk av antibiotika kan resistensutvikling oppstå hos mikroorganismer, og pasientene blir dermed vanskeligere å behandle. Økt instrumentering er også mer vanlig i et stadig mer moderne helsevesen. Det utvikles nye hjelpemidler som instrumenter og teknisk utstyr, som fører til flere mulige smittekilder (Stordalen, 2009).

Hovedsakelig er det dårlig personlig hygiene eller dårlig hygiene blant helsepersonell som er årsaken til infeksjonene. Det finnes mikroorganismer som overlever en viss tid utenfor kroppen, og som også kan smittes via indirekte kontakt. Andre smittemåter kan være via gjenstander som sengetøy, håndklær, bekken, termometre, instrumenter og liknende (Stordalen, 2009).

Konsekvensene av nosokomiale infeksjoner avhenger av pasientene som utsettes og hva slags mikroorganisme pasienten smittes med. De mest utsatte pasientene er de med nedsatt immunforsvar som ligger på en intensivavdeling. Nosokomiale infeksjoner kan ha medisinske, økonomiske og sosiale konsekvenser for samfunnet. Dette fører til forlenget liggetid, ekstra oppfølging etter innleggelse, økte kostnader, redusert funksjon, unødvendig lidelse og økt dødelighet (Stordalen, 2009).

3.6 Forebygging av infeksjoner

Infeksjonsforebygging betyr alle tiltak som har til hensikt å redusere risikoen for sykehusinfeksjoner. For å bryte smitteveiene må man sikte etter å forebygge smittespredning, hvor fokus på personlig hygiene er svært viktig (Stordalen, 2009). Standard smitteverntiltak er: håndhygiene, skille rent og urent, beskyttelsesutstyr, arbeidsantrekk og riktig

pasientplassering (Vang, 2009). De tre første er aktuelle grunnet problemstillingen og beskrives her.

3.6.1 Håndhygiene

God håndhygiene er vårt enkleste, billigste og mest effektive infeksjonsforebyggende tiltak. Hendene er utsatte fordi de er sentrale både i direkte og indirekte kontaktsmitteoverføring (Stordalen, 2009). Ifølge Stordalen (2009), er 20-30% av nosokomiale infeksjoner beregnet til å være et resultat av dårlig håndhygiene. Man må la hendene være et redskap for å fremme helse og livskvalitet og ikke en trussel mot pasientens tilstand. Med håndhygiene menes det håndvask eller hånddesinfeksjon som har til hensikt å forebygge smittespredning via hendene. Hånddesinfeksjon dreper mikroorganismer mer effektivt enn vanlig håndvask med såpe og vann. Det er i tillegg tidsbesparende, enkelt og hudvennlig. Alkohol som er i middelet har bedre effekt på bakteriene og fører til redusert forekomst av nosokomiale infeksjoner. Man skal imidlertid alltid bruke vann og såpe hvis hendene er synlig tilsølt (Stordalen, 2009).

Med god håndhygiene menes også å ikke anvende smykker under arbeidsdagen. Smykker danner grobunn for oppvekst av mikroorganismer når de ikke er rene. Korte og rene negler er også smitteforebyggende (Stordalen, 2009).

3.6.2 Rent og urent

Rene hender håndterer rent utstyr. Man skal hele tiden bevege seg fra ren sone til uren sone enten det gjelder rekkefølgen av en prosedyre, stell av pasient eller rengjøring på skyllerom (Stordalen, 2009).

Alle institusjoner som har direkte kontakt eller som skiller rent og urent skal bruke arbeidsantrekk. Det er med på å skape en barriere mellom mikroorganismer i utemiljøet og inn til pasienten. Man skal derfor skifte til rent arbeidsantrekk og sko ved arbeidets begynnelse. Antrekket skal tåle kokevask og vaskes etter hver vakt eller ved tilsøling. Under arbeidsantrekket inngår også hår. Hår og skjegg skal være velstelt, og langt hår skal settes opp eller bindes sammen slik at det ikke kommer i kontakt med pasienter under stell eller

matsituasjoner. Dette er fordi hår inneholder rikelig med mikroorganismer og blir lett forurenset under arbeid (Stordalen, 2009).

3.6.3 Beskyttelsesutstyr

Det vanligste beskyttelsesutstyret som brukes ved forebygging av infeksjoner er rene beskytteshansker, stellefrakk og munnbind. Beskytteshansker brukes for å forhindre overføring av smittestoff fra pasient til helsearbeider og fra helsearbeider til pasient. Hansker skal brukes ved direkte kontakt med blod og andre kroppsvæsker, slimhinner, forurenset utstyr og overflater. Håndvask er viktig umiddelbart etter at hanskene er tatt av, siden det ofte blir varmt og klamt, noe som er en kjent grobunn for mikroorganismer. Bruk av stellefrakk hindrer søl og tilsmussing av arbeidstøyet. Den beskytter også pasienten mot smitte. Den brukes i hovedsak ved stell eller sengereing, men er også fin å anvende ved annen direkte kontakt med pasientens kroppsvæsker (Stordalen, 2009). For eksempel ved bleieskift, sårskift eller ved hjelp til vask/dusj. Munnbind brukes for å beskytte mot inhalasjonssmitte hos pasienter med infeksjoner der luftbåren smitte er aktuell. Det brukes for å forebygge spredning av personalets luftveismikrober til miljøet rundt pasienten. Ved pasienter med lavt immunforsvar må også personalet bruke munnbind ved mistanke om forkjølelse (Stordalen, 2009).

3.6.4 Lover og forskrifter

Det er en rekke lover og forskrifter som har betydning for smittevern i helseinstitusjoner. Å kjenne til ulike krav og plikter, og se at de blir fulgt, er i all hovedsak lederens ansvar sammen med smittevernpersonalet (Stordalen, 2009).

Lovdata.no inneholder mange lover og forskrifter. En av dem er: *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Lovens formål er å beskytte og verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, ved å forebygge dem, og motvirke at de overføres (Smittevernloven, 1995).

Lovdata.no informerer også om: *Foreskrift om smittevern i helsetjenesten*. Formålet med denne forskriften er å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helsetjenesten. Den gjelder for institusjoner som yter tjenester i spesialhelsetjenesten og

kommunehelsetjenesten. Denne foreskriften inneholder infeksjonskontrollprogram, organisering og overvåking. Et infeksjonskontrollprogram er et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke infeksjon i institusjon. Dette innebærer også håndtering og oppfølging ved utbrudd av ulike infeksjoner. Overvåkingen er en systematisk innsamling, analyse og tolkning av data om infeksjoner og spredning. Dette gjøres slik at nødvendige smitteverntiltak kan iverksettes raskest mulig (Foreskrift om smittevern i helsetjenesten, 2005).

