



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse.

4 Bach

Marion Bakken og Hege Holmseth

Veileder: Bente Bjørslund

Bacheloroppgave i sykepleie

Effekten av kengurumetoden

The effect of kangaroo mother care

Antall ord: 12 654

Bachelor i sykepleie Basy 2012, heltid.

Våren 2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA x NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA x NEI



Figur 1. Høgskolestudent, av forfatteren, 2010. Brukt med tillatelse.

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

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme bruk av kengurumetoden for det premature barnet og deres foreldre?

Bakgrunn: Premature barn, er noe som vi mener det fokuserer lite på i sykepleierutdanningen. Etter å ha vært i praksis på nyfødt intensivavdeling, har vi fått sett viktigheten av å ha kunnskaper rundt dette. Vi fikk videre erfare hvor små tiltak som skulle til for å bedre det premature barnets vekst og utvikling, og fremme foreldrenes mestringfølelse rundt det å bli foreldre til et for tidlig født barn. Tiltaket var kengurumetoden.

Hensikt: Å beskrive hvordan sykepleier kan fremme bruk av kengurumetoden gjennom dialog, informasjon og veiledning. Vi ønsker å belyse de ulike effektene kengurumetoden har for det premature barnet og dets foreldre.

Metode: For å belyse problemstillingen er det benyttet forskning og faglitteratur. Vi har hentet litteraturen fra databaser og biblioteket. I drøftingen er det i tillegg benyttet erfaringer og egne meninger.

Resultat: Både forskning og litteratur kommer frem til at kengurumetoden har flere positive effekter. Sykepleier må gå i dialog med foreldrene, veilede og informere, for å fremme bruk av kengurumetoden. Det er også viktig å ta hensyn til de ulike familiers behov og bakgrunn.

Konklusjon: Det kan konkluderes med at kengurumetoden er et enkelt, trygt og positivt tiltak. Ut i fra forskning og teori ser vi at dialog, informasjon og veiledning er selve hovednøkkelen til et godt samspill, og til å fremme bruk av kengurumetoden.

Vi ønsker å takke vår veileder: Bente Bjørslund, for gode og konstruktive tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv	5
1.2 Personlig relevans	5
1.3 Hensikt og problemstilling	6
1.4 Oppgavens avgrensning, begrepsavklaring og disposisjon	6
2.0 Metodedel	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Presentasjon av forskning/selvvalgt litteratur	10
2.3 Kildekritikk	13
2.4 Etisk vurdering	14
3.0 Teoridel	15
3.1 Sykepleierteori	15
3.1.1 Florence Nightingale; The lady with the lamp	15
3.1.2 Sykepleieprosessen	17
3.1.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon	18
3.2 Det premature barnet	19
3.3 Familien i fokus	20
3.3.1 Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg - NIDCAP	22
3.4 Kengurumetoden	23
3.4.1 Retningslinjer på kengurumetoden i avdelingen	24
4.0 Drøfting	26
4.1 Se lille meg som ligger her, jeg vil lære deg å kjenne	27
4.2 Familien er en kenguru, oppi lommen ligger du, lukk ditt øye sov i fred, så varmt og godt et sted	32
5.0 Konklusjon	39
Referanse	40
Vedlegg 1	44
Vedlegg 2	45
Vedlegg 3	46

1.0 Innledning

Barns liv blir formet av hendene som holder dem, eller bærer dem. Noen barn blir båret helt inntil kroppen dagen lang. Noen får sove i sengen med foreldrene sine. Så lenge det er trygt, er forskning nå i ferd med å dokumentere at hudkontakt er det beste for barnet.

Kengurumetoden fokuserer på familiens ressurser, og gjennom den vil sykepleier kunne styrke foreldrenes omsorg for barnet.

1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven i et samfunnsmessig perspektiv

På verdens basis dør en million barn hvert år, som følge av at de fødes før termin. For tidlig fødte barn er den største årsaken til dødelighet blant nyfødte i verden, og den nest største årsaken til dødsfall blant barn under fem år. Tre av fire barn kunne vært reddet med enkle tiltak, der hudkontakt alene ville ha kunnet reddet mange av disse barna (World Health Organization, 2012).

15 millioner barn fødes for tidlig hvert år. 85 prosent av disse mellom uke 32 og 37, det vil si fem til ti uker for tidlig. Mens dødeligheten blant barn under fem år har gått gradvis nedover de senere år, så har andelen nyfødte som dør gått opp fra 38 prosent til 43 prosent. Mer enn 10 prosent av alle barn som fødes i verden fødes før termin, og andelen premature barn stiger i nesten alle land (World Health Organization 2012).

I følge Norsk folkehelseinstitutt (2014) ble det født 61.368 barn i Norge i 2012.

(Folkehelseinstituttet, 2014). I Norge fødes ca. 7 prosent av barna for tidlig. Dette utgjør ca. 4000 barn i året. De senere år har sjansen for å overleve i Norge økt betydelig ved for tidlig fødsel. Av alle barn som fødes i Norge, innlegges ca. 10 prosent av disse i nyfødtintensiv avdeling. Dette er barn som er født fra rundt 24 svangerskapsuke, til det fullbårne barn. Felles for disse barna er en medisinsk utredning og behandling som kan medføre smertefulle påkjenninger (Helse-og omsorgsdepartementet, 2008).

1.2 Personlig relevans

Vi har valgt å skrive om/fordype oss i temaet effekten av kengurumetoden. En av oss har vært i praksis på en nyfødt intensivavdeling, hvor de praktiserte, og hadde fokus på nettopp kengurumetoden. Dette temaet er noe som interesserer oss, og er noe vi kunne tenke å fordype oss i. Vi har begge egen erfaring med premature. En har hatt premature barn selv, og den

andre har hatt premature barn i familien. Vi vet det finnes mye oppdatert forskning rundt premature barn generelt, og også om kengurumetoden, samspill og sykepleie til premature barn. Sykepleie til premature barn er kjempe viktig, og er et tema det fokuseres mye på i praksis. Dette er en pleie og behandlingsmetode som i dag har et stort fokus, og blir igangsatt og fulgt opp av sykepleiere verden over.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at tilknytningen mellom det premature barnet og deres foreldre fremmes og utvikles, med hovedfokus på kengurumetoden og sykepleierens rolle rundt dette. Det er viktig å belyse dette temaet fordi det har stor betydning for menneskene som er i disse situasjonene, både med tanke på barnet, og foreldrene, og sykepleierne, som ønsker å gi sykepleie av god kvalitet. Vi vil i all hovedsak ta for oss de elementene som har betydning for kengurumetoden, der hensikten er å fremme velvære hos barnet, fremme kroppsvarme, stimulere respirasjon og sirkulasjon, fremme amming, smertelindring, stimulere foreldre og barn- tilknytning.

Som tema har vi valgt kengurumetoden hos det premature barnet og deres foreldre. Ut i fra dette har vi følgende problemstilling: *Hvordan kan sykepleier fremme bruk av kengurumetoden for det premature barnet og deres foreldre?*

1.4 Oppgavens avgrensning, begrepsavklaring og disposisjon

Ut i fra vår problemstilling tenker vi å ha fokus på det premature barnet og dets foreldre på en nyfødt intensivavdeling. Vi vil legge vekt på sykepleieprosessen som omfatter samhandling og problemløsning, der vi tar for oss sykepleierens pedagogiske funksjon og konkrete tiltak for å kunne veilede foreldrene til bruk av kengurumetoden med det premature barnet. Målet vil være å fremme barnets, og foreldrenes egne ressurser, for å kunne mestre utfordringer ved det å være prematur, og det å få et prematurt barn. For å gjennomføre dette, er det nødvendig at vi forstår hva det vil si å yte god sykepleie til dette barnet og dets foreldre. Vi har valgt sykepleieteoretiker Florence Nightingale som utgangspunkt for oppgaven, der hennes teori vil bidra til økt kunnskap om hvordan vi kan hjelpe barnet og foreldrene til å styrke/forstå naturens kraft i kenguruposisjon på foreldrenes bryst. Dette tror vi vil bidra til at barnet vil oppnå fysisk kontakt med foreldrene, slik at arbeidet med å opprette et godt samspill og nærhet mellom det premature barnet og foreldrene, kan starte umiddelbart etter fødselen. På bakgrunn av dette kan det fokuseres på kengurumetoden (Markestad, 2008).

I teoridelen, har vi valgt å ta for oss fire kapitler: sykepleieteori, det premature barnet, familien i fokus og kengurumetoden. Vi vil drøfte teorien for å besvare problemstillingen, med selvvalgt litteratur, pensumlitteratur, egne erfaringer og meninger. Drøftingen har vi valgt å dele inn i to kapitler med en innledende case. I det første kapitlet tar vi for oss det premature barnet, veiledning til foreldrene, samspill og sykepleierens pedagogiske funksjon. I det andre kapitlet tar vi for oss ulike effekter av kengurumetoden.

Oppgaven avsluttes med konklusjon, der vi vil reflektere over hva vi har lært, og hva vi har kommet fram til i drøftingen.

2.0 Metodedel

Metoden forteller oss noe om hvordan vi ønsker å gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, den er redskapet i vårt møte med noe vi ønsker å undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Vi starter med å formulere en problemstilling. For å få svar på problemstillingen, har vi funnet den aktuelle litteraturen vi ønsket å anvende (Dalland, 2012).

De ulike metodene vi ønsker å se nærmere på er kvalitative og kvantitative metoder.

Kvantitative metoder gir ofte data i form av målbare enheter, og gir oss muligheten til å for eksempel regne på gjennomsnittet av data som er funnet. Forskeren ser undersøkelsen utenfra og søker avstand til undersøkelsesobjektet. Man samler lite data om mange forskningsobjekt, og finner det gjennomsnittlige gjennom spørsmålsskjema med svaralternativer og observasjoner som er strukturerte og systematiske (Dalland, 2012).

Kvalitative metoder tar sikte på å fange opp for eksempel meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle i tall. Datasamlingen skjer i direkte kontakt med det aktuelle feltet og man samler mye data om få forskningsobjekter. 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).

2.1 Litteratursøk

Etter utarbeidet problemstilling, ble det formulert ulike søkeord, som utgjør en grunn til litteratursøkingen. Vi valgte å bruke databaser som Up To Date, PubMed-fulltekst og Ovid Nursing. Søkeordene som er brukt, er utarbeidet på eget pico-skjema (se vedlegg 1).

Det var store variasjoner på antall treff på de ulike databasene. På databasen Up To Date, brukte vi søkeordene: premature infants and kangaroo mother care. Det kom opp en del artikler, men ingen relevante artikler til oppgaven, og det var mest treff på fakta og fagartikler, ikke forskning. Det var litt vanskelig å lese seg gjennom resultatene også.

På SveMed+, kom det ikke opp noen treff på søkeordene: kangaroo care and preterm infants. Vi valgte derfor ikke å bruke denne databasen.

På databasen PubMed-fulltekst, fikk vi mange treff på ulike søkeord. Benyttet først søkeordene: Premature infants and Kangaroo mother care, fikk 191 treff. Spisset søket litt ved å bruke søkeordene: premature infants and effect of kangaroo mother care, fikk da 35 treff. Valgte å sortere ut de nyeste, leste gjennom de øverste og de med fulltekst. Artikkene vi leste gjennom omhandlet ulike effekter av kengurumetoden, som blant annet smerter og ammeproduksjon. Fant artikkel vi har valgt å bruke om premature barn og effekten av kengurumetoden ved smertefulle prosedyrer (artikkel nummer 1).

Den neste artikkelen vi søkte etter, skulle omhandle amming. Brukte også her PudMed-fulltekst med søkeordene: kangaroo care, preterm infants and breast feeding, fikk 73 treff. Vi valgte ut de nyeste og begynte å lese de øverste. Mange av artikkene var låste med tilgang hjemmefra, så valgte å fortsette å lese oss nedover, for å se om noen av de andre artikkene var aktuelle. Fant da en artikkel vi mener belyser effekten av kengurumetoden og ammeproduksjon (artikkel nummer 4).

