

BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan sykepleier bidra til et godt samspill
mellom foreldre og premature barn innlagt på
nyfødt intensiv?

KANDIDATNUMMER: 842

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling for Helse, Omsorg og Sykepleie
Bachelor i sykepleie, Mai 2011

Dato:08.05.11.

Antall ord: 9427

Sammendrag av bacheloroppgaven

Tittel:	<u>Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til et godt samspill mellom foreldre og premature barn innlagt på nyfødt intensiv?</u>	Dato : 08.05.11
Deltaker(e)/Kandidatnr:	<u>Gruppenummer 842</u>	
Veileder(e):	<u>Kari Hugsted</u>	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Prematur, foreldre, samspill, nyfødt intensiv, kengurumetoden.</u>	
Antall ord: 9427	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Premature barn har svake og diffuse kommunikasjonsmåter. Det kan være vanskelig for foreldrene å tolke barnets signaler.</p> <p>Premature barn har også en lavere toleranse for samspill med sine omgivelser enn barn født til termin.</p> <p>I denne oppgaven har jeg tatt for meg hvordan sykepleier kan bidra for å sikre at det opprettes et godt samspill mellom premature barn og deres foreldre i den tiden barnet er innlagt på nyfødt intensiv avdeling.</p> <p>Et viktig fokusområde i oppgaven er hvordan sykepleier kan opprette et tillitsforhold til foreldrene til det premature barnet, basert på Joyce Travelbee's beskrivelse av et menneske-til-menneske-forhold.</p> <p>Undervisning og veiledning av foreldre til premature barn i forhold til samspill er også vektlagt i oppgaven.</p>		

Abstract of bachelor thesis

Title:	How can a nurse contribute to a good interaction between parents and a premature infant admitted to a Neonatal Intensive Care Unit?	Date :	08.05.11
Participants/ Candidate number:	Group number 842		
Supervisor(s)	Kari Hugsted		
Employer:			
Keywords (3-5)	Premature infant, parents, nicu, interaction, kangaroo care.		
Number of words: 9427	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential):	
Short description of the bachelor thesis:			
<p>Premature infants have weak and diffuse methods of communication. It may be difficult for the parents to interpret the infants signals.</p> <p>Premature infants also have a lower tolerance for interacting with their environment than infants born at term.</p> <p>In this the thesis I have focused on how a nurse can contribute to ensure the establishment of a good interaction between the preterm children and their parents during the time the child is admitted to the neonatal intensive care unit.</p> <p>An important focus in this thesis is how a nurse can create a trust relationship with parents of premature infants, based on Joyce Travelbee's description of human-to-human relationships. Education and counseling of parents of premature infants in relation to interaction is also an important aspect of the thesis.</p>			



Hvis du bliver hos meg

Hvis du rører ved meg

Hvis du ser på meg og smiler til meg

Hvis du innimellom lytter til hva jeg sier før du selv taler

Vil jeg gro, virkelig gro

(Harelius og Rasmussen 1993)

Innhold

Sammendrag av bacheloroppgaven.....	2
Abstract of bachelor thesis	3
Innhold	5
Innledning.....	7
Presentasjon av tema og problemstilling.....	7
Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	7
Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	8
Oppgavens oppbygging.....	8
Metodedel.....	10
Litteraturstudium som metode	10
Litteratursøk	11
Kildekritikk	12
Hospitering	12
Teoridel	13
Sykepleieteori.....	13
Sykepleieprosessen.....	14
Joyce Travelbees sykepleieteori knyttet opp mot sykepleieprosessen.....	15
Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende	17
Foreldreveiledning	18
Kriseteori.....	19
Premature barn	20
Samspill.....	21
Hva er samspill mellom foreldre og barn?	22
Samspill mellom foreldre og premature barn.....	22
Forhold som vanskeliggjør samspill	23

Kengurumetoden	24
Drøftingsdel.....	26
Første møte med nyfødtavdelingen	26
Sykepleier møter foreldrene for første gang	26
Foreldrene møter barnet for første gang.....	27
Under oppholdet.....	28
Kontinuerlig informasjon	29
Å tolke barnets signaler.....	29
Kengurumetoden som virkemiddel for samspill	29
Samspill i stellsituasjonen	30
Kan den problemløsende metode anvendes overfor foreldrene til premature barn?.....	30
Forhold som vanskeliggjør samspill – kan disse begrenses?	33
Konklusjon	35
Etterord.....	37
Litteraturliste	39

Innledning

Presentasjon av tema og problemstilling

Som tema har jeg valgt samspill mellom premature barn og deres foreldre.

Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til et godt samspill mellom foreldre og premature barn innlagt på nyfødtavdeling?

Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg valgte dette temaet fordi det er noe jeg interesserer meg for og kunne tenke meg å vite mer om.

Personlig ønsker jeg å arbeide på en nyfødtavdeling en gang i fremtiden, og ser på denne oppgaven som en mulighet til å skaffe meg relevant kunnskap som jeg kan ha nytte av senere.

Det er mange aspekter en sykepleier må fokusere på overfor foreldre og barn når barnet er innlagt på nyfødt intensiv. Blant disse er informasjon, undervisning og veiledning, amming og samspill. I denne oppgaven har jeg valgt å legge hovedvekt på samspill. Det å tilrettelegge for et godt samspill mellom foreldre og barn på et tidlig tidspunkt er viktig for barnets videre utvikling og for at foreldrene skal bli kjent med barnet sitt og opprette en god foreldrerolle.