3.7 Pedagogikk

Grunnbetydningen av ordet pedagogikk indikerer lederskap, som betyr at man vil påvirke og endre mennesker. Dette gjøres ved å undervise, veilede og lære bort. Om man skal utøve pedagogikk på et profesjonelt plan, er det nødvendig med kunnskap fra mange områder for å forstå menneskers livssituasjon. Pedagogens ansvar er å anerkjenne og få frem pasientens tanker, følelser og intensjoner. For at det skal kalles pedagogisk arbeid må det være tre elementer: målgruppe, pedagog og innhold/egenskaper (Dalland, 2010).

3.7.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Alle helse- og sosialarbeidere er pedagoger. Man utøver pedagogiske prinsipper kontinuerlig, når man utøver sykepleie. Ved å dele personlige erfaringer og kunnskap med andre, og ikke minst når man bidrar til at andre finner sine iboende ressurser, er man pedagoger. Målet er ofte å hjelpe dem som befinner seg i en vanskelig livssituasjon til å mestre denne, livet og hverdagen. utfordringer knyttet til dette kan være å hjelpe pasienten til å forstå hva som skjer med dem, samt hjelpe dem til å utvikle egen handlingskompetanse (Dalland, 2010).

3.7.2 Undervisning

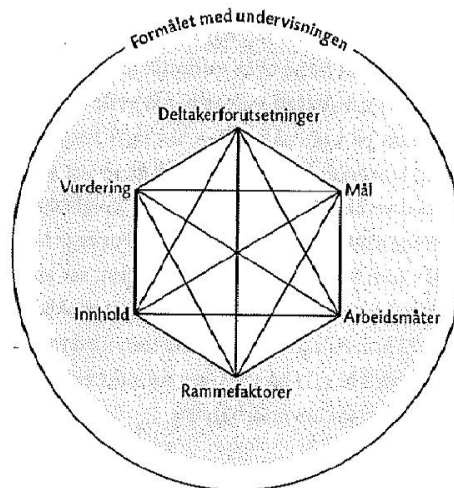
Med undervisning menes å utføre handlinger (Dalland, 2010). Undervisning er en viktig metode for å hjelpe andre til å tilegne seg ny kunnskap og nye ferdigheter (Kristoffersen, 2008). For at det skal bli kalt undervisning må pedagogen ha en slags eksklusiv autoritet.

Denne autoriteten må knyttes til læringsprosessen. For å ha autoritet holder det ikke med faglig kunnskap og innsikt. Man må i tillegg anerkjennes av den som skal undervises. Dette kan skje ved at den som skal undervises ønsker del i den kunnskapen sykepleieren har, eller ved at personen anerkjenner yrkesgruppen sykepleiere. Det er også satt fokus på at det å ha autoritet skilles fra det å være autoritær. ”Den som har autoritet, blir lyttet til i kraft av sin innsikt og kunnskap. Den som er autoritær, blir lyttet til av frykt for den makt vedkommende har i kraft av sin posisjon.” (Dalland, 2010, s. 105).

Videre er det sykepleierens ansvar å tilrettelegge for læring. Dette gjør man ved å anvende undervisning som pedagogisk metode. Ved risiko for sykdom er opplæring minst like viktig som den medisinske behandlingen. Opplæringen vil rettes mot pasient/pårørende, så de bedre kan mestre en ny livsstil som innebærer å forhindre sykdomsutvikling (Kristoffersen, 2008). Å forebygge infeksjoner gjøres ved at sykepleieren anvender sin pedagogiske funksjon som er undervisning av foreldrene/den voksne.

Pasientundervisning kan i stor grad handle om å undervise voksne, men også barn og ungdom (Kristoffersen, 2008). I følge Donaldson mfl. (referert i Kristoffersen 2008) er det beskrevet noen prinsipper for undervisning av voksne. Voksne er oftere motivert for å lære det de trenger å lære for å mestre livssituasjonen sin. Det blir derfor viktig å poengtere hvorfor noe er viktig. Videre er det viktig for voksne å være autonome, for å få en aktiv innstilling til det å lære. I tillegg har voksne en bagasje med erfaringer som de bringer med seg inn i undervisningen. Sykepleieren bør derfor bli klar over hvilken bakgrunnskunnskap den voksne innehar, så denne kunnskapen kan brukes i undervisningsopplegget. Voksne er også problemorienterte og oppgaveorienterte. Undervisningen må derfor ha direkte relevans til deres livssituasjon ved at den knyttes til konkrete problemer. De voksne blir motivert av sine indre behov og ikke av belønning. Det er derfor viktig å inkludere foreldrene i mål og innhold ved undervisningen. Hele opplegget må ha som grunnlag at man samarbeider med de voksne og at de selv får definere egne behov (Kristoffersen, 2008).

3.7.3 Den didaktiske relasjonsmodellen



Tabell 6.1 (Dalland, 2010).

Den didaktiske relasjonsmodellen er en modell som fanger opp de ulike faktorene som inngår i en konkret undervisningssituasjon (Kristoffersen, 2008). I dette tilfellet foreldre til premature barn. Med didaktikk menes undervisningslære. Det er den delen av pedagogikken som har med formidling av kunnskap å gjøre. Didaktikk omhandler sammenhengen mellom undervisningens, begrunnelse, innhold og gjennomføring (Tjeldvoll & Skagen, 2011). Den didaktiske relasjonsmodellen er formet som en sekskant med seks komponenter rundt seg. Disse er: deltagerforutsetninger, mål, arbeidsmåter, rammefaktorer, innhold og vurdering. Hvilke av de seks punktene som er viktigst avhenger av situasjonen og sammenhengen. Det er derfor viktig å tenke over alle forhold som kan påvirke undervisningen i en positiv eller negativ retning (Kristoffersen, 2008). Modellen understreker betydningen av helhetstenkning, og viser hvordan de ulike kategoriene spiller sammen og er avhengig av hverandre (Dalland, 2010).

Med deltagerforutsetninger menes de forutsetninger den voksne har for å bli undervist. Dette er en kartleggingsfase, hvor man blir kjent med foreldrene. Alle har forskjellige forutsetninger for å lære. Alt fra dagsform til intellektuell kapasitet er forutsetninger som sykepleieren må ta hensyn til. Situasjonen foreldrene er i kan være ny, uvant og stressende. Dette kan føre til

begrensinger som de ikke har hatt tidligere (Dalland, 2010). I dette tilfellet ser vi dagsformen til foreldrene som aktuell og ikke deres intellektuelle kapasitet. Intellektuell kapasitet, og hva det innebærer tolker vi Dalland (2010) dit hen, som kognitive begrensninger for å lære. Dalland (2010) viser til et eksempel med en tidligere rusmisbruker hvor den intellektuelle kapasiteten er redusert grunnet misbruket. Dette er ikke aktuelt for vår oppgave.