Vi ønsket å ha med oss flere artikler rundt kengurumetoden, og valgte derfor å søke etter artikler om kengurumetoden og samspill. Brukte også her PubMed-fulltekst, og brukte søkeordene: kangaroo care and interaction. Fikk 23 treff med fulltekst, leste den øverste, og leste sammendraget. Denne virket aktuell, selv om den var låst, fikk vi hentet den ut på biblioteket på skolen. Denne artikkelen var veldig aktuell, så valgte å ikke lese videre nedover på treffene våre. Artikkelen var hentet fra Infant Mental Health Journal (artikkel nummer 2).

Vi ønsket også å finne artikler som omhandlet effekten av kengurumetoden og bedring av vitale tegn. Brukte søkeordene: effect of kangaroo mother care and preterm infants. Fikk 19 treff med fulltekst på PubMed-fulltekst. Leste oss igjennom de nyeste og øverste, og endte opp med en artikkel som belyste nettopp effekten av kengurumetoden og bedring av respirasjon og sirkulasjon (Artikkel nummer 3).

På Ovid-nursing brukte vi søkeordene: Neonatal and family care, fikk 4 treff. Leste gjennom disse og endte opp med en artikkel som omhandler hvilken effekt familie basert omsorg har på foreldre og barn (artikkel nummer 5).

Alle artikkene vi fant var kvantitative artikler. De aller fleste artikkene vi leste gjennom på alle databasene var kvantitative. Dette fordi det er forsket mye på effekten rundt

kengurumetoden, og ikke så mye rundt enkelt individers erfaringer og meninger. Vi hadde derfor valgt å bruke kvantitative artikler i hovedsak, og bruke erfaringer og praksis i drøftingen vår. Vi kom senere over en kvalitativ artikkel på sykepleien.no, som brukes i drøftingen (artikkel 6).

Vi fikk i praksis utdelt informasjonsskriv om NIDCAP-modellen. Vi tenkte vi skulle dra på sykehuset for å få kildene til denne, da vi kom over den samme NIDCAP-modellen i en annen oppgave. Fant derfor linken til NIDCAP-modellen der, har tatt bilde av kilden til den andre oppgaven (se vedlegg 2), og legger inn URL-adressen i referanselisten.

Vi fikk også utdelt retningslinjer på kengurumetoden, og prosedyren på kengurumottak i praksis. Disse er også referert til i referanselisten.

Håndboken i samspillveiledning som blir brukt i oppgaven, ble også utdelt i praksis, denne refereres det også til i referanselisten.

Den selvvalgte litteraturen utenom artiklene og pensumlitteratur vi har valgt å bruke, er ulike bøker vi mener passer til oppgaven vår (se vedlegg 3). Bøkene som ble brukt er blant annet *Nyfødt sykepleie 1 og 2*. Disse bøkene omhandler både det å være sykepleier på en nyfødt intensivavdeling, det å være foreldre til premature/syke nyfødte, samspill, kengurumetoden og hva et prematurt barn er. Disse bøkene har vi brukt mye i oppgaven vår. Boken: *Den vet best hvor skoen trykker*, ble brukt både i teorien og i drøftingen om sykepleierens pedagogiske funksjon. Boken: *pedagogikk i sykepleiepraksis*, omhandler sykepleierens pedagogiske funksjon, foreldreveiledning og undervisning. Dette er bøkene det er lagt mest vekt på av selvvalgt litteratur i oppgaven.

2.2 Presentasjon av forskning/selvvalgt litteratur

Vi har valgt å ta med seks forskningsartikler som belyser problemstillingen vår. Artiklene tar for seg ulike effekter av kengurumetoden; samspill, smerter, amming og bedring av vitale tegn. Forskningen underbygger teorien som vi har valgt, og er både av kvalitativ og kvantitativ metode. Vi har også valgt bøker som omhandler premature barn, kengurumetoden, familie basert omsorg og sykepleieteori, samt fagartikler, stortingsmelding, helsedirektoratets retningslinjer og prosedyre.

Artikkel 1: Kangaroo Care Modifies Preterm Infant Heart Rate Variability in Response to Heel Stick Pain: Pilot Study (Cong, Lundington-Hoe, McCain, Fu. 2009,).

Artikkelen er en kvantitativ pilotstudie fra 2009 fra USA, som tar for seg fjorten premature barn født mellom gestasjonsalder 30-32. Undersøkelsen tar for seg forskjellen mellom bruk av kengurumetoden, versus kuvøse, under smertefulle prosedyrer som blodprøvetaking i foten. Studien undersøker om Kengurumetoden har effekt på hjerterefrekvens, gråt, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens under blodprøvetaking i foten. De premature barna opplever i gjennomsnitt 10-16 smertefulle prosedyrer i løpet sine første levedager, og blodprøvetaking i foten var den vanligste og mest smertefulle prosedyren. Premature barn tolererer smerte dårligere enn fullbårne barn, og hele 30-50 % dårligere enn voksne og eldre barn. Det er ukjent om Kengurumetoden har effekt på det autonome nervesystemet, men metoden har en positiv effekt på hjerterefrekvensen, oksygenmetningen og gråt. Barna som lå i kenguru under utføring av prosedyren, hadde markant lavere hjerterefrekvens, kortere gråt og hadde høyere oksygenmetning.

Artikkel 2: Effects of Kangaroo Mother Care On maternal mood and interaction Patterns between parents and their Preterm, Low birth weight infants: A systematic Review (Athanasopoulou, Fox, 2014).

Artikkelen er en kvantitativ studie gjort i England i 2014. Det å bli foreldre til et for tidlig født barn, kan være en utfordring. Spesielt mor, kan få negative følelser og depresjoner etter en prematur fødsel. Hensikten med den systematiske forskningen, var å undersøke om kengurumetoden hadde noen effekt på mors psykiske helse, og samspillet mellom foreldre og deres fortidig fødte barn og Sga (low birth weight) barn. Artikkelen inneholder resultater fra 13 studier som er gjort rundt temaet. 9 av artiklene omhandler effekten av kengurumetoden og mors psykiske helse. 5 av artiklene viser at kengurumetoden hadde en god effekt. Studier viser at foreldre som har barnet mye i kenguru, raskere får en god tilknytning til barnet, og et bedre samspill. Foreldrene blir tryggere på foreldrerollen, og mindre stresset når de ikke var rundt barnet.

Artikkel 3: Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants (Mitchell, Yates, Williams, Hall, 2013).

Dette er en kvantitativ kontrollert studie gjort i USA i 2013. I USA er 12,3 % av fødselen premature fødsler, hvor 2,87 % av disse er barn født før gestasjonsuke 34. Det blir årlig født rundt 64.000 premature med en fødselsvekt under 1500 gram. Mange premature barn har

behov for respiratorisk hjelp og kuvøse, de kan også ha vanskeligheter med å holde temperaturen. Studien tar for seg 38 premature barn født i gestasjonsuke 27-30, og undersøker effekten av daglig kenguruomsorg på barnas vitale tegn, som respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, hjerterefrekvens, og temperatur. 19 av barna hadde daglig kenguruomsorg minimum 2 timer daglig, mens de andre 19 kun lå i kuvøse med 15 minutters hudkontakt. Barna ble kontinuerlig observert mens de lå i kenguru, og vitale parametere ble målt hvert 30. minutt. Forskningen viser at de barna som fikk mer kenguruomsorg, hadde markant mer stabil temperatur og respirasjonsfrekvens, og både hjerterefrekvensen og oksygenmetningen steg.

Artikkel 4: The effect of Kagaroo Mother Care on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge (Heidarzadeh, Hosseini, Ershadmanesh, Tabari, Khazae, 2013).

Dette er en kvantitativ studie som er gjort i Iran. Den tar for seg 251 mødre og deres barn i en periode fra mai 2008 - mai 2009. Studien er gjort på nyfødtintensiv avdeling i Alzahra University Hospital in Tabriz. Studien går ut på å undersøke effekten av kengurumetoden og amming. Av de 251 mødrene, var det 157 som valgte å bruke kengurumetoden, mens de resterende 98, ønsket ikke å bruke metoden. Av de 157 mødre, var det også 14 fedre som avlastet mødrene ved å ha barna i kenguru. Gjennomsnittlig startdag på kenguru-metoden var 7. levedag, og gjennomsnittlig gestasjonsalder ved fødsel var 32 uker. Resultatet viser at 62,5 % av "kenguru-mødrene" full ammet ved utreise, mens fullamming hos de andre mødrene var på 37,5 %. Blant de mødrene som reiset hjem uten å amme, var det 53,6 % som ikke hadde brukt kengurumetoden, mens av "kenguru-mødrene" var det kun 2,1 % som dro hjem uten å amme. Av de barna som dro hjem med både flaske og amming, var 35,4 % "kengurumødre", mens kun 8,9 % mødre som ikke hadde brukt kengurumetoden. Konklusjonen i studien er at kengurumetoden, har en stor effekt på mødre og amming ved hjemreise fra en nyfødtintensiv avdeling.

Artikkel 5: Neonatal Family Care for 24 Hours per Day. Effects on Maternal Confidens and Breast-Feeding (Wataker, Meberg & Nestaas, 2012).

Dette er en kvantitativ forskning, gjort på Nyfødt intensiv avdeling i Tønsberg. Studien tar for seg familie basert omsorg, og effekten dette har på mors selvtillit og amming. Familie basert omsorg går ut på at foreldrene skal få all informasjon de trenger rundt barnet, og skal ta mest mulig del i den daglige omsorgen for barnet. Familie basert omsorg går også ut på å vare på familien som helhet. I studien ble 31 mødre tilbudt familie basert omsorg med eget familierom, mens 30 mødre ikke fikk det samme tilbudet. Studien kunne konkludere med at

selv om de fleste mødrene ammet ved hjemreise, var det 57% som ikke ammet etter 3 måneder, dette var de mødrene som ikke hadde fått tilbud om familierom og oppfølging. Av de mødrene som hadde fått tilbud om familierom og oppfølging, var det kun 26% som ikke ammet etter 3 måneder. Konklusjonen ble at familiebasert omsorg spiller en stor rolle på amming, og økt selvtilitt hos mødrene.

Artikkel 6: Stressfylt amming og samspill: Intervjustudie (Hvatum, Hjälmhult & Glavin 2014).

Artikkelen er en kvalitativ intervjustudie fra Norge, som tar for seg 12 individuelle intervjuer som omfatter mødrenes opplevelse av stressfylt amming, og samspill med sine barn. Henriksen med denne studien er å få økt kunnskap og forståelse for hvordan kvinner opplever stressfylt amming, og erfarer sitt samspill med barnet. Den konkluderer med stressfylt ammesituasjon påvirker samspillet mellom mor og barn. Samspillet og amming ble så stressfylt, at mødrene endte med å bruke flaske på barna.

2.3 Kildekritikk

Vi har hele tiden underveis i søkingen, satt oss noen kriterier ved funn av litteraturen. Artiklene må ikke være eldre enn 10 år, de skal være oppdaterte, fagfelle vurdert og relevante til problemstillingen. Vi fikk opp mange treff på de ulike databasene som ikke var relevante, eller som var for gamle. Når vi hadde funnet de artiklene som var relevante, gikk vi systematisk igjennom disse med et kritisk blikk, og leste gjennom sammendraget, resultatet, bakgrunnen og konklusjonen. Ut i fra dette, fikk man dannet et bilde på om artiklene var de vi ønsket å anvende. Mange av artiklene er engelskspråklige, og forskning rundt premature barn og kengurumetoden er stadig er under oppdatering. Det er forsket mer på effekten av kengurumetoden i andre land enn Norden. Våre artikler er derfor fra ulike land som Iran, USA, England, og Norge. Alle studiene er gjort på Nyfødt intensivavdelinger på sykehusene i de ulike landene.

Vi ser at sykepleie-arbeidet i Norge i forhold til ander land, kan være noe annerledes, men har likevel valgt å bruke disse artiklene. I for eksempel Iran, er ikke kengurumetoden en modell, men en selvfølge for alle mødre. Mange land har kommet lengere innen dette tema enn Norge, og i mange land er det en selvfølge for mor og far å bære barnet sitt i kenguru. Artiklene tar likevel for seg den gode effekten av kengurumetoden.