Før jeg begynte arbeidet med denne oppgaven hadde jeg den oppfatningen at det å få et prematurt barn kan være en stor belastning for foreldrene. Når et barn fødes til termin legges det stor vekt på at barnet skal få ligge på mors bryst rett etter fødsel. Slik knyttes de første båndene mellom mor og barn, og barnet får kjenne varmen og lukten av mor. Ved en prematur fødsel blir som oftest barnet fjernet fra foreldrene umiddelbart. Barnet trilles til nyfødt intensiv hvor det blir plassert i en kuvøse for å regulere kroppstemperaturen. Ofte kan det gå timer før foreldrene får se barnet for første gang. Før fødselen har foreldrene en forestilling om hvordan barnet kommer til å se ut, og premature barn lever ofte ikke opp til disse forventningene. Det kan være vanskelig for foreldrene å se det lille barnet i kuvøsen, gjerne tilkoblet forskjellige maskiner. Mange synes ikke at premature barn er spesielt fine, og foreldrene kan være skuffet og føle seg mislykket.

Det er mye foreldrene må forholde seg til ved en prematur fødsel: barnets sykdomstilstand, angst for at noe skal skje med barnet, overvåkningsutstyr, sykepleiere og leger på avdelingen, det at barnet ikke lever opp til forventningene om det perfekte spedbarn. Alle disse faktorene kan virke ødeleggende når det første samspillet mellom foreldre og barn skal finne sted.

Igjennom arbeid på kombinert føde- og barselavdeling har jeg skaffet meg kunnskap og erfaring om normal fødsel og nyfødte barn. Jeg har opplevd hvordan samspillet mellom foreldre og barn foregår de første dagene. Jeg har sett hvor viktig øyekontakt og hudkontakt mellom foreldrene og barnet er.

Med disse erfaringene som bakgrunn vil jeg gjerne finne ut hvordan samspillet mellom foreldre og barn opprettes når muligheten for hudkontakt og interaksjon er begrenset.

Avgrensning og presisering av problemstillingen

I oppgaven min har jeg valgt å fokusere på samspill mellom foreldrene og det premature barnet i den tiden barnet er innlagt på nyfødt intensiv. Arenaen for interaksjonen mellom sykepleieren og foreldrene til det premature barnet er inne på nyfødtavdelingen.

Jeg har valgt å fokusere på de lett premature barna, født i svangerskapsuke 32-36. Disse barna har ofte få komplikasjoner. Det er derfor muligheter for å ta det premature barnet ut av kuvøsen og oppnå fysisk kontakt med foreldrene. Arbeidet med å opprette et godt samspill mellom foreldre og barn kan starte umiddelbart.

Oppgavens oppbygging

I teoridelen vil jeg ta for meg teoretiske aspekter som er viktige for min problemstilling. Teorien er hentet fra tidligere skrevet litteratur.

I drøftingsdelen vil jeg ta for meg den teorien jeg har belyst i teoridelen og forsøke å knytte den opp mot problemstillingen. Jeg vil drøfte teorien og belyse den fra flere synspunkter.

Jeg vil deretter samle alle tråder fra teoridelen og drøftingsdelen, og komme fram til en konklusjon, eller en form for svar på problemstillingen.

Til slutt vil jeg beskrive hvordan arbeidet med oppgaven har utviklet seg, og hva jeg opplever å ha fått ut av det.

Metodedel

Litteraturstudium som metode

Vilhelm Aubert definerer (i følge Dalland 2008, s. 83) en metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører til i arsenalet av metoder (Dalland 2008 s. 83)

Når jeg leser Auberts metodedefinisjon får jeg assosiasjoner til det mye brukte ordtaket ”det er mange veier til Rom”. I det jeg formulerer en problemstilling er jeg på jakt etter en slags konklusjon eller svar på problemstillingen. Dette er målet med arbeidet. Det finnes mange forskjellige metoder man kan benytte for å nå dette målet.

Jeg mener den viktigste delen av arbeidet med en oppgave er å lete meg fram til kunnskap, tolke den og gjøre kunnskapen til min egen. Selve prosessen er nøkkelen til måloppnåelse.

Denne oppgaven er et litteraturstudium. Med det menes at informasjon i forhold til oppgaven skal letes fram i litteraturen. Man skal altså undersøke det som allerede er skrevet om temaet og knytte dette opp mot sin egen problemstilling.

Når jeg har funnet litteratur som er relevant for problemstillingen min, starter en bearbeidingsprosess. Jeg leser igjennom teksten for å få et begrep om hva den handler om, og merker meg aspekter som jeg kan benytte i oppgaven min. Jeg skaffer meg en formening om hva forfatteren har tenkt da han skrev teksten. Kan teksten tolkes på forskjellige måter, og dermed ha flere meninger? Hva er i så fall den meningen forfatteren har ønsket å fremme? Etter at jeg har tolket teksten og kommet fram til en forståelse av den, tilstreber jeg å finne en god måte å sette den i sammenheng med min problemstilling. Igjennom å arbeide målrettet med en tekst tilegner jeg meg nye kunnskaper og får en dypere innsikt i temaet. Det er altså ikke det å komme fram til et svar på problemstillingen som er det viktigste i arbeidet med en slik oppgave, men det å bearbeide og tolke litteratur for å kunne skaffe