I Kristoffersen (2008) nevnes syn og hørsel som andre forutsetninger sykepleieren må ta hensyn til for at undervisningen skal tilpasses den enkelte. Det står også om sykepleierens forutsetninger for å undervise. ”Sykepleierens forutsetninger vil påvirke kvaliteten i undervisningen.” (ibid, s.247). I dette tilfellet er forutsetningene til sykepleieren kunnskap om premature og forbygging av infeksjoner, samt tidligere undervisningserfaringer.

Mål i den didaktiske relasjonsmodellen kan deles inn i tre. Disse tre er: kunnskap, ferdighet og holdningsmål. Ved hvert av disse kan man se for seg en trapp med tre steg, hvor vanskelighetsgraden øker for hvert steg. Ved kunnskapsmål er det første steget å kjenne til det temaet det skal undervises i. På steg to har man kunnskap om og forstår betydningen av temaet man allerede kjenner til. På steg tre anvender man den kunnskapen man har og vurderer den. Det første steget ved ferdighetsmål går ut på at man utfører noe under veiledning. Steg to er å utføre noe selv, mens steg tre er å mestre situasjonen man utfører. Ved holdningsmål er steg nummer en å vise interesse for eller ønske og utvikle nye holdninger. Steg to går ut på at man ser viktigheten av noe og er bevisst på det. Steg tre er at man tar konsekvensene av noe (Kristoffersen, 2008).

Arbeidsmåtene skal også samsvare med målene i undervisningen. Målene kan deles inn i formål og delmål. Formål er hovedmålet, og det nås gjerne via flere delmål. Målene må være oppnåelige, og praktiske mål må vises fysisk for at de skal oppnåes. Som pedagog er det viktig å stimulere foreldrenes sanser i arbeidsprosessen. Syn, berøring og hørselsans bør inngå i arbeidsmåten. Man bør også vise til noe skriftlig materiell. Alle aktuelle pårørende bør inkluderes i undervisningen for å gi økt trygghet (Kristoffersen, 2008).

Med rammefaktorer menes når og hvor undervisningen skal utføres. Ved undervisning på sykehus, bør opplegget legges til et rolig sted. Kveldsvakter er i mange tilfeller roligere enn dagvakter (Kristoffersen, 2008).

Innholdet i undervisningen bestemmes av målene, og de må individualiseres og tilpasses til hver enkelt. Innholdet skal sørge for at målene blir nådd (Kristoffersen, 2008).

Det siste punktet i den didaktiske relasjonsmodellen er vurderingspunktet. Dette punktet innebærer å kontrollere hva foreldrene faktisk har lært. Er målene nådd eller ikke? Denne kontrollen kan utføres på ulike måter. For eksempel ved å stille spørsmål, få dem til å vise hva de har lært eller ved å utgi et spørreskjema. Dette for at sykepleieren skal få en tilbakemelding om undervisningen har vært vellykket (Kristoffersen, 2008).

3.8 Sykepleieteoretiker Dorothea E. Orem

Dorothea Orem var en fremtredende forfatter som har hatt stor innflytelse på sykepleiertenkning i mange forskjellige land. Hun har utviklet sin egen sykepleierteori hvor begrepene egenomsorgsbehov og kapasitet er sentrale. Når pasienten ikke har tilstrekkelig ressurser til egenomsorg, må sykepleieren kompensere for det pasienten ikke kan gjøre. Disse kompensasjonene er nødvendige for å understøtte normale kroppslige prosesser og funksjoner (Kristoffersen, 2008).

Under egenomsorgsbehov er det tre ulike kategorier. Disse tre er: de universelle egenomsorgsbehovene som er felles for alle, de utviklingsrelaterte behovene som er knyttet til livsfasen pasienten er i og egenomsorgsbehov knyttet til pasientens helsesvikt (Kristoffersen, 2008).

De universelle egenomsorgsbehovene er delt inn i seks punkter. Nummer en er å opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat. Nummer to er å ivareta tiltak knyttet til eliminasjonsprosesser og eliminasjon av kroppens avfallstoffer. Nummer tre er å opprettholde

balansen mellom aktivitet og hvile. Nummer fire er å opprettholde balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt. Nummer fem er å motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære, og nummer seks som går ut på å fremme normalitet (Kristoffersen, 2008). Punkt nummer to og fem finner vi aktuelle for vår problemstilling, etter å ha lest om alle seks.

Det å ivareta eliminasjonsprosesser og eliminasjon av kroppens avfallsstoffer går blant annet ut på å utføre tiltak på kroppens overflate og nødvendige hygieniske tiltak i miljøet. Det å motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære går ut på å være oppmerksom, sette i gang forebygging og fjerne det som eventuelt kan true pasienten. Dette krever at man har omfattende fagkunnskaper om for eksempel forebygging av infeksjoner (Kristoffersen, 2008).

Under utviklingsrelatert egenomsorg, taes det hensyn til livsfasen pasienten er i. Målene er de samme, men tiltakene for å nå målene endres etter hvor i livet pasienten er. For eksempel kreves det ulike handlinger for å dekke ulike behov ved ulik alder. Egenomsorg knyttet til helsesvikt dreier seg om å forebygge følgetilstander og negative konsekvenser av tilstanden til pasienten (Kristoffersen, 2008).

Med egenomsorg menes pasientens evne til å ta vare på de funksjonene som er nødvendig for å leve og overleve. Videre ser Orem de fysiske, psykiske og åndelige behovene under ett, hvor omsorg er alle de handlingene man utfører for å kunne opprettholde liv og for å kunne utvikle seg på en naturlig måte. Egenomsorg er med andre ord handlingene pasienten selv tar initiativ til for å opprettholde liv, sunnhet og velvære (Cavanagh, 1999). I denne oppgaven er pasientgruppen, (de premature), fullstendig avhengig av hjelp for å dekke sine egenomsorgsbehov for å forebygge infeksjoner.

Boken *Orems model i praksis*, skrevet av Cavanagh (1999), påpeker at hvis man anvender Orem`s modell i praksis, skal man være bevisst på hennes fire antagelser om menneskets natur. Disse fire antagelsene vil derfor bli presentert her.

Det første punktet omhandler at alle pasienter har potensial til å utvikle ferdigheter (intellektuelle og praktiske), og motivasjon som er nødvendig for å utøve egenomsorg og

omsorg for familiemedlemmer. Punkt to går ut på at det ikke finnes noen bestemt måte å dekke disse egenomsorgsbehovene på. Alle mennesker har ulikt syn på hva sine behov er, og hvordan de kan dekket. Under punkt tre står det at egenomsorgen har som forutsetning at pasienten erkjenner sitt behov for hjelp. Pasienten er også klar over hvilke handlingsmuligheter han/hun har. Til tross for dette kan pasienten velge å ikke ta initiativ til egenomsorgshandlinger, grunnet engstelse, frykt eller at andres hensyn er prioritert først. Det siste punktet omhandler at en hver pasient med et egenomsorgsbehov erkjenner dette behovet selv, og prøver å løse det. Når pasienten har funnet en løsning vil han/hun lage en egen rutine på utøvelsen av egenomsorgen (Cavanagh, 1999).