Artiklene er i hovedsak kvantitative, da det var mest forskning på kengurumetoden fra flere vinkler. Valgte egentlig ikke å lete etter en kvalitativ artikkel, men ønsket likevel å ha det med i oppgaven. Dette for å få frem enkeltindividets tanker og meninger.

Vi forstod innholdet i artiklene, brukte noe Google-translate for å oversette enkelte setninger, men hovedinnholdet gikk bra å lese, og vi forsto det engelske språket i teksten.

Engelskkunnskapen vår er god, og synes det er enklere å forstå språket når vi leser, enn når man kommuniserer. Vi har forsøkt å holde oss til primærkilder i oppgaven, men noen sekundær kilder er likevel brukt, da primærkilden ikke var lett å finne. De primærkildene som var å finne, var utlånt. Dette gjaldt spesielt boken om Nightingale. Artiklene våre er fra 2009, 2012, 2013 og 2014, artiklene er nye og oppdaterte, men det kan likevel være nyere og mer oppdaterte artikler i dag. Vi har en fagartikkel fra 2003 fra WHO, forsøkte å finne en oppdatert versjon, men dette fantes ikke. Artikkelen var likevel relevant for oppgaven, så vi valgte å bruke den.

Det må innrømmes at vi ikke brukte mange forskjellige søkeord, da søkeordene vi brukte kom frem til det vi tenker er gode artikler. Det var mye forskning på premature barn og kengurumetoden, det å velge ut de relevante var vanskelig. Likevel mener vi artiklene som brukes i oppgaven er gode, og belyser problemstillingen. I oppgaven er det også benyttet psykiatrisk sykepleie, det er derfor brukt noen psykiatri-bøker fra pensum. Disse bøkene er brukt i forhold til tilknytning og sykepleieprosessen.

2.4 Etisk vurdering

Da man skriver en oppgave, er det viktig å ta hensyn til å anonymisere pasient og tjenestested, personopplysninger, taushetsplikter, samtykker og formidling av forskningsresultater (Dalland, 2012).

Når man skriver en bacheloroppgave er det en del etiske hensyn man må forholde seg til, når det gjelder henvisning av litteratur. Skal man hen vise til andres arbeid, om det så gjelder bøker eller forskningsartikler, så må man respektere loven som beskytter forfatterne og deres verk. Dette gjøres ved å vise leseren hvor man har hentet opplysningene fra, altså fra hvilken bok eller artikkel, hvilket sidetall etc. Dette gjøres ved å følge skolens reglement for henvisning til litteratur. Det er viktig å hen vise til kilder på en tilfredsstillende måte, slik at leseren kan se hvor litteraturen er hentet fra (Dalland, 2012).

3.0 Teoridel

I teoridelen så vil vi ta for oss teoretiske aspekter som vi ser på som viktige for vår problemstilling. Teorien er hentet fra faglitteratur, selvvalgt litteratur og forskningen vi har funnet. Vi ønsker å ta for oss fire kapitler: Sykepleieteori, Det premature barnet, Familien i fokus og Kengurumetoden.

3.1 Sykepleierteori

Det er utarbeidet flere ulike sykepleieteorier. Disse teoriene har til hensikt å bidra til en felles forståelse av hva som kjennetegner sykepleie. Dette gjør de ved å klargjøre hva sykepleiere spesifikt skal befatte seg med. En sykepleieteori skal være nyttig i den praktiske utførelsen av sykepleie, da sykepleie først og fremst er rettet mot pasienten og pårørende som trenger hjelp. Teoriene beskriver og identifiserer sentrale sykepleiefenomener, slik at sykepleierens funksjonsområde blir tydeliggjort. Sykepleien fokuserer på de livsområdene sykepleiere retter fokus mot og har spesiell kompetanse til å ivareta (Kristoffersen N. J., 2008). Dette vil hjelpe oss i å begrunne hva sykepleie er og ikke er.

Menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv, der mennesker er avhengige av hverandre. Et barn er for eksempel avhengig av en mor og/eller en far. Sykepleierens pasientrettede funksjoner kan være forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende. Sykepleien tar sikte på at pasienten skal ha det bedre, slik at de helbredende kreftene får virke (Kristoffersen N. J., 2008). I all sykepleie til det premature barnet, vil valg og handlinger være svært avgjørende for et godt behandlingsresultat (Steinnes, 2009).

3.1.1 Florence Nightingale; The lady with the lamp

Vi har tatt utgangspunkt i Florence Nightingale, da hun var den første til å sette ord på hva sykepleie er, og hva sykepleiefokuset skal være. Hun var en pioner innenfor den moderne sykepleien, og blir historisk sett på som hun som utviklet den moderne og profesjonelle sykepleie (Karoliussen, 2011). Nightingale var en moderne og viljesterk kvinne, hun opplevde tidlig at hun fikk et spesielt kall til å vie sitt liv til de syke. Hun så fattigdommen i England, og det mest meningsfulle hun kunne tenke seg var å pleie de syke og fattige i det området hun bodde. Sykepleie var for Nightingale en kunstutøvelse som krevde en organisert, praktisk og vitenskapelig opplæring. Hun så nødvendigheten av kunnskap i møte med den syke, og

gjennom sitt arbeid skrev hun ned erfaringer. Det er disse konkrete erfaringene som har dannet grunnlaget for videre studier og kunnskapsutvikling (Mathisen, 2006).

Nightingale mente at statistisk bearbejdede observasjoner av pasienter, sykepleiere, miljø og resultatet av pleien, var veien å gå for å kunne skape det som i dag kalles for et tverrfaglig og helhetlig helsevesen. Hun påviste sammenheng mellom sykehusfødsler og høy barnedødelighet, noe som man i dag mener skyldtes smitte fra leger som ikke vasket hendene (Karoliussen, 2011).

Nightingales syn på sykepleiefunksjonen beskrives som:

"Sykepleie er å tilrettelegge forholdene i omgivelsene slik at naturen selv kan virke på mennesket og fremme reparerende og rehabiliterende prosesser" (Kristoffersen N. J., 2008, s. 22).

Nightingale legger hoved fokus på personen som er syk og de helbredende krefter som naturen har, der hun mener det er sykepleierens oppgave å understøtte disse kreftene. Videre påpeker hun viktigheten av personens samhandling med miljøet rundt seg, og mener sykepleieren skal beskytte pasienten i dette samspillet. Disse områdene som Nightingale peker på, viser seg å være viktig for både utvikling og helbredelse av sykdom. Hun viste oss at den indre kraft og forpliktelse kunne utrette fantastiske ting. Hun mente at ulike kunnskaper er nødvendig for å utvikle både intellektet og den moralske siden av personligheten (Karoliussen, 2011).

Nightingale ble verdensberømt for sitt arbeid under Krimkrigen for å reformere sykepleien og hygien i de britiske militære lasarett. Dødeligheten på sykehusene var veldig høy, og i tro mot sin overbevisning om betydningen av god hygiene, innførte hun bedre rutiner for rent drikkevann, rene klær, god rengjøring, gode toalettforhold og frisk luft. Sykehusenes hygieniske standard ble sterkt forbedret, der disse tiltakene førte til at dødsprosenten sank drastisk (Mathisen, 2006). Det er Nightingale som introduserte verden for hvor viktig det er for sykepleiere å observere. Observasjon har en sentral plass i hennes sykepleietenkning. Hun skrev detaljert ned alt hun observerte, og hvordan sykepleieren skal utføre korrekte observasjoner (Mathisen, 2006). Observasjon er selve grunnlaget for sykepleien av det nyfødte barnet på en nyfødt intensivavdeling (Steinnes, 2009).

3.1.2 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen kom til Norge på 1970-tallet (Mathisen, 2006).

En prosess kan forstås som en rekke handlinger som fører til et resultat (Mikkelsen & Hage, 2011).

Teorien ble utviklet etter systematiske studier som dokumenterte det som kunne betegnes som en god praksis i sykepleiefaget, og hva som var utilfredsstillende i praksisutøvelsen. Den hadde som formål å hjelpe sykepleierne til å finne en strukturert måte å utføre pleie på. Det ble lagt vekt på samhandlingsaspektet mellom sykepleier og pasient, der det viste seg at god praksis var å arbeide problemløsende. Det vil si at sykepleieren samlet data, satte mål og utførte nødvendige tiltak for å kunne løse pasientens problemer og evaluere resultatet (Mathisen, 2006). Sykepleieprosessen skal hjelpe sykepleieren til å arbeide målrettet og systematisk, der hver pasient skal få individuell sykepleie av god kvalitet (Hummelvoll, 2012).

Nightingale utførte systematisk innsamling og bruk av pasientinformasjon som et arbeidsredskap i klinisk praksis, men det var Hildegard Peplau i 1952, som var den første til å bruke uttrykket sykepleieprosess. Hun beskrev den som alt det som skjer mellom pasient og sykepleier, der hun la vekt på det mellommenneskelige forhold og samspillet mellom sykepleier og pasient (Rotegård & Solhaug, 2011).

Sykepleieprosessen som modell for sykepleierarbeid ble i 1954 utviklet av Ida Jean Orlando (Rotegård & Solhaug 2011). Hun definerer sykepleieprosessen som en refleksjon og bevisstgjøring over sykepleierens kommunikasjon med pasienten. Videre sier Orlando (1954) at prosessen består av en reflekterende dialog, som innebærer kommunikasjon med pasienten på ulike måter. Hovedmålet med dette er å sikre en bedre forståelse av pasientens situasjon, og dermed gi et bedre grunnlag for sykepleiefaglig vurdering og valg av tiltak (Eide & Eide, 2013).

Prosessen besto av en samhandlingsdel der sykepleieren var i en kontinuerlig dialog med pasienten for å sikre at det var pasientens individuelle ønsker og behov som ble ivaretatt. Ved å ha en systematisk måte å arbeide på, så vil sykepleiefaget synliggjøres. Dermed hadde sykepleieprosessen både et problemløsende og et mellommenneskelig aspekt, der den

mellommenneskelige delen sto like høyt som den problemløsende. Sykepleieren skulle ikke løse et problem for problemets egen skyld, men fordi det betydde noe for mennesket som trengte sykepleierens hjelp (Mathisen 2006). For sykepleieprosessen er det pasientens problemer og hvordan sykepleieren skal ivareta pasientens behov som går inn under arbeidsprosessen, der sykepleier er ansvarlig for at hjelpen har en helsefremmende karakter (Skaug & Andersen, 2008).

3.1.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Litteraturen sier at den pedagogiske funksjon til sykepleierne er viktig. Aktuelt lovverk forsterker denne viktigheten av at sykepleierne innehar ferdigheter knyttet til å kunne informere og undervise pasienter og pårørende. Når vi utøver sykepleie, utøver vi pedagogiske prinsipper kontinuerlig. Ved å dele kunnskaper og personlige erfaringer med andre, og kan bidra til at andre finner sine iboende ressurser, så er man pedagoger. Målet med den pedagogiske funksjonen er å hjelpe de som er i en vanskelig livssituasjon til å mestre denne, livet og hverdagen (Tveiten, 2013).

Begrepet pedagogisk er overordnet begrepet undervisende, og rommer mer. Pedagogisk virksomhet er mer enn bare undervisning, det inneholder også veiledning, instruksjon og evaluering, sykepleieren går i dialog med pasienten og deres pårørende. Dialogen er hovedformen i veiledning og for skapning av mening. Man oppnår en felles forståelse. Gjennom dialogen så styrkes foreldrenes kompetanse til å mestre situasjonen, og faktorer som påvirker deres premature barn (Tveiten, 2007). Ved å anvende undervisning som pedagogisk metode, så er det sykepleierens ansvar å tilrettelegge for læring. Opplæring ses på som viktig, og rettes mot foreldrene til det premature barnet, slik at de bedre kan mestre det å få et for tidlig født barn (Tveiten 2013).

Videre definerer Tveiten (2013, s.30): "at sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for. Dette har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger". Disse begrepene nevnt over er noe diffuse og krever konkretisering for å bli meningsfulle.