4 DRØTING

I drøftingsdelen vil problemstillingen bli forsøkt besvart gjennom den didaktiske relasjonsmodellen med underpunktene: deltagerforutsetninger, mål, arbeidsmåter, rammefaktorer, innhold og vurdering. Problemstillingen er:

”Hvordan kan sykepleiere anvende sin pedagogiske funksjon ovenfor foreldre for å forebygge infeksjoner hos premature barn?”

Dorothea Orem`s sykepleierteori og forskning vil bli presentert i drøftingen der vi finner den aktuell.

4.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er utformet med en sirkel som kalles ”formålsringen”.

Denne ringen understreker at man skal tenke over hva formålet med undervisningen er (Dalland, 2010). Formålet med denne undervisningen er å forebygge infeksjoner hos premature.

Som beskrevet tidligere er ikke immunforsvaret til premature ferdig utviklet, noe som gjør dem ekstra utsatte for infeksjoner. I tillegg har mange barn, som er født prematurt, behov for sondeernæring i en periode. Sondeernæring er en risikofaktor for infeksjoner i seg selv (Olsen, Reinholdt, Jensen, Andersen & Jensen, 2009). Infeksjonsforebygging er en sykepleieroppgave. Viktige forebyggende tiltak må derfor videreføres til foreldrene via undervisning, som er innledet i sykepleierens funksjons- og ansvarsområdet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008). Undervisningen skal bygge på kunnskapsbasert praksis som består av sykepleierens egne erfaringer, brukerkunnskap/medvirkning og forskningsbasert kunnskap (Korsvold, 2009).

Som nevnt tidligere er egenomsorg den evnen man har til å ta vare på de funksjoner som er nødvendige for å leve og overleve (Cavanagh, 1999). I dette tilfellet er det foreldrene som må dekke sitt barns egenomsorgsbehov.

Vi opplever at det å få et barn født prematurt (før uke 37) ikke er noe foreldrene forventer eller er forberedt på. Dette gjenspeiler seg i manglende bakgrunnskunnskap om stell av barn som er født prematurt. Det blir derfor sykepleierens oppgave å undervise foreldrene, så de får holdninger, kunnskap og ferdigheter de trenger for å forebygge infeksjoner hos sitt barn. Vi har bevisst valgt rekkefølgen holdninger, kunnskap og ferdigheter i drøftingen, da vi ser på foreldrenes holdninger som deres utgangspunkt for å lære. Dette fordi vi opplever i praksis at man må ha et ønske og en interesse for å lære, før man begynner å utvikle kunnskap og ferdigheter.

4.1.1 Deltagerforutsetninger

Forelderens forutsetninger for å lære er noe sykepleieren skal kartlegge før en undervisningssituasjon finner sted. Forutsetninger er dagsform, syn og hørsel (Dalland, 2010). For å ta hensyn til foreldrenes dagsform kan man stille seg selv noen spørsmål. For eksempel: er den voksne mottagelig for informasjon, og er dette den rette dagen å undervise på? Svaret kan være med på å bestemme lengden av undervisningen og graden av detaljer. Også ved svekkede sanser som syn og hørsel, burde undervisningen tilpasses. Dette kan gjøres ved å anvende lengre tid, fordi nedsatte sanser kan påvirke ens evne til å motta informasjon og evne til å følge gitt informasjon. I tillegg burde man tilpasse undervisningen etter den enkeltes utgangspunkt for å lære. Ved å gjøre dette tar man hensyn til foreldrene og deres mottagelighet akkurat der og da. Videre opplever vi at i en hektisk hverdag, kan det være utfordrende å ta slike hensyn. På den andre siden kan det å ikke ta slike hensyn føre til at foreldrene ikke når formålet med undervisningen.

Foreldrene og deres valg av mestringsstrategi, vil være med på å påvirke deres evne til å lære. Ved å velge en problemfokuset mestringsstrategi, har de et ønske om å lære for å få kontroll over egen livssituasjon. Ved fornektelse av situasjonen de er i, ser de ikke alvoret, og de vil heller ikke se nødvendigheten av å tilegne seg ny kunnskap om barnets tilstand (Kristoffersen, 2008). Men i følge Orem sin sykepleierteori, finner alle foreldre den motivasjonen som trengs for å utøve omsorg til det syke familiemedlemmet. Videre er alle familiemedlemmer villige til å utvikle intellektuelle og praktiske ferdigheter som trengs for utøve omsorg (Cavanagh

1999). I praksis har vi erfart at ikke alle foreldre tar del i sitt barns pleie. Noen distanserer seg fra barnet sitt og overlater stell til sykepleieren. Hvorvidt dette skyldes en ugunstig mestringsstrategi eller ikke, vil variere fra person til person. Vi opplever at alle foreldre har ulike måter å mestre en stressende og vanskelige situasjon på, men vi mener at det er sykepleierens ansvar å møte dem der de er.

Når det kommer til sykepleierens deltagerforutsetninger er det flere faktorer som spiller inn. Ens kunnskap om premature og forebygging av infeksjoner er grunnleggende kunnskap en må ha for å undervise (Kristoffersen, 2008). I tillegg kan det være gunstig at sykepleieren har undervist i liknende situasjoner, fordi det skaper en trygghet (ibid). Forskning har vist at sykepleierens holdninger til håndhygiene påvirker hvorvidt retningslinjene blir fulgt eller ikke. Blant annet var en årsaksforklaring til manglende håndhygiene, at huden på hendene ble irritert. En annen årsaksforklaring var manglende kunnskap om emnet. Etter disse funnene ble det satt i gang noen tiltak. Et av de tiltakene som hadde positiv effekt på forekomsten av nosokomiale infeksjoner var nettopp undervisning om håndhygiene til sykepleiere (Rogers, Alderdice, McCall, Jenkins & Craig, 2010). Vi ser viktigheten av at sykepleieren har gode holdninger rundt hygiene og innehar kunnskap om temaet, siden kunnskapen skal videreføres til foreldrene. Videre har vi erfart i praksis at personalet har lettere for å følge retningslinjer hvis det forekommer skriftelig dokumenterte resultater. Et eksempel er bruk av stellefrakk ved bleieskift. Uten skriftelig dokumentasjon på at det forebygger nosokomiale infeksjoner, kan det å ta på seg en stellefrakk ved eksempelvis hvert bleieskift/stell fort utebli. Vi ser også at foreldrene kan ha nytte av noe skriftelig dokumentert for å bli motivert til å lære om forebygging av infeksjoner.

4.1.2 Mål

Målene som settes bestemmer innholdet i undervisningen (Kristoffersen, 2008). Formålet beskriver undervisningens ”hvorfor” og kan nåes via flere delmål (Dalland, 2010). Formålet med denne undervisningen er som nevnt tidligere å forebygge infeksjoner hos barn født prematurt. Videre skal undervisningen inneholde nye holdninger, ny kunnskap og nye

ferdigheter som er vesentlige for å nå delmålene (Dalland, 2010). Delmålene kan endres etter hva foreldrene selv mestrer og etter hvilke begrensinger de har (Kristoffersen, 2008). Dalland (2010), påpeker at det er viktig å få foreldrene med i selve måldefineringsprosessen, fordi det vil skape et godt samarbeid mellom sykepleier og foreldre. Det å samarbeide er nedfelt i sykepleierens funksjons- og ansvarsområdet og skal derfor følges (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2008). Dalland (2010) påpeker at ved å samarbeide, arbeider man kunnskapsbasert ved å legge til rette for brukermedvirkning. På den andre siden står det i Dalland (2010) at til tross for at det er viktig å få med foreldrene i prosessen med å definere delmål, må sykepleieren ha det overordnende ansvaret. Dette er fordi det er sykepleieren som er pedagogen og som kjenner til situasjonen pasienten befinner seg i. Dermed er det sykepleieren som har en merviten og er i best stand til å definere behovet for undervisningen (Dalland, 2010). Det å sette mål er en todelt prosess, akkurat som Dalland beskriver. På en side er det sykepleieren som bestemmer at foreldrene skal lære seg og stille sitt barn som er selve formålet med undervisningen. På en annen side er det viktig at foreldrene er med på å definere delmålene, altså veien til formålet. Ved å la dem sette delmål jobber man kunnskapsbasert ved å tilrettelegge for brukermedvirkning. Denne brukermedvirkningen er viktig for videre samarbeid. Vi opplever at ved å samarbeide med foreldrene gir man dem mer ansvar. Dette ansvaret opplever vi er viktig for at foreldrene skal føle at det er sitt eget barn og ikke sykepleierens.

Mål kan deles inn i holdning, kunnskap og ferdighetsmål. Undervisningens varighet er med på å bestemme graden av vanskelighet. Ved kortere undervisning ligger målene på ett lavere nivå enn hvis undervisningen går over lengre tid (Kristoffersen, 2008). Et holdningsmål på steg en kan være at foreldrene er kjent med sykehusinfeksjoner. Et holdningsmål på steg to kan være at foreldrene ser viktigheten av smitteforebygging på sykehus. Steg tre kan være at foreldrene selv ønsker å lære og stille sitt barn ut fra hygieniske prinsipper for å forebygge infeksjoner. Ved kunnskapsmål kan steg en kan være å lære foreldrene om håndhygiene, rent, urent og beskyttelsesutstyr. På steg to lærer man betydningen av smitteforebygging. På steg tre anvender man kunnskapen man har lært om smitteforebygging og vurderer den aktivt. Et ferdighetsmål på steg en kan være at foreldrene utfører ett stell av sitt barn under veiledning. Et mål på steg to kan være at de utfører et stell på egenhånd. Et mål på steg tre kan

være at de mestrer stellsituasjonen, utfører det selv samt vurderer den. Med vurdering av stellsituasjonen tolker vi at foreldrene selv kritisk vurderer gjennomføringen av stellet. Fulgte man alle prinsippene man har lært? Må man planlegge bedre neste gang? Dette er to kritiske spørsmål de kan stille seg selv. Denne vurderingen er på det høyeste nivået i trappen og er ikke et realistisk mål for alle. Hvorvidt det er realistisk eller ikke kommer imidlertid helt an på ens deltagerforutsetninger.

Ett av kravene til rollen som pasient er å ville bli frisk (Dalland, 2010). I dette tilfellet er det foreldrene som skal ønske at sitt barn blir friskt. Denne viljen kan kobles opp til Orem sin sykepleieteori. I hennes teori er en av forutsetningene at alle mennesker har et potensial til å utvikle ferdigheter som kreves for å utøve egenomsorg (Cavanagh, 1999). Egenomsorg defineres i boken til Cavanagh (1999), som de handlingene en selv tar ansvar for nettopp for å opprettholde liv, sunnhet og velvære. Dette sier noe om at foreldrene må erkjenne sin situasjon og behovet for å utvikle nye holdninger, ny kunnskap og nye ferdigheter. Denne viljen settes som en forutsetning for at undervisningen skal bli vellykket. Vi opplever at foreldrene får den viljen og motivasjonen de trenger på ulike tidspunkter. Noen er motivert med en gang, mens andre trenger litt tid før de evner å lære noe nytt.

4.1.3 Arbeidsmåter

Arbeidsmåten man velger skal samsvare med målene som er satt. Dette for å få best mulig måloppnåelse. Det kan være hensiktsmessig å utføre undervisningen ved bruk av flere arbeidsformer. Ved å anvende varierte metoder, aktiverer man flere sanser. Disse sansene kan være syn, hørsel og/eller berøring. Ved i tillegg å vise til skriftlig materiell, kan undervisningen få en bedre sammenheng enn ved å kun undervise muntlig. For eksempel kan man vise til lysbilder, filmer, plakater og anatomiske modeller (Kristoffersen, 2008). Forskning viser til at sykepleieren er den som egner seg best til å gi informasjon når barnet er innlagt på nyfødttintensiv. Videre viser forskningen til gode resultater når foreldrene fikk tilgang til en mappe med nyttig informasjon. De kunne lese i mappen og legge til informasjon de fant nyttig. Dette førte til at foreldrene tok en aktiv rolle i sitt barns pleie som igjen førte til økt selvtillit. Artikkelen viste også at det temaet foreldrene prioriterte høyeste, var sykdom hos

sitt barn. Blant de mindre prioriterte temaene var hygiene (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones & Taylor, 2011). Det at hygiene kom som et mindre prioritert tema i forskningsartikkelen, tror vi kan ha en sammenheng med at foreldrene ikke er klar over at hygiene er en forebyggende faktor. Det blir derfor sykepleierens oppgave å formidle dette i en undervisningssituasjon slik at også foreldrene ser sammenhengen mellom manglende hygiene og sykdomsutvikling hos sitt barn.