3.2 Det premature barnet

En graviditet varer normalt i 37-42 uker, med et gjennomsnitt på 40 uker. Et barn som fødes i denne perioden regnes som fullbårent. Barn som er født før svangerskapsuke 37, også kalt gestasjonsalder, betegnes som premature. Begrepet prematur har sin opprinnelse fra latin, og betyr før moden, altså før barnet er modent (Saugstad, 2009).

Hvordan kan fosteret vite at tiden er inne for at det skal ut av morens kropp og starte et eget liv? Hvorfor noen barn fødes for tidlig vet man relativt lite om, men enkelte årsaker er klarlagt. Med intensiv behandling på nyfødtafdelingen kan barn i dag overleve etter fødsel helt ned til svangerskapsuke 22-23 (Saugstad 2009).

I en artikkel skrevet av Bratlid og Nordermoen (2010) står det at, det vil kreve spesielle tiltak for at barna overlever og utvikler seg til normalstadiet. Legevitenskapen har kommet langt, og flere premature barn overlever i dag, da behandlingen av for tidlig fødte barn har gjennomgått store forandringer siden man i 1970 begynte å intensivt behandle denne pasientgruppen. Utviklingen innen dette fagfeltet viser at stadig flere for tidlig fødte barn overlever uten skader.

Det første problemet premature barn opplever er oftest umodne lunger, der mange vil trenge hjelp til å puste. De små barna kan ha umodent respirasjonssenter og svake respirasjonsmuskler. Noen trenger kanskje bare litt oksygentilskudd de første dagene, mens andre trenger litt ekstra hjelp og må tilføres en blanding av oksygen og luft med et visst trykk i nesen, såkalt CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). Dette vil gjøre det lettere for barnet å puste. En sjelden gang må noen også ha respiratorbehandling (Markestad 2008).

Barna har ofte ustabil kroppstemperatur den første tiden etter fødsel. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om nyfødtes normale temperaturregulering. Man må jevnlig vurdere barnets temperatur og iverksette tiltak. Dette er noe som bidrar til å optimalisere sykepleien, der målet er å holde barnet innenfor den nøytrale temperatursonen. Dette er forebyggende i forhold til å utvikle komplikasjoner, og det fremmer vekst og utvikling hos barnet. Premature har mindre varmeproduksjon og større varmetap enn terminbarn (Steinnes, 2009). Huden til premature er ofte tynn og mangler det fettlaget under som man finner hos barn som er født til termin. Dess yngre barnet er, jo større er faren for varme- og væsketap.

Når evnen til å produsere varme selv er nedsatt, ser vi det som viktig at barnet får ligge på mors eller fars bryst for å kunne holde en stabil temperatur (Saugstad 2009).

Om en fødsel starter ved eller i uke 34, forsøker man ikke å stoppe fødselen, da fosterets lungeutvikling regnes som modent. Om fødselen skulle starte ved eller under uke 34, så forsøker man å stoppe riene ved å gi takolytika (riehemmende medikamenter). Selv om man i mange tilfeller ikke klarer å forhindre en fødsel, kan man vinne litt tid på grunn av takolytika, slik at mor kan få corticosteroider (medikament til lungemodning hos fosteret) (Haugan & Tryti, 2009).

Den første tiden etter fødsel blir barna utsatt for hyppige blodprøver, og andre stressfylte prosedyrer. Det kan virke brutalt at man stadig skal plage de små med stikk, men dette er ofte nødvendig for en nøyaktig overvåking (Saugstad 2009). Sanseninntrykk som lys, lyd, berøring og temperatursvingninger kan bidra til at barnet opplever stress og smerte. Det premature barnet har svakere signaler og uttrykksformer enn terminbarn. Signalene kan være over i løpet av en kort tid, kanskje før foreldrene og sykepleier i det hele tatt har oppdaget disse signalene (Steinnes, 2009).

Når det premature barnets utvikling vurderes, så må man korrigere med samme antall uker som barnet er født for tidlig. Utviklingen skal gå fremover og normale milepæler skal nås. Utviklingstilpasset omsorg vil kunne fremme fysisk og psykisk velvære hos barnet. Det er også viktig å huske på at de fleste premature barn er friske, og at de utvikler seg normalt på lik linje med barn som er født til rett tid. Alle barn er unike, og trenger ulik oppfølging, det er derfor viktig å se barnet individuelt (Saugstad 2009).

3.3 Familien i fokus

Foreldre er like unike som sine barn, og de trenger individuell omsorg. De er barnas viktigste omsorgsgivere og trenger hjelp til å knytte seg til barnet sitt. Foreldrene er konstant i barnets liv, og omsorgen som blir gitt må ta vare på familien som helhet. Foreldre til premature barn, kan ha helt andre behov for støtte og omsorg, enn foreldre til friske fullbårne barn. De har blitt "premature foreldre". Om man får et barn til termin, er man både fysisk og psykisk forberedt. Det er noe flott som har skjedd, og dette gjør foreldrene mer trygge i sin rolle. For foreldre til fortidig fødte barn, er kanskje denne tryggheten brutt, og kanskje mor også har vært syk, og

hennes eget liv har vært i fare. Ved prematur fødsel, kan foreldrene være i sjokk, og må takle eventuelle følelser som skyld og skuffelse over ikke å ha gått gjennom et helt svangerskap (Sandtrø, 2009). I tillegg kommer kanskje redselen for barnets helse, og at det kanskje ikke vil overleve. Foreldre som får et prematurt barn, kan få en krisereaksjon som følge av mangel på forberedthet (Haugan & Tryti, 2009).

Eide og Eide (2013) skriver at en traumatisk krise er påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp, men for eksempel i forbindelse med en prematur fødsel. En traumatisk krise regnes for å være fysiske, sosiale eller psykiske belastninger som rammer et menneske. Når et barn er født for tidlig, kan frykten forbundet med dette føre til at foreldrene går inn i en krise. Krisereaksjoner deles inn i fire faser: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses - eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Fasene flyter gjerne over i hverandre, og selv om fasene sjeldent avgrenses klart, kan de ulike fasene være et hjelpemiddel til å forstå den enkeltes reaksjoner og de behovene de har.

Foreldrene må våge å stole på den behandlingen barnet får, og de kjenner seg kanskje hjelpeløse og er adskilte fra den nyfødte, og kanskje også barnets søsken om de må tilbringe mye tid på sykehuset. Foreldre må kanskje balansere mellom to psykologiske prosesser: tilknytning og sorg. Kanskje er de også foreldre for første gang. Ofte blir foreldrene møtt med at de skal være lykkelige over at barnet deres overlevde, men alt for få tør å ta tak i de følelsene og behovene de har. Fokuset blir ofte på den teknikken som omgår barnet, som blodprøvesvar, undersøkelser og lignende. Det er vår jobb som sykepleiere å lytte til og akseptere at redsel, depresjon og sinne kan være en vanlig reaksjon blant foreldre til premature barn. Det er kanskje foreldrenes uttrykk for hvordan de har det (Sandtrø, 2009).

Adskillelsen mellom mor og barn, kan få betydning for mor-barn-tilknytning.

Bowlby (1969) grunnla tilknytningsteorien og beskrev hvordan mennesker har et grunnleggende, biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for utvikling og overlevelse. Tilknytning ses på som et medfødt, biologisk instinkt for å sikre overlevelse, beskyttelse og reproduksjon, gjennom fysisk nærhet til omsorgsgiveren. (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013).

Skårderud et al., (2013) skriver at:

Barnet gråter fordi det er ubekvent. Det kan være sultent, fryse eller ha vondt i magen. Moren eller faren viser barnet med ansiktsmimikk, språk og gester at de forstår at barnet ikke har det godt. De speiler ubehaget. Men samtidig trøster de voksne barnet, med smil, puldrene lyder og handlinger som viser at de har og tar ansvar. Og slik markerer de en forskjell, at de selv ikke har det dårlig. Det utviklingspsykologiske viktige er, ifølge tilknytningsteorien, at de voksne viser barnet både en likhet og en forskjell (s.90).

Å bli foreldre er for de fleste en stor begivenhet i livet. En prematur fødsel kommer ofte raskt og uforberedt, der forventningene til svangerskap og fødsel står i stor kontrast til hvordan svangerskapet ender. De har plutselig fått et prematurt barn i hendene, noe som kan være en stor belastning for foreldrene (Sandtrø, 2009).

Kristoffersen (2013) skriver at en prematur fødsel fører ofte til separasjon av mor og barn, som igjen kan ha konsekvenser for tidlig tilknytning. Mors reaksjon ved separasjon fra barnet rett etter fødselen beskriver følelser som blant annet tap, sorg, mangel på kontroll, bekymring og det å føle seg utenfor. skriver at en fødsel innebærer store påkjenninger for mor og barn, og denne situasjonen er karakterisert av et høyt stressnivå (Kristoffersen, 2013). Sykepleie til premature barn innebærer derfor å bruke utviklingsstøttene prinsipper, som omfatter både forebyggende og behandlende aspekter, for å sikre barnet optimal vekst og utvikling, samt å være en omsorgsperson som gir god støtte og veiledning for foreldrene (Steinnes, 2009).

3.3.1 Utviklingsstøttene og familiefokusert omsorg - NIDCAP

NIDCAP, er en familiesentrert, tverrfaglig modell som brukes til premature og syke nyfødte. 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. Ansatte ved nyfødtintensiv avdeling, som sykepleiere, får opplæring i NIDCAP-prinsippene, og om hvordan de best mulig kan tilrettelegge for barnet individuelt. Vi som sykepleiere skal veilede foreldrene i hvordan foreldrene kan tolke barnets kroppsspråk, og hvordan foreldrene gjennom å ta hensyn til signalene kan bli eksperter på sitt barn (Sykehuset innlandet [SI], 2011).

Gjennom NIPCAP-modellen vektlegges det å lese barnets kroppsspråk, for å forstå hva barnet ønsker å uttrykke, for så å kunne respondere adekvat på de behovene barnet formidler. En nyfødt intensivavdeling er barnets første møte med verden, og dette miljøet er helt annerledes enn inne i livmoren, eller hvis barnet hadde vært født til termin. Noe av det første barnet blir utsatt for rett etter fødselen, er sterkt lys, høye lyder og mange forskjellige menneskehender som berører det, for å utføre nødvendig, og kanskje unødvendige prosedyrer. Mange av disse stimuliene oppleves smertefulle for et prematurt barn. I miljøet på en nyfødt intensivavdeling, skal det premature barnet kanskje oppholde seg i uker eller måneder. Og miljøet barnet utsettes for vil ha betydning for dets videre utvikling (SI, 2011).

Samspill mellom barn og voksne er grunnleggende for den menneskelige eksistens. Et godt samspill kjennetegnes ved at barn og omsorgspersoner er samstemte, og at omsorgspersonene er sensitive og responsive på det for tidlig fødte barnets signaler, og greier og fange opp dets initiativ (Ravn, 2009).

Ut fra NIDCAP-prinsippene, er det laget en samspillveileder-mal for nyfødt intensivavdelinger. Denne håndboken har til hensikt å styrke samspillet mellom det premature barnet og deres foreldre. Håndboken brukes av blant annet sykepleiere, som en mal til å veilede foreldrene (Moss, Hval, Hellerud & Petersen, 2007). Den tar for seg fem ulike samtaler:

- Samtale 1: Søvn og våkenhetstilstander
- Samtale 2: Overstimulering og regulering av barnets tilstand
- Samtale 3: Stell og pleie.
- Samtale 4: oppmerksomhet og samspill.
- Samspill 5: Tilpasning etter hjemreise.

Ved bruk av disse samtaler, er målet å gi foreldrene støtte og oppmuntring for at de skal få tiltro til seg selv som gode foreldre (Moss et al., 2007).