Det er viktig å avklare på forhånd om det er gunstig å ha med flere foreldre på undervisningen eller ikke. På en side kan det gi økt trygghet ved at de kan snakke sammen om det de har lært. (Kristoffersen, 2008). På en annen side kan det å være flere føre til at undervisningen blir litt for generell og dermed lite individualisert. I følge Orem sin modell i Cavanagh (1999), knyttes egenomsorgen til utviklingsrelatert omsorg. Med dette menes at menneskets behov endres i takt med den livsfasen man er i. I tillegg kan det å være i ulik alder skille ens behov fra en annens. Det å undervise flere foreldre på en gang kan derfor gi sykepleieren noen utfordringer. Sykepleieren må treffe flere personer med ulik bakgrunn/livsfasen og alder. Dette kan være et argument for å utføre en individuell undervisning. Man kan også tenke seg at en del av opplegget er felles, mens en annen del er individuell. Dette med tanke på at alle har forskjellige behov. Men også her må man være oppmerksom på om man ”treffer” alle dem man underviser. Dette kan imidlertid gjøres ved å stille oppfølgingsspørsmål underveis eller etter endt undervisning.

4.1.4 Rammefaktorer

Et sykehus er stort og bråkete med høyt tempo. Det kan derfor være hensiktsmessig at undervisningen foregår på de tidspunktene hvor avdelingen er roligst (Kristoffersen, 2008). Hvor undervisningen legges, mener vi kommer an på hvilke mål i undervisningen som skal nås. Hvis foreldrene skal lære om hygiene, kan undervisningen finne sted på foreldersamtalerommet eller et eget rom. Hvis derimot målet er at foreldrene skal utføre et stell, burde undervisningen foregå på selve avdelingen. Det er sykepleierens oppgave å legge til rette for at avdelingen er så rolig som mulig. For eksempel kan sykepleieren få en oversikt

over når barnas måltider på avdelingen er akkurat den dagen, slik at man unngår unødvendig mye støy og forstyrrelser. Vi opplever at dette hensynet ikke prioriteres i praksis. Hverdagen er hektisk og man kan lett bli blind på støy og uro.

4.1.5 Innhold

Innhold er det punktet i den didaktiske relasjonsmodellen som skal sørge for at målene nåes. Målene har, som nevnt tidligere, ulik vanskelighetsgrad. Hvilken grad et mål har vil være med på å bestemme innholdet i undervisningen og hvor omfattende undervisningen skal være (Kristoffersen, 2008). Videre er innholdet det som skal læres. Det kan være nye holdninger, ny kunnskap og nye ferdigheter. For at foreldrene skal få utbytte av undervisningen må innholdet tilpasses den enkeltes personlige erfaringer og private situasjon (Dalland, 2010). Under holdningsmål, ser vi at det er aktuelt å vekke en interesse hos foreldrene (Kristoffersen, 2008). Denne interessen tolker vi dit hen, som at foreldrene får et ønske om å lære og stelle sitt barn selvstendig. Det blir derfor viktig å undervise dem i hva som er spesielt med et barn født prematurt. Dette er for at de skal innse viktigheten av å forebygge infeksjoner hos barnet. Vi vil starte undervisningen med å fortelle de om det premature barnet. Dette er fordi vi opplever at foreldre ofte ikke forstår at deres friske barn er utsatt for infeksjoner, bare fordi det er født prematurt.

På en nyfødt intensiv avdeling ligger de mest utsatte pasientene med nedsatt immunforsvar. Ulike mennesker går inn og ut av avdelingen, i tillegg kan de innlagte barna ha smittsomme infeksjoner. Et barn som er født før gestasjonsuke 37 regnes som prematurt. Disse barna har et umodent immunforsvar, siden de ikke har rukket å få alle antistoffene de trenger fra mor. Huden er kroppens største organ og er ikke ferdigutviklet hos premature barn. Huden er derfor tynn og skjør, som fører til at de lettere får infeksjoner enn fullbårene barn.

Forskning viser til at forekomsten av nosokomiale infeksjoner har stor sammenheng med gestasjonsalder og barnets vekt (Olsen, Reinholdt, Jensen, Andersen & Jensen, 2009). For et barn som er født prematurt kan selv deres egne bakterier (normalflora), føre til en infeksjon (Vang, 2009). Premature er derfor ekstra utsatte for andre ukjente mikrober, og dette gjør at foreldrene og helsepersonell må være ekstra oppmerksomme på hygien. En infeksjon hos et

prematurt barn vil føre til forlenget liggetid og unødvendig lidelse for barnet. Vi mener derfor at det ikke bare er sykepleierens oppgave å forebygge infeksjoner, men også foreldrenes. Sykepleieren må vekke deres interesse for å lære om det spesielle ved sitt barn, og skape en interesse om å ønske og bli selvstendige i stellsituasjonen.

Under kunnskapsmålene er det aktuelt å undervise foreldrene i smitte og ulike smittemåter. De må også lære om håndhygiene, beskyttelsesutstyr og rent og urent. Når man skal undervise foreldrene om de overnevnte punktene, er det viktig å tilpasse informasjonen så den ikke blir for komplisert. Videre bør man tenke over at for mye fokus på hygiene kan gjøre foreldrene engstelig når de kommer hjem (Vang, 2009). Det kan derfor være aktuelt å konkretisere forskjellen mellom å være på sykehus og hjemme. Sykehusinfeksjoner er et utbredt problem (Stordalen, 2009). På sykehus er det flere smittsomme mikrober enn i hjemmet. Mange syke mennesker er samlet på ett sted, i tillegg til at mikrober kan forflyttes innad på avdelingen og imellom avdelinger via helsepersonell (Vang, 2009). På en annen side, finnes det flere tiltak som er viktige uansett om du er på sykehus eller hjemme slik som i hvilken rekkefølge man vasker barnet.

Mikrober omringer oss overalt og kalles smittestoff. For at smittestoffet skal føre til en infeksjon må det finnes en smittekilde, en smittemåte og til slutt en smittemottaker. Smittekilden kan være sykepleier og foreldre. Måten det kan smitte på er blant annet via kontakt, dråpe, luft eller fekal oral smitte. Smittemottakeren er i dette tilfellet barnet (Vang, 2009). Alle disse punktene kan kalles smittekjeden. For å forebygge infeksjoner må man gå inn i denne kjeden og bryte den. Barnet er allerede utsatt, og mikrober finnes overalt, spesielt på sykehus. Her er det smittekilden (foreldrene), som skal få kunnskapen til å drive forebyggende arbeid så smittemåten ikke finner sted. Vi opplever at foreldrene er klar over at et sykehus er et sted med masse bakterier. Til tross for dette har vi erfart i praksis at de ikke ser på seg selv som en smittekilde. De ser derfor ikke muligheten for at de kan smitte sitt ellers friske barn.

Håndhygiene er det mest effektive tiltaket som minsker risikoen for sykehusinfeksjoner og går under det man kaller personlig hygiene. Det er et enkelt tiltak, hvor man forebygger ved å

sprite hendene før og etter man er i kontakt med barnet. Hendene kan føre til kontakt smitte, direkte eller en indirekte. Ved direkte smitte, tar man på barnet med urene hender (ikke desinfiserte). Ved indirekte smitte menes smitte via gjenstander som, såper, instrumenter og salvekrukker. Ved synlige tilsølte hender med for eksempel avføring, skal hendene vaskes med såpe. Ellers er desinfeksjon det mest effektive middelet for å fjerne mikrober (Stordalen, 2009). Videre kan man si at håndhygiene omhandler retningslinjene om kortklippede negler, løst hår som skal settes opp, skjegg som skal trimmes og ingen bruk av smykker (ibid). Hvorvidt foreldrene skal følge de samme retningslinjene som sykepleieren kan diskuteres. Vi mener foreldrene skal følge de samme retningslinjene, mens barnet er innlagt på nyfødt intensiv avdeling. Dette fordi vi mener at håndhygiene omhandler neglene, da de er en grobunn for mikrober. Vi tror det vil være infeksjonsforebyggende å undervise foreldrene i disse prinsippene. På en annen side ser vi muligheten for at for mange retningslinjer og regler kan skremme foreldrene og dermed få motsatt effekt.

Beskyttelsesutstyr som hansker, stellefrakk og munnbind, kan være aktuelt å bruke ved stell av premature. Hansker anvendes ved for eksempel bleieskift, om barnet har en smittsom sykdom. Dette for å forebygge videre kontaktsmitte til andre barn.

Stellefrakk er en annen form for beskyttelsesutstyr som skal anvendes ved stell av barnet, for å forebygge kontaktsmitte. Dette er fordi man i løpet av en dag er i kontakt med flere mennesker og gjenstander, som vil føre til at tøyet/arbeidsantrekket blir forurenset. Disse mikrobene kan være sykdomsfremkallende hos barnet. Og som nevnt tidligere har premature umoden hud, som gjør de ekstra utsatte for egen og andres normalflora.

Munnbind er et effektivt beskyttelsesutstyr som skal anvendes ved forkjølelse eller hoste, for å forebygge infeksjoner hos barnet (Stordalen, 2009). Dette er kunnskap man som sykepleier må videreføre til foreldrene, siden munnbind ikke er noe man bruker til vanlig, men kun i spesielle tilfeller.

Det overnevnte beskyttelsesutstyret er ikke vanlig å anvende hos friske fullbårne barn.

Foreldre kan derfor mangle kunnskap om bruk av slikt utstyr. Å undervise i dette er derfor nødvendig. Mens man underviser, tror vi det er viktig at man tilpasser informasjonen. Med dette mener vi at man ikke overøser dem med kunnskap, da vi tror dette kan føre til engstelse og passivitet. Målet er at foreldrene skal ta del i sitt barns pleie. Vi tror derfor at det blir viktig

å undervise på en slik måte at man ikke skremmer foreldrene, men får dem interessert. Denne interessen tror vi kan føre til et større læringsutbytte.

Det siste punktet under kunnskapsmålene, er å undervise i rent og urent. Ved å skille disse to forebygger man kontakt- og fekal-oral smitte. Fekal-oral smitte vil si smitte fra eksempelvis barnets tarmflora, ved at man vasker først nedentil og så oventil. Eller ved at man ikke spriter hendene etter et bleieskift. Denne formen for smitte er ekstra farlig for premature grunnet deres mangel på magesyre. Ved denne mangelen, kan mikrober som ellers hadde blitt ødelagt av den lave pHen i magen, lettere vokse opp og føre til en infeksjon (Calisch, 2009). Å undervise foreldrene i rent og urent er derfor en viktig sykepleieroppgave. Grunnprinsippet er at man alltid skal starte å vaske på den reneste delen av barnet. Øyne først, så ansikt, kropp og til slutt nedentil. Ved vask nedentil, begynner man foran og avslutter bak. I følge Orem sin teori i Kristoffersen (2008), er det å fjerne kroppens avfallstoffer et tiltak som opprettholder barnets funksjon og velvære. Denne utførelsen er en del av ens universelle behov (ibid). Et nyfødt barn har ingen forutsetninger for å utføre dette behovet på egenhånd, og er derfor fullstendig avhengig av å få hjelp av sykepleier og foreldre.

Under ferdighetsmål, er det aktuelt å vise foreldrene et stell, som samsvarer med den kunnskapen de har lært. Videre bør man la dem utføre et stell på egenhånd så de til slutt føler at de mestrer stell situasjonen. I Orem's modell er det fire antagelser om menneskets natur. En av disse går utpå at alle ønsker å utvikle den ferdigheten som trengs for å utøve egenomsorg (Cavanagh, 1999). I dette tilfellet er det foreldre som skal lære ferdigheten å stelle sitt barn for å dekke barnets behov for omsorg. Videre er det en antagelse at alle erkjenner sitt problem, og prøver å løse det ved å lage seg rutiner på utøvelsen (ibid). Vi stiller oss litt kritisk til dette punktet i Orem sin modell, da vi har opplevd tilfeller hvor foreldre er passive når det gjelder stell av sitt barn. Til tross for dette ser vi muligheten for at sykepleieren ikke har vært inkluderende nok. Det er foreldrene sitt barn, og det er de som skal reise hjem med barnet. De har derfor et stort behov for å bli trygge og selvstendige før hjemreise.

4.1.6 Vurdering

Det siste punktet i den didaktiske relasjonsmodellen er vurderingspunktet. Her er det viktig å avklare om de oppsatte målene er nådd. Dette kan gjøres ved å stille spørsmål, levere ut avkryssingsskjema, eller ved at foreldrene demonstrerer den aktuelle ferdigheten (Kristoffersen, 2008). Hva slags vurderingsmåte man anvender burde avgjøres med foreldrene allerede i måldefineringsprosessen. Sammen blir man enige om undervisningens formål, læringsutbytte, hvilke muligheter man har for å lære mer, og om undervisningen har fungert etter hensikt (Dalland, 2010). På den måten arbeider man kunnskapsbasert ved å legge til rette for brukermedvirkning.

Ved å vurdere kontinuerlig om målene er nådd kan man oppdage om gitt informasjon er feiloppfattet. Dette kan sees i sammenheng med en av Orem`s antagelser om menneskets natur. Nettopp at alle mennesker vil lage seg en rutine på utførelsen av egenomsorg (Cavanagh, 1999). Med dette tolker vi at foreldrene eksempelvis lager seg en rutine på utførelsen av stell. Det kan derfor være nødvendig å vurdere utførelsen av stellet straks det finner sted før en rutine opparbeides. Dette kan sees i sammenheng med den didaktiske relasjonsmodellen hvor man hele tiden beveger seg mellom de ulike punktene. Hvordan man når formålet er individuelt og må tilpasses underveis. Ved å anvende den didaktiske relasjonsmodellen forebygger sykepleieren infeksjoner, ved å undervise foreldrene om det spesielle med deres premature barn. Gjennom hele modellen ser vi viktigheten av at sykepleieren har et godt samspill med foreldrene. Vi ser også viktigheten av at sykepleieren opptrer med en viss autoritet. Dette påpekes også i boken til Dalland (2010), som nevnt tidligere, hvor det å opptre med en viss autoritet skaper anerkjennelse fra foreldrene. Denne anerkjennelsen mener vi vil føre til bedre samhandling mellom sykepleier og foreldre, som igjen vil føre til en vellykket undervisning.