3.4 Kengurumetoden

Kengurumetoden er en omsorgsmodell opprinnelig utviklet for Premature og SGA (small for gestation age) barn, som ble innført i Colombia i 1978. Bakgrunnen for metoden, var hovedsakelig på grunn av mangler på utstyr som kuvøser, kombinert med fulle avdelinger. Metoden innebar hudkontakt 24 timer i døgnet, i kenguruposisjon, en vertikal posisjon

mellom morens eller farnes bryst under klærne. Tanken bak metoden, var å bedre kunne opprettholde barnas fysiologiske likevekt, ved å ligge hud mot hud til sine mødre. Metoden ville sikre stabil kroppstemperatur og stimulere til amming. Mødrene ble værende på sykehuset og opplevde de hadde en viktig rolle som mor (Steinnes, 2009). Stienes (2009) skriver at premature barn har et grunnleggende behov for hudkontakt med sine foreldre og eventuelt søsken. I en intensiv fase kan dette behovet ivaretas ved at foreldrene holder varme rolige hender rundt barnet i kuvøsen. Når barnet er stabilt nok, bør det komme ut på mor eller fars bryst.

3.4.1 Retningslinjer på kengurumetoden i avdelingen

Man har i dag kommet mye lengere innen forskning på Kenguru-metoden. Mange sykehus med en nyfødt intensivavdeling har i dag fått prosedyre på Kengurumottak, og har egne retningslinjer for kengurumetoden i avdelingen. Før var det vanlig at "neobarna" ble tatt med ut av fødestuen og ned på intensivavdelingen umiddelbart etter fødsel. Dette er det nå blitt endringer på mange steder. Om tilstanden til mor og barn tilsier det, kan nå barnet få komme til mor etter fødsel, hvor alle observasjoner blir gjort mens barnet ligger i kenguru (Sykehuset Innlandet [SI], 2015).

Kengurumottak: Hudkontakt med foreldrene bør starte så tidlig som mulig etter forløsning. Alle "Neo barn" på fødeavdelingen fra gestasjonsuke 32, skal tilbys kengurumottak de første 2 timer, om ikke tilstanden hos mor eller barnet forhindrer dette. Når det meldes et nytt barn, avklarer lege umiddelbart om dette er en kandidat for kengurumottak. Sykepleierens oppgave mens barnet ligger i kenguru etter fødsel er å monitorere, observere, vurdere og dokumentere barnets hjertefrekvens, oksygenmetning og respirasjon. Sykepleier overvåker også barnets temperatur, kontrollerer blodsukker etter forordning, og gir mat i løpet av første leve time eller så raskt som mulig, avhengig av barnets modenhet, vekt og risikofaktorer.

Kengurumottak, så fremt mor ønsker det, er et fint tiltak for å starte hud-mot-hud kontakt og fremme samspill så tidlig som mulig. Det kan også hjelpe foreldrene til å føle seg tryggere rundt barnet, og foreldrene får holdt seg oppdatert på hva som skjer rundt barnet og hvorfor (Kiplesund & Kleppen, 2015).

Kengurumetoden: Foreldrene er barnas viktigste omsorgspersoner, og personalet er faglige støttespillere, og har ansvaret for at kengurumetoden er trygg for barnet. Barnet skal overvåkes forsvarlig og gis den pleien og behandlingen barnets tilstand krever. Personalet

samarbeider tett med foreldrene, og det forutsetter informasjon, emosjonell støtte, samspillveiledning og tilstedeværelse. Kengurutid kan oppleves krevende, og det må tas individuelle hensyn. Det er viktig å ha fokus på den enkeltes familie og deres utfordringer og behov. Samtidig tilstrebes det at barnet får minst en omsorgsperson hos seg mest mulig. I kenguru, ligger barnet nakent, kun iført bleie og plasseres vertikalt på foreldrenes bryst. Bein og armer er bøyd, som i en froskestilling, og hode er vendt til siden uten at nakken strekkes. Når foreldrene ligger i sengen med barnet, får de utdelt en kengurutopp, som stabiliserer stillingen til barnet. Personalet må sørge for at barnet ikke kan skli ut av toppen, ved å bygge opp rundt barnet, med for eksempel dyner og tepper. Personalet har ansvar for å ha tilstrekkelig tilsyn med barnet, slik at man er sikker på at barnet har et godt leie og en stabil temperatur (SI, 2015).

Mens barnet ligger i kenguru, kan det utføres både amming, sondemating, blodprøvetaking, lysbehandling, bleieskift, sondenedleggelse og at mor pumper brystene. Selvfølgelig er dette avhengig av at mor/far synes dette er i orden. Så sant det er plass på avdelingen, skal foreldrene ha muligheten til å ha en seng, hvor de kan ligge i kenguru med barnet. Foreldrene kan bytte på å ha barnet i kenguru, og for ikke å avbryte kengurustunden under visitt på andres barn, kan foreldrene få utdelt øreklokker med radio på, dette for ikke å bryte taushetsplikten (SI, 2015)

Premature barn har nedsatt immunforsvar, og er derfor utsatt for infeksjoner og sepsis (Saugstad 2009). Sykepleieren må beskytte barnet mot infeksjoner ved å utføre en høy hygienisk standard, både håndhygiene, hos barnet selv og i barnets miljø. De har høyere risiko for å utvikle sykdommer og skader som kan være betydelig for helsen og videre utvikling (Vang, 2009). Barna blir født på et tidspunkt i livet hvor de fysiologiske funksjonene er under utvikling, og de anatomiske strukturene er skjøre. Barna må håndteres med varsomhet, slik at de kan bruke kreftene sine på optimal vekst og utvikling (Steinnes, 2009).

4.0 Drøfting



Figur 2, Colorbox 2015

Vi har sett i praksis at det å bli foreldre til et for tidlig født barn kan være skremmende og stressene for foreldrene, og for det tidlig fødte barnet. Foreldrene har ofte et stort behov for informasjon, veiledning og støtte for å lære seg å mestre den nye livssituasjonen.

I drøftingen kommer de ulike effektene av kengurumetoden til syne, og vi vil legge vekt på kengurumottak, amming, smertelindring, samspill, sirkulasjon og respirasjon. Drøftingen tar for seg både teori, forskning, egne erfaringer og meninger, for å besvare problemstillingen.

Vi har formulert en selvopplevd case, som er tatt fra ulike situasjoner i praksis. Casen er vinklet slik vi tenker at et prematurt barn kan føle det å bli tatt vekk fra mor etter fødsel. Den er vinklet slik, for å vekke leserens interesse og får å gi leseren et innblikk i hvordan starten på livet til et prematurt barn kan være.

Case: Jeg heter Neo og ikke viste jeg at verden skulle se sånn ut. Jeg er født i gestasjonsuke 32, åtte uker før termin og veier bare 1750 gram. Det første jeg møter når jeg kommer ut av mamma's mage er skarpe lys, høye lyder og kalde hender, som tar meg vekk fra mamma og ut på et veldig skummelt bord. På bordet er det masse ledninger, og de kobler på meg masse utstyr, det er mange som står rundt meg. Jeg er vant til å ha det trangt og varmt inne i mamma's mage, verden her utenfor er stor og kald, jeg fryser. En sykepleier pakker meg inn i varme håndklær, og holder sine hender rundt meg, men det er ikke mamma, hvor er mamma? Etter at sykepleiere og leger har undersøkt meg ferdig, blir jeg kjørt ned til Intensivavdeling

for nyfødte, mamma ligger igjen oppe på føden, og hun vet sikkert ikke hvordan det går med meg, hun er sikkert redd. Legene finner ut at jeg ikke klarer å puste helt på egenhånd, de legger meg på C-pap og inn i en kuvøse. Kuvøsen hjelper meg å holde kroppstemperaturen min. Siden jeg er så liten, legger de også inn et kateter i navlen min, i denne skal jeg få mat og medisiner. De stikker meg i foten for å ta blodprøver av meg, det gjør vondt, jeg får sukkervann og det lindrer litt.

Her ligger jeg da, med C-pap, kateter, overvåkning av puls, temperatur, respirasjonsfrekvens og oksygenmetning, men hvor er mamma? Etter 4 timer kommer det noen inn på rommet og legger sine hender over meg, men det er ikke en sykepleier eller en lege, jeg kjenner igjen denne hånden, det er pappa. Han har kommet ned for å se til meg, og for å fortelle at mamma hadde mistet masse blod under fødselen og måtte ligge i ro og bli frisk. Pappa synes jeg er så liten, en sykepleier spør om han vil holde meg, men det tør han ikke. Pappa sitter hos meg en liten stund, før han går sin vei. Hele natten blir jeg liggende alene, sykepleierne tar godt vare på meg og passer på at jeg har det bra.

Det blir morgen, solen skinner ute. Det har nesten gått et døgn etter at jeg ble født, jeg lurar på hvordan det går med mamma. Ut på formiddagen ser jeg at dørene inn til avdelingen blir åpnet, inn blir det trillet en stor sykeseng, i sengen ligger det en dame, hun er blek i huden. Da damen ser meg, begynner hun å gråte. Damen blir trillet bort til meg, og hun spør sykepleieren: "tror du han husker meg? Tror du han vet hvem jeg er"? Sykepleieren løfter meg ut av kuvøsen og plasserer meg under skjorten til damen. Damen holder hardt rundt meg, kysser meg og gråter. Jeg kan se at hun begynner å farge i ansiktet, og sier til meg: "hei lille venn, det er mamma". Jeg vrir litt på hode, lukter og føler meg frem, det er mamma! Jeg kjenner at hjertet mitt begynner å banke roligere og jeg kan kjenne at temperaturen min stiger. Det er godt og varmt hos mamma, det er godt å høre stemmen hennes og jeg føler meg trygg. Mamma synes at jeg er liten, men hun holder meg godt inntil seg, slik ligger vi lenge mamma og jeg.

4.1 Se lille meg som ligger her, jeg vil lære deg å kjenne

Når et nyfødt barn legges inn på en nyfødt intensivavdeling, møter ofte familien en ukjent verden av mange forskjellige helsepersonell og teknologisk utstyr, som kan virke skremmende. Uansett utgangspunkt, skal vi som sykepleiere hjelpe og støtte familien til å dempe belastningene, slik at familien som helhet kan mestre denne nye livssituasjonen ut ifra

egne premisser (Tandberg, 2009). Vi har erfart fra praksis, at mor og far ofte er redde, uvitende og stresset, når de kommer inn på avdelingen. Slik som i casen, kan det ta lang tid før mor og barn møtes igjen etter fødselen, om det har oppstått noen komplikasjoner under forløsningen. Det er da viktig med tilknytning, samspill, veiledning og informasjon, så fremt mor og far er klare for det. Det er også viktig å gi informasjon og veiledning når det trengs, til den tiden det trengs (Tandberg, 2009). Erfaringsvis kan mor og far bruke litt tid på å bearbeide den informasjonen de får, så det er viktig å ikke gi alt av informasjon på en gang, men porsjonere det ut.

Forskning (Wataker et al., 2012), viser at informasjon til foreldrene, og det å la foreldrene være en del av barnets pleie og omsorg, gir bedre selvtillit, fremmer tilknytningen mellom foreldre og det premature barnet, og reduserer stress, krisereaksjoner og hjelper foreldrene til å føle seg tryggere, og mer sikker på sin rolle som foreldre til et for tidlig født barn. Studien sier også at det er viktig med god informasjon, men rett informasjon til rett tid. Videre kommer det fram at familier som ikke fikk tilbud om oppfølging og informasjon, fikk lavere selvtillit og følte seg mer utrygge i sin rolle som foreldre.

Tandberg (2009) skriver at, som sykepleiere kan vi ikke alltid fjerne smerter eller gjøre alt normalt igjen, men vi skal være til stedet. Kunsten er å være aktivt lyttende, uten å falle for fristelsen til å bli rådgivere. Sykepleier skal møte familien der den er, støtte, motivere og gi god informasjon og veiledning (Tandberg 2009). På intensivavdeling for nyfødte kan foreldrene føle at de er i en sekundærrolle, da omsorgen for barnet ofte krever sykepleiers ekspertise for at barnet skal overleve. Noen foreldre tar initiativ til den daglige omsorgen, mens andre må oppmuntres og støttes på at de vil mestre de utfordringene dette innebærer. Dersom sykepleier opptrer som den som vet best, kan dette øke foreldrenes usikkerhet, og undergrave deres egen tillit til det å være gode nok foreldre til sitt barn. Når sykepleier skal utøve sin rolle som støtte for foreldrenes opplevelse av mestring, samtidig som sykepleier skal prøve å redusere forekomsten av uhensiktsmessig omsorgsattferd, kreves det ydmykhet for egen ekspertise, respekt for foreldrenes oppfatninger og noen ganger en stor porsjon tålmodighet. Ingen har sikker kunnskap om barnets opplevelse. Tolkninger innebærer alltid tvetydighet. Sykepleier må derfor ta høyde for at de kan ta feil, og at foreldrene kan fange opp noe sykepleieren ikke har sett (Moss et al., 2007).

Artikkelen stressfylt amming og samspill (2014), viser at mødre som ble intervjuet, etterlyste individuell veiledning, noe de mener er av betydning for å fremme tilpasning i foreldrerollen. Videre følte mødre at det var en sammenheng mellom belastende ammesituasjon, hemmende tilknytning, og redusert samspill, som følger av dårlig informasjon og støtte (Hvatum et al., 2014). Tveiten (2013) mener sykepleieprosessen på en nyfødt intensivavdeling, kan innebære at de tilegner seg ny kunnskap, nye holdninger og ferdigheter som kan få bidra til at foreldrenes kompetanse eller mestringskompetanse øker. Oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring kan derfor innebære økt kompetanse til at foreldrene mestrer det å leve med et for tidlig født barn og tilhørende utfordringer.

I Karoliussen (2011) står Nightingales definisjon på sykepleie som: "Å sette pasienten i den best mulige tilstand slik at Naturen kan virke på ham" (Nightingale 1859:75).

Vi ser at Nightingales teori er viktig, også på nyfødt intensivavdeling. Hennes teori handler mye om sykepleierens ansvar for å legge til rette det fysiske miljøet rundt pasienten, slik at pasienten selv kan mestre sykdom, og bli frisk. Vi ser fortsatt at det er de enkleste rådene som er de viktigste. Nightingales budskap er like viktig den dag i dag for alle som utfører sykepleie (Mathisen, 2006). Helsedirektoratets retningslinjer (2007) for oppfølging av for tidlig fødte barn legger vekt på å støtte opp om foreldrenes omsorgsutøvelse. Dette kan gjøres ved at deres bekymringer og usikkerhet møtes med relevant kartlegging av barnets og familiens behov, og ved å iverksette nødvendige tiltak (Markestad & Halvorsen 2007).

Tveiten (2013) hevder i sin bok om pedagogikk, at veiledning av foreldre er sykepleiers oppgave. Når barn er akutt syke kan foreldre ha behov for veiledning. Hvordan man veileder foreldrene, er avhengig av hvem foreldrene er, hva situasjonen er, hva hensikten med veiledning er, og hvem veilederen er. Utgangspunktet for veiledning må være å møte foreldrene der de er, spørre hva de er opptatt av, hva de tenker, hva de føler og hva de har behov for. Foreldreveiledning har til hensikt å styrke foreldrenes kompetanse som foreldre, å legge til rette for godt samspill mellom barn og foreldre. Foreldrenes opplevelse, tanker om og vurderinger av sitt barn er vesentlig. Foreldre har hovedansvar for sitt barn, men når barnet er innlagt på nyfødt intensivavdeling, er også deler av omsorgen sykepleierens ansvar. Det er derfor viktig å legge til rette for at foreldrene får være en stor del av det som skjer, for at foreldrene mestrer det ansvaret det innebærer (Tveiten 2013).

Sykepleieren har i foreldreveiledning ansvar for å legge til rette for godt samspill, og for å styrke foreldrene i samspillet. Samtale med foreldrene er i seg selv et viktig middel i foreldreveiledning. Å legge til rette for tillit, møte foreldrene der de er, lytte til dem, og å ha oppmerksomhet på dem er vesentlig (Tveiten 2013). Tidlig samspill mellom barn og foreldre er viktig for barnets utvikling og trygge forholdet til andre mennesker. Dette samsvarer med Bowlby (1969) sin teori om tilknytning (Skårderud et al., 2013).

For at tilknytning og samspill kan styrkes mellom foreldrene og det premature barnet, kan NIDCAP-prinsippene og samspillveiledning være et godt alternativ. Samtalene i veiledningen blir ofte en demonstrasjon og oppmuntring av den kunnskapen sykepleier har formidlet underveis, og er en felles vurdering av barnets tilstand og individuell fungering. I slike samtaler kan foreldrene få anledning til å drøfte eventuelle bekymringer for barnet og deres felles tilpasning i tiden etter utskrivelsen. Samtalene utføres av kontaktsykepleier, og det må legges til rette for at både mor og far kan delta. Samtalene er lagt opp slik at mor eller far samhandler med barnet, mens sykepleieren bistår med råd og veiledning. De fem samtalene bygger tematisk på hverandre, og skal derfor gjennomføres i angitt rekkefølge (Moss et al., 2007).

Tveiten (2013) mener videre at samspill mellom barn og foreldre stimuleres gjennom øyekontakt, hudkontakt, smil og kommunikasjon. Foreldreveiledning kan innebære å hjelpe foreldrene til å bli bevisst samspill og til å se egen rolle i dette, og hva som stimulerer samspillet. Sykepleier kan da legge til rette for at foreldrene ser barnet, lytter til barnet, verdsetter barnet, og at det positive rundt barnet blir fokusert på. Sykepleierens rolle i møte med foreldrene beskriver hva sykepleieren oppfatter som god samhandling mellom barn og foreldre, slik at foreldrene får anerkjennelse for det positive. Når sykepleieren gir uttrykk for hva hun ser og hører, gir hun foreldrene anerkjennelse samtidig som hun viser hva hun ser som positivt (Tveiten 2013).

Artikkelen Neonatal Family Care for 24 Hours per Day (2012), viser til et intervju av tre kvinner etter hjemreise fra nyfødt intensivavdeling. Alle mødrene hadde fått informasjon om og innføring av familiebasert omsorg. Mødrene følte de fikk være selvstendig og fikk ta del i pleien av barnet, uten at sykepleier tok over ansvaret, men veiledet og ga informasjon. Familien følte seg ivaretatt, og dette medførte bedre kvalitet på samspillet, tilknytningen og foreldreansvaret. Studien hevder likevel at alle nyfødt intensivavdelinger bør ha familierom

tilgjengelig i fremtiden, da dette ikke er en standard på mange sykehus i dag (Wataker et al., 2012). Sett i praksis er samspillveiledning et godt utgangspunkt for styrking av samspillet, når foreldrene og barnet er klare for det. Om familien blir på avdelingen over en lengre periode brukes samspillveiledningen automatisk underveis hele tiden. Sykepleierne veileder kontinuerlig og porsjonerer ut informasjon etter som det passer seg. I praksis erfarte vi ofte at samspillveiledningen kunne virke stressende og rotete på foreldrene om all informasjonen blir gitt på en gang.

Sandtrø (2009) skriver at, en måte å forstå det premature barn på, er å se det som er foster utenfor livmoren, og tilpasse pleien og miljøet deretter. Da kan det være lettere å se og forstå barnet, og forstå hvordan pleien kan påvirke barnets utvikling videre i livet. Det er viktig at vi som sykepleiere videreformidler dette til foreldrene, slik at samspillet kan fungere på en god måte. Med grunnlag i Eide og Eide (2013), kan man se på barnets ansiktsuttrykk om hvordan de har det. Er det avslappet, bekymret, rynker på nesen/pannen, gjør grimaser eller gråter, dette kalles nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide 2013). De forteller omverdenen om hvordan de har det gjennom sine signaler, akkurat som terminbarna, bare mer utydelig i forhold til barnets modenhet og alder. På et tidlig tidspunkt er det viktig at foreldrene blir kjent med å forstå barnet sitt, da dette ligger til grunn for et godt samspill. Barnet er derfor avhengig av at sykepleieren og foreldrene ser og forstår det, og kan sammen lære barnet å kjenne og tolke dens signaler (Sandtrø, 2009).

I praksis lærte vi at kulturforskjeller kunne ha en innvirkning på samspill og dialog mellom sykepleier, familien og det premature barnet. Noen ganger kan det by på utfordringer å møte familier med andre skikker og vaner. Kanskje særlig knyttet til familiers kjønnsrollemønster og oppgavefordeling. Det kan være nødvendig for sykepleieren å tenke alternativt og kreativt. Problematikken knyttet til språk og kulturforståelse er omfattende. Sykepleieren må ha kjennskap til foreldrenes kulturelle og sosiale bakgrunn, for å kunne gi adekvat støtte til familien som helhet. Det kan for eksempel være vanskelig for en kvinne med et prematurt barn å være på avdelingen, og samtidig skulle ta hånd om alle sysler hjemme, som pass av søsken. Ulike syn kan lett medføre misnøye hos begge parter. Sykepleier må møte mennesker fra andre kulturer med forståelse. Dette innebærer ikke at sykepleier nødvendigvis skal være enig i alt det som familien legger frem, men at man skal forøke å forstå, slik at familiemedlemmene erfarer å bli tatt på alvor og respektert. Dette kan dreie seg om å lytte til hva det enkelte familiemedlem sier om sin situasjon. Sykepleieren kan vise til hvordan andre

familier løser tilsvarende utfordringer, og gjerne komme med forslag til løsninger, men samtidig etterspørre deres meninger (Tandberg, 2009).

Vi har erfart i praksis hvor viktig veiledning, dialog og informasjon er for foreldrene. Vi mener at veiledning og dialog er hoved utgangspunktet i hvordan sykepleier sammen med foreldre kan fremme bruk av kengurumetoden. Jo mer foreldrene ser og forstår, jo enklere blir samarbeidet mellom sykepleier og foreldrene. Med grunnlag i Tveitens teori, Bowlbys teori, Nightingales teori, Tandbergs teori, Sandtrøs teori og det forskning viser, samt erfaringer fra praksis, ser vi at veiledning er selve hovednøkkelen til et godt samspill. Både teori og forskning viser at tidlig samspill og veiledning er gunstig for barnet og foreldrene, men sykepleier må ta hensyn til ulike foreldres behov og kulturer. Dette er noe som samsvarer til det som er erfart fra praksis.

4.2 Familien er en kenguru, oppi lommen ligger du, lukk ditt øye sov i fred, så varmt og godt et sted.

Premature barn har et grunnleggende behov for hudkontakt med sine foreldre. Det er derfor viktig å gjennomføre denne kontakten så tidlig som mulig, slik at barnet får dekket dette behovet. Dette vil bidra til å gi barnet en trygghet og nærhet til sine foreldre. Denne fysiske nærheten som dannes er viktig for det premature barnets videre utvikling (Steinnes, 2009). Dette støttes av Saugstad (2009), som skriver at det premature barnet trenger hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov. Ved bruk av kengurumetoden så vil barnet få dekket mange av sine behov, slik som behovet for tilknytning, omsorg, trygghet og nærhet.

I andre land kan det være forskjeller på bruk av kengurumetoden. I for eksempel Iran, er det en selvfølge å ha barnet sitt i kenguru. I Norge brukes kengurumetoden som en retningslinje og prosedyre for foreldrene, og metoden er en anbefalt frivillig metode. I andre land hvor de ikke har det samme teknologiske utstyret som i Norge, kan kengurumetoden brukes som en medisinsk støtte til det premature barnet. Dette kan for eksempel være i stedet for kuvøser. Mødrene i Iran sitter ofte 24 timer i døgnet med barnet sitt i kenguru. Om dette er på grunn av mangler på utstyr, eller kulturen som tilsier det, står det ikke noe om (Heidarzadeh et al, 2013). I andre land enn Iran kan kulturen tilsi at man ikke skal ha barnet sitt i kenguru. Sykepleier på nyfødt intensivavdeling må ta hensyn til at andre kulturer kan ha andre syn på

kengurumetoden. Sykepleiere i avdelingen er avhengig av å innhente informasjon og bakgrunn rundt hver enkelt familie (Tandberg, 2009).