5 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å besvare problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleiere anvende sin pedagogiske funksjon ovenfor foreldre for å forebygge infeksjoner hos premature barn?”

I denne oppgaven har vi forsøkt å belyse problemstillingen ved å velge undervisning som sykepleierens pedagogiske funksjon. Den didaktiske relasjonsmodellen ble valgt som et pedagogisk undervisningsverktøy. Dette fordi vi opplever den didaktiske relasjonsmodellen som oversiktlig og lett anvendelig, noe som passer godt inn i en hektisk sykehushverdag. Den har få, enkle punkter, som må tilpasses situasjonen foreldrene befinner seg i. Videre har den ingen fast rekkefølge, men understreker betydningen av helhetstenkning (Dalland, 2010). De ulike punktene i modellen spiller sammen og er avhengig av hverandre (ibid). Videre opplever vi den didaktiske relasjonsmodellen som fleksibel og dermed aktuell for en nyfødtintensiv avdeling. På en nyfødtintensiv avdeling er det mange foreldre hvor alle befinner seg i ulike situasjoner som krever individualisert pleie. Ved å anvende den didaktiske relasjonsmodellen mener vi dette behovet for individualisert pleie kan opprettholdes.

Den andre delen av problemstillingen tar for seg foreldrene, og forebygging av infeksjoner hos det premature barnet. Det er sykepleieren som ser behovet for at foreldrene skal tilegne seg nye holdinger, ny kunnskap og nye ferdigheter, slik at de blir rustet til å drive forebyggende arbeid ovenfor sitt barn. Vi mener derfor det er viktig å inkludere foreldrene så mye som mulig i den didaktiske relasjonsmodellen. Denne inkluderingen burde starte allerede i måldefineringsprosessen. Ved å gjøre dette mener vi foreldrene vil føle seg mer delaktige i sitt barns pleie. Ved å inkludere dem opprettholder sykepleieren foreldrenes rett til brukermedvirkning. Dette mener vi er nødvendig for at undervisningen skal bli vellykket. Videre ser vi viktigheten av at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter for å få til en vellykket undervisningssituasjon, men dette er ikke belyst i oppgaven grunnet oppgavens omfang.

Avslutningsvis er det nedfelt i en forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, at det er sykepleierens oppgave å inkludere foreldrene i gjøremål de selv kan utføre hos barnet (Korsvold, 2009). Dette mener vi gjøres ved at sykepleieren anvender sin pedagogiske funksjon, og underviser foreldrene slik at de blir handlingskompetente og trygge på å pleie sitt barn på en infeksjonsforebyggende måte.

Litteraturliste

* Alsvik, K. (s.a). *Født for tidlig*. Lokalisert 19.01.12 på:

<http://prematuroforeningen.leikestova.org/>

* Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2010-000023.

* Børsting, T.E. (2009). Huden til det premature barnet - observasjon, vurdering og stell. I Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (s.80-88). Oslo: Cappelen.

* Calisch, T. E. (2009). Perinatale infeksjoner. I. Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 180-210). Oslo: Cappelen.

* Cavanagh, S.J. (1999). *Orems model i praksis*. København: Munksgaard.

* Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer: for helse- og sosialarbeidere*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag. s. 17-26, 104-124.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

* Folkehelseinstituttet, (2010). *Sykehusinfeksjoner – det du minst ønsker deg av sykehusoppholdet*. Lokalisert 26.01.12 på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:79395::1:5569:2:::0:0

Foreskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). *Foreskrift om smittevern i helsetjenesten* (2005-07-01). Lokalisert på <http://lovdata.no>

* Grønseth, R., Markestad, T. (2006). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget. S. 199-205.

* Hagerup, I. (s.a.) *Mauren*. Lokalisert 19.01.12 på:
http://www.norsknettskole.no/gs/view.cgi?&link_id=0.6814.795123&session_id=0

* Hansen, R. T.W. (2009). Vanlige problemer i nyfødtp perioden. I. Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 157-158). Oslo: Cappelen.

* Haugan, B., Tryti, U. (2009). Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling. I. Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 98-111). Oslo: Cappelen.

* Haugen, G. (2009). Fosterets vekst og utvikling. I. Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 86). Oslo: Cappelen.

* Høye, S. (27.01.2012). *Vitenskapsteori og kvalitativ/kvantitative data, forskningsmetoder og resultater*. [Forelesningsnotater fra fronter]. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

* Korsvold, L. (2009). Jus og nyfødtsykepleie. I. Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 20-27, s. 28-37). Oslo: Cappelen.

* Kristoffersen, J. N. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, J. N. (Red.), Nortvedt, F. (Red.), Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- * Kristoffersen, J. N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2008). Om sykepleie. I Kristoffersen, J. N. (Red.), Nortvedt, F. (Red.), Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1.* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
 - * Kristoffersen, J. N. (2008). Stress, mestring og endring av livsstil. I Kristoffersen, J. N. (Red.), Nortvedt, F. (Red.), Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3.* (s. 240-260). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
 - * Lindskog, B.I. (2007). *Store medisinske ordbok.* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske. s. 4, 35, 93, 242, 350, 351, 417, 433 & 447.
 - * Olsen, A.L., Reinholdt, J., Jensen, A.M., Andersen, L.P & Jensen, E.T. (2009). Nosocomial infection in a Danish Neonatal Intensive Care Unit: a prospective study. *Acta Pædiatrica*, 1294-1299. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01322.x.
 - * Rogers, E., Alderdice, F., Mccall, E., Jenkins, J., & Craig, S. (2010). Reducing nosocomial infection in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 23(9), 1039-1046. doi: 10.3109/14767050903387029.
- Smittevernloven, LOV-1994-08-05-55. (1995). Lokalisert på: <http://www.lovdata.no>
- * Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk.* (5.utg.) Oslo: Gyldendal norsk forlag. s. 157-161.
 - * Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare. Smittevern og hygiene.* (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget. S. 11-18, s. 37-53, s. 55-62, s. 81-105.
 - * Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie I: Syke nyfødte og premature barn.* (s.222-243). Oslo: Cappelen.

- * Tandberg, B. S & Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen. s.11-19.

- * Tjeldvoll, A., & Skagen, K. (2011). Didaktikk. I. Tjeldvoll, A., & Skagen, K. (Red.). *Store norske leksikon*. Lokalisert på: <http://snl.no/didaktikk>

- * Vang, A.K.R. (2009). Hygiene. I. Tandberg, B. S., Steinnes, S. (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 51-63). Oslo: Cappelen.