Slik vi ser det, er Nightingales oppskrift på den gode sykepleie hos det premature barnet nettopp det å legge forholdene til rette rundt barnet, slik at naturens helbredende kraft får virke under optimale forhold. Hos et prematurt barn vil det ofte være relevant for sykepleie, for å fremme barnets livskraft. Sykepleierens mål er forebyggende og helsefremmende, og når det premature barnet får kontakt med foreldrene sine i kenguruposisjon, ser man på det som forebyggende. Vi som sykepleiere må ifølge Nightingale observere grundig og målrettet da dette vil være en forutsetning for god sykepleie. Dette er noe som kan bidra til at mor-far-barn-forholdet blir sterkere, ved å observere barnet i kenguruposisjon (Mathisen, 2006).

I Casen vil sykepleierens arbeid bli i relasjon til det premature barnet og deres foreldre. Sykepleieprosessen vi å hjelpe sykepleier til å arbeide systematisk og målrettet for å opparbeide oss informasjon om det premature barnet og foreldrenes behov og ressurser. Sykepleier vil vurdere de aktuelle problemene som sykepleier har som ansvarsområde, og prioritere det premature barnets behov for å oppnå de helsefremmende målene. For å nå disse målene vil sykepleier samhandle med/og veilede foreldrene til bruk av kengurumetoden, og til slutt evaluere dens kvaliteter, slik at videre oppfølging blir best mulig (Rotegård & Solhaug 2011)

Effekten av kengurumottak: Saugstad (2009) skriver i sin bok, at ved en prematur fødsel blir ofte barnet fjernet fra foreldrene, og lagt i en kuvøse. I motsetning til barn som fødes til termin, der det fokuseres på at barnet skal komme rett opp på mors bryst slik at de første båndene knyttes, og barnet får kjenne varmen og lukten av mor, så fokuseres det i dag mer på kengurumetoden slik at nettopp de premature barna også skal få disse samme godene. (Saugstad, 2009). Så fremt mor og barnets helsetilstand tilsier det, kan det i dag utføres kengurumottak på mange sykehus. Til foreldre med barn som fødes fra gestasjonsuke 32, skal i dag gis tilbud om kengurumottak på mange sykehus i Norge. Kengurumottak kan være et godt tiltak for foreldre og barnet (SI, 2015). Kristoffersen (2013) hevder videre at kengurumottak som benyttes rett etter fødselen, er en praksis som er godt etablert, og som høster positive tilbakemeldinger, fra foreldre og de involverte faggrupper ved nyfødt intensiv og fødeavdelingen på St.Olavs Hospital i Trondheim. Vi har ingen erfaringer fra

kengurumottak i praksis, men har stor tro på at dette er det beste for mor, far og barn, sa fremt tilstanden tilsier det. Erfaringsvis i praksis så man at både mødre og fedre syntes det var flott å ha barnet sitt i kenguru. Sykepleierne fikk mange tilbakemeldinger på at foreldrene syntes dette var et flott tiltak. De fleste foreldrene tok i mot råd om å ha barnet i kenguru, men det var et fåtall av foreldre som mente at dette ikke passet for dem. Av erfaring så man hvor mye positivt kengurumetoden hadde å gi, men vi lærte også at noen foreldre syntes det var mye jobb å ha barnet i kenguru store deler av dagen. Det var også grunner til at det ikke lot seg gjøre å ha barnet mye i kenguru. Dette kunne være på grunn av at mor var syk, at barnet ikke var stabilt tok, eller at far ikke hadde muligheten til å være tilstede.

Den første effekten av kengurumetoden: Forskning viser at kengurumetoden har en positiv effekt på samspillet mellom foreldre og barn. Ved å legge barnet så tidlig som mulig i kenguru, ser man at barnet får en raskere tilknytning til foreldrene, og foreldrene føler seg tryggere i foreldrerollen. Studien hevder også at tidlig bruk av kengurumetoden styrker dette. Forskningen viser ingen direkte ulemper ved bruk av kengurumetoden, men sier noe om foreldre som ikke har barnet i kenguru. Disse foreldrene bruker ofte lengere tid på å knytte seg til barnet, og oppholder lengere på sykehuset (Athanasopoulou & Fox, 2014). I praksis lærte vi at foreldre som hadde barnet sitt tidlig i kenguru, og som hadde barnet mye hos seg i kenguru, raskere følte seg trygge, og samspillet mellom foreldre og barnet ble sterkere. Det var fint å se samspillet mellom foreldre og barnet, og man kunne tydelig se blikk-kontakten foreldrene og barnet fikk, og hvor rolig foreldrene ble. Erfaringsvis kan man se at foreldre som ikke har barnet i kenguru kan være mer usikre i sin rolle. I en artikkel fra WHO (2003) beskrives det at kengurumetoden er en kraftfull og enkel metode, som bidrar til å fremme helse og velvære for det premature barnet og foreldrene. Artikkelen hevder videre at kengurumetoden hjelper både det premature barnet og foreldrene. Mødrene i rapporten rapporterer at de føler seg markant mindre stresset under kengurumetoden, og at de får økt selvtillit. Mødrene beskriver det å ha barnet sitt i kenguru som positivt, der de føler at de får være med på å ta en del av barnets utvikling og vekst. Fedrene forteller at de føler seg mere avslappet, komfortable og føler en bedre tilknytning når de har barnet i kenguru. Foreldrene føler seg mere trygge i rollen som foreldre til et prematurt barn (World Health Organization, 2003).

Den andre effekten av kengurumetoden: Premature barn har svært små energilagre, de trenger innen første uke ca. 130 kcal/kg/døgn. Dette må tilføres i en væskemengde adekvat i forhold til vekt, vektendring, diurese og ødemutvikling. Riktig sammensetning av ernæring er svært viktig. De har et spesielt behov i forhold til inntak av væske, karbohydrater, fett og proteiner. Morsmelk er klart den foretrukne ernæringen, også for premature. Premature barn er ofte for små til å klare å ta gode tak og hele måltider av brystet selv, og må ofte få tilført væske og ernæring via sonde. I motsetning til fullbårne barn som ofte blir lagt direkte til brystet etter fødsel, hvor mor umiddelbart etter fødsel får startet med stimulering av melkeproduksjon, så får ofte ikke mødre til et prematurt barn det samme behovet dekket (Haaland, 2009). Slik som i casen, hvor barnet ble tatt vekk fra mor umiddelbart, så får ikke mor like tidlig startet med denne stimuleringen. Det ses derfor viktig at hudkontakt med barnet så tidlig som mulig er gunstig. Kristoffersen (2013) skriver i sin artikkel at kengurumetoden bidrar til blant annet okytocinfrigjøring hos mor. Dett er et hormon som også kalles kjærlighetshormonet, og blir stimulert av hudkontakt. Frigjøringen av dette hormonet, fører til en reduksjon av blodtrykk og stresshormoner, stimulerer igangsetting av melkeproduksjonen, samt har en innvirkning på tilknytningen mellom mor og barn. For barnet er hud-mot-hud kontakt med mor så tidlig etter fødselen gunstig med tanke på amming, temperaturregulering og respiratorisk og sirkulatorisk stabilitet. Hvatum, et al (2014) skriver i sin artikkel at mødre opplevde ammingen som stressende da det gikk ut over kontakten med barnet. Stress i matsituasjonen kan føre til høy stressforekomst, som igjen kan hindre gode vekstvilkår for mor-barn-forholdet. For å ivareta barnets behov og skape en god relasjon, så ble ammingen avsluttet. Mødrene følte at de fikk en bedre relasjon til barnet ved å gå over til å gi morsmelkerstatning på flaske. Dette på grunn av at de følte press rundt ammesituasjonen og en av mødrene følte hun var på vei til å bli deprimert. Det er viktig at sykepleier aksepterer og støtter mødre som ikke får til, eller ønsker å amme. Forskning viser at mødre som har barna sine i kenguru, kommer forttere i gang med amming, og ammer lengere etter hjemreise enn mødre som ikke har barna sine i kenguru. Kengurumetoden har en positiv effekt på amming og mødre. Det er lettere å amme barnet sitt i kenguru, da barnet har fri tilgang til brystet (Heidarzadeh et al., 2013). I praksis så vi at kengurumetoden hadde en positiv effekt på amming. Mødre som hadde barnet mye og ofte i kenguru, ofte fikk i gang melkeproduksjon raskere og var i gang med amming så fort barnet var stort nok til å ta tak i brystet selv. Mødrene holdt dette ved like ved å legge barnet til når det var våkent og klar, samt å pumpe seg mellom hvert stell.

Den tredje effekten av kengurumetoden: Premature barn gjennomgår ofte mange potensielt smertefulle prosedyrer. Nervesystemet hos det premature barnet er ofte ikke ferdig utviklet ved fødsel. Det gjør at premature har lavere smerteterskel, som vil si at det skal mindre stimuli til før det oppfattes som smerte, smerteområdet virker større, og smerten varer lenger. Det er ikke lett og bedømme prematures grad av smerte, men man vet at de fleste premature har hatt mye smerter. Ikke medikamentell smertelindring i form av sukkervann, lyd og berøring bør utnyttes maksimalt, som for eksempel kengurumetoden (Haaland, 2009). Forskning viser at kengurumetoden har en positiv effekt på smertelindring. Studien poengterer at de ikke helt sikkert kan bekrefte at kengurumetoden har en innvirkning på nervesystemet, men kengurumetoden gir en trygghet, og smertelindring i form av varme, hudkontakt og støtte under for eksempel blodprøvetaking. Studien hevder at premature som lå i kenguru under utføring av smertefulle prosedyrer, hadde kortere gråt, lavere hjerterefrekvens og høyere oksygenmetning, enn barn som ikke lå i kenguru under prosedyrene (Cong et al., 2009). Erfaringsvis fra praksis, er at så lenge foreldrene syntes det var greit, hadde både foreldrene og barnet det mye bedre i kenguru under for eksempel sondenedleggelse og blodprøvetaking, barna ble mye roligere. Kengurumetoden, sammen med smokk og sukkervann, er et godt tiltak for det premature barnet, når det må igjennom smertefulle prosedyrer. Selvfølgelig så fremt foreldrene og sykepleieren synes dette er greit.

Den fjerde effekten av kengurumetoden: Hos et prematurt barn er ofte respirasjon og sirkulasjon ikke ferdig utviklet. Premature barn har i tillegg lite isolerende og varmeproduerende fett, og tynn hud. Det premature barnet har ofte stor overflate i forhold til masse, og dårlig evne til å innta temperaturløsende kroppstillinger (Haaland, 2009). Forskning gjort i USA, viser en markant forskjell på respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, hjerterefrekvens og temperatur hos barn i og uten kenguru. Studien hevder at barn som lå i minimum 2 timer daglig i kenguru, hadde en høyere oksygenmetning og en mer stabil hjerterefrekvens, temperatur og respirasjonsfrekvens (Mitchell et al., 2013). I praksis observerte vi ved hvert stell (hver tredje til fjerde time) både oksygenmetning, temperatur, puls og respirasjonsfrekvens. Vi erfarte selv at når barnet lå i kenguru, hadde det ofte en mer stabil temperatur, oksygenmetning, respirasjonsfrekvens og puls. I praksis lærte vi hvor viktig det er i sykepleiesammenheng at man oppdaterer seg innenfor dette temaet. Faglig oppdatert sykepleiekunnskap er noe vi ser på som en trygghet i møte med det premature barnet og deres foreldre.

På en andre siden, erfarte vi også at foreldrene som lå mye i kenguru, ofte glemte seg selv litt, og legene ble mange ganger opptatt av at de ikke måtte forstyrre barnet når det lå i kenguru. Barnet lå ofte i kenguru under legevisitt, og barnet ble kanskje ikke undersøkt like godt, som om det skulle blitt om det hadde ligget i sengen. Det ble satt mye fokus på i praksis, at selv om barnet lå mye i kenguru, måtte både sykepleiere og leger minst en gang per vakt, ta barnet vekk fra foreldrene og over på stelle bordet, for å få undersøkt det. Vi erfarte også i praksis at barna som lå mye i kenguru av og til ikke fikk den stimuleringen i hadde behov for. Av og til ble barnet liggende mye i ro, det er bra for utvikling, men barnet trenger også fysisk stimulering, avhengig av alder og utvikling (Grønseth & Markestad, 2011).

Ut fra Saugstads teori, Stenness teori, Tandbergs teori, Kristoffersens teori, Nightingales teori, Haalands teori, og det forskning viser, seg vi at kengurumetoden er et flott tiltak til å styrke samspillet mellom foreldre og det premature barnet. Sykepleier må likebel vise hensyn til at det kan være ulike behov og tanker blant de ulike familiene, som gjør at kengurumetoden ikke lar seg gjennomføre. Dette samsvarer med det som er erfart og lært i praksis.



(Figur 3, Colorbox 2015)

Det hender du blir lei deg
fordi jeg er så liten.

Jeg setter merker alle steder
og gjør deg ganske sliten.

Men hver dag blir jeg større
ja en dag blir jeg stor
og alle mine avtrykk
blir bare svake spor.

Her er mitt lille avtrykk
så du kan huske å forstå
hvor søte mine hender var
den gangen de var små.

(Dikt: Barnehender, av ukjent forfatter)

5.0 Konklusjon

Ut i fra forskning, teori, egne erfaringer og meninger, ser vi at kengurumetoden er et enkelt og trygt tiltak. Metoden har vist seg å ha flere positive effekter som smertelindring, bedring av respirasjon og sirkulasjon, fremme stabil kroppstemperatur, fremme amming og stimulere foreldre og barn- tilknytningen. Effektene er mange og gode, og erfaringsvis ser vi at mange foreldre er positive til metoden. Det må likevel tas hensyn til at kengurumetoden ikke lar seg utføre. Barnets helsetilstand kan være ustabil, mor kan være syk, og kanskje far ikke har muligheten til å være tilstede. Det kan også være kulturforskjeller, og foreldre som synes det er utfordrende og stressende å ha barnet mye i kenguru.

For at sykepleier kan fremme bruk av kengurumetoden, viser litteratur og erfaringer fra praksis at veiledning og informasjon er selve hovednøkkelen til et godt samspill. For å fremme et godt samspill, må sykepleier møte hver enkelt familie der de er, uavhengig av kultur og bakgrunn. For at veiledning og informasjon skal fungere optimalt, er det viktig at sykepleier innhenter seg kunnskaper og går i dialog med foreldrene.

Vi mener at bruk av kengurumetoden, og hvordan sykepleier kan fremme bruk av denne, bør legges i fagplanene hos utdanningsinstitusjonene, da kunnskap om premature barn og foreldres mulige vansker og behov må vektlegges.

Referanse

*Athanasopoulou, E., & Fox, J, R, E. (2014). Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infant. *Infant mental health journal*, Vol 35(3) , 245-262. <http://DOI: 10.102/imhj.21444>

*Bratlid, D. & Nordermoen, A. (2010, Juni 3). *Behandlingen av svært for tidlig fødte barn de siste 40 år*. Hentet fra Tidsskriftet.no: Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1981684>

*Cong, X., Ludington -Hoe, S., McCain, G., & Fu, P. (2009). Kangaroo Care Modifies Preterm Infant Heart Rate Variability in Response to Heel Stick Pain. *National Institutes Of Health. Early Hum Dev*; 85(9) , 1-19. <http://doi:10.1016/j.earlhumdev.2009.05.012>.

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

Eide, H. & Eide, T. (2013, 2.Utgave, Kapittel 5, 6, & 7.). *Kommunikasjon i relasjon: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Folkehelseinstituttet. (2014). *Medisinsk fødselsregister*. Hentet fra www.fhi.no side 2-65: Lokalisert på:<http://www.fhi.no/dokumenter/ba886ffc80.pdf>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011, 3.utgave.). *Utvikling. I Pediatri og pediatrik sykepleie (Kapittel 3.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S. *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (Kapittel 19, Side: 14-25.). Oslo: Cappelen Damm AS.

*Haugan, B. & Tryti, U. (2009). Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling: - komplikasjoner i svangerskap og ved fødsel. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S. *I Nyfødt sykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (Kapittel 7, side 98-110). Oslo: Cappelen Damm AS.

*Heidarzadeh, M., Hosseini, M, B., Ershadmanesh, M., Tabari, M, G., & Khazaei, S. (2013). The Effect of Kangaroo Mother Care on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge. *Iran Red Cres Med J*. 15(4) , 302-306. doi:10.5812/ircmj.2160

*Sykehuset Innlandet HF. (2015). *Kengurumetoden - retningslinjer Neo Elverum*. sider: 1-7

*Sykehuset Innlandet HF. (2011, Januar 1). *Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell - NIDCAP*. Side 1-4. Lokalisert på: <http://demo.datakvalitet.no/egg/>

Hummelvoll, J. K. (7.Utgave, 2012). Kapittel 1: Psykiatrisk sykepleie som fagområdet. I J. K. Hummelvoll, *Helt - Ikke Stykkevis og Delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Hvatum, I., Hjälmlhult, E., & Glavin, K. (2014). *Stressfylt amming og samspill*. Side 1-18. Hentet fra Sykepleien.no.: Lokalisert på: <http://sykepleien.no/forskning/2014/01/stressfylt-ammings-og-samspill>

*Karoliussen, M. (2011). Del 1, forståelsen. I M. Karoliussen, *Nightingales arv - Ny forståelse: Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. (ss. 15-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Kiplesund I., & Kleppen, S. (2015, Mars 19). Side 1-3. Prosedyre på Nyfødt - Kengurumottak. Sykehuset Innlandet HF, Lokalisert på: Neo Elverum.

*Kristoffersen, L. (2013, Februar) Side 1-3. *Hud mot hud for premature barn*. Hentet fra Jordmora, sykepleien.no. Lokalisert på: http://old.sykepleien.no/Content/1230143/Kengurumetoden_1493.pdf

Kristoffersen, N. J. (2008). Sykepleie-kunnskap og kompetanse, Kapittel 7. I Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie, kapittel 23. I Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s. 22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie, Kapittel 23. I Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Markestad, T. H. (2007). Side 1-55. *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/274/Nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn-IS-1419.pdf>

*Markestad, T. (2008). *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. (Kapittel 1 & 5, Side: 11-18 & 40-61). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Mathisen, J. (2006, 2 utgave). Kapittel 4 & 5. I J. Mathisen, *Sykepleiehistorie: Ideer - Mennesker - Muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mikkelsen, J. & Hage, I. (2011). Prosesskunnskap i sykepleie, kapittel 13. I Holter, I, M., & Mekki, T, E. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1, 4 utgave*. Oslo: Akribe AS.

*Mitchell, A, J., Yates, C., Williams, K., & Hall, R, W (2013). Effect of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants. *J Neonatal Perinatal Med*; 6(3) , 2-12. doi:10.3233/NPM-1370513.

*Moss, N., Hval, M., Hellerud, A, K., Petersen, N, B. (2007).Side 6-64. *Samspillveileder: Nyfødt intensiv*. Drammen: Nasjonalt kompetansenettverk for sped-og småbarns psykiske helse.

*Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet (2008) side 2-77. En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. (St.Meld. 12, 2008-2009). Lokalisert på:

<http://www.hnt.no/NordTrondelag/Svangerskapsomsorg/En%20gledelig%20begivenhet.pdf>.

*Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S. *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*. (ss. Kapittel 13, side 244-258). Oslo: Cappelen Damm AS.

Rotegård, A. K. (2011, 4.Utgave). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I Holter, I, M., & Mekki, T, E. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (s. kapittel 11). Oslo: Akribe AS.

*Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S. *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (s.57-78, Kapittel 21.). Oslo: Cappelen Damm AS.

*Saugstad, O. D. (2009). *Når barnet er født for tidlig* (Del 1, side: 9-46). Oslo: Spartacus Forlag AS.

Skaug, E.-A. & Andersen, I, D. (2008). Kapittel 6, Beslutningsprosesser i sykepleie. Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., & Skaug E-A. *I Grunnleggende sykepleie Bind 1.* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2013). Å forholde seg. I *Psykriatiboken: Sinn-Kropp-Samfunn* (s. Kapittel 6). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S, *Nyfødt sykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn* (ss. Kapittel 20, side 27-53). Oslo: Cappelen Damm AS.

*Tandberg, B. S. (2009). Møte med familien på nyfødtavdelingen. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S, *Nyfødt sykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (ss. Kapittel 12, Side 224-240). Oslo: Cappelen Damm AS.

*Tveiten, S. (2007). I *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i empowermentprosessen* (Kapittel 3, 4 & 5, Side: 50-74, 80-124, 127-137). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Tveiten, S. (2013). I *Pedagogikk i sykepleiepraksis, 2.utgave* (Kapittel 2, 3, 6 & 8, Side: 23-27, 30-40, 79-98, 157-192). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Vang, A. K. (2009). Hygiene. I Tandberg, B, S., & Steinnes, S. *Nyfødt sykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn.* (ss. Kapittel 4, side: 51-62). Oslo: Cappelen Damm AS.

*Wataker, H., Meberg, A., Nestaas, E. (2012). Neonatal Family Care for 24 Hours per Day: Effects on Maternal Confidence and Breast Feeding. *J Perinat Neonat Nurs. Volum 26 Number 4* , 336-342. doi: [10.1097/JPN.0b013e31826d928b](https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31826d928b)

*World Health Organization (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.* Side:1-128: Lokalisert på:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf?ua=1.

*World Health Organization (2003) Side 2-54. *Kangaroo mother care.* Hentet fra: Who.int. A practical guide.: Lokalisert på:
[Http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590351.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590351.pdf?ua=1)

Vedlegg 1

Pico-skjema

Spørsmål:

1. Hva er de ulike effektene av kengurumetoden?
2. Hva sier kvalitativ forskning om samspill?

P	I	C	O
Premature infants Preterm infants Foreldre	Kangaroo Care Kangaroo mother care Family care Interaction Samspill		Breast-Feeding

Vedlegg 2

Referansehenvisning

diverse neonatal morbidities: Part 1 – Impact on psysical, 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>

Vedlegg 3

Selvvalgt litteratur:

Forfatter	Litteratur	Sider	Sum
Cong et al., 2009	Forskning(kvantitativ)	1-19	19
Athanasopoulou & Fox, 2014	Forskning(kvantitativ)	245-262	17
Mitchell et al., 2013	Forskning(kvantitativ)	2-12	10
Heidarzadeh et al., 2013	Forskning(kvantitativ)	302-306	4
Wataker et al., 2012	Forskning(kvantitativ)	336-342	6
Hvatum et all., 2014	Forskning(kvalitativ)	1-18	18
Bratlid & Nordermoen, 2010	Fagartikkel	1-2	2
Kristoffersen 2013	Fagartikkel	1-3	3
WHO, 2012	Rapport	1-128	128
WHO, 2003	Veiledende fagartikkel	2-54	53
Norsk folkehelseinstitutt	Fødselsregister	2-65	64
Det Kongelig Helse- og Omsorgsdepartementet, 2008-2009	St.meld.nr. 12	2-77	76
Markestad & Halvorsen, 2007	Retningslinjer	1-55	55
Sykehuset Innlandet HS, 2015	Retningslinjer	1-7	7
Sykehuset Innlandet HS, 2011	Omsorgsmodell	1-4	4
Kiplesund og Klippen, 2015	Prosedyre	1-3	3
Moss et al., 2007	Samspillveileder	3-64	62
Haaland, 2009	Kapittel i bok	14-25	11
Haugan, 2009	Kapittel i bok	98-110	12
Karoliussen, 2011	Kapittel i bok	15-40	25
Markestad, 2008	Kapitler i bok	11-18 & 40-61	28
Ravn, 2009	Kapittel i bok	244-258	14
Sandtrø, 2009	Kapittel i bok	57-78	21
Saugstad, 2009	Kapittel i bok	9-46	37
Steinnes, 2009	Kapittel i bok	27-53	26
Tandberg, 2009	Kapittel i bok	224-240	16

Tveiten, 2007	Kapitler i bok	50-74, 80-124 & 127-177	118
Tveiten, 2013	Kapitler i bok	23-27, 30-40, 79-98 & 157-192	68
Vang, 2009	Kapittel i bok	51-62	11
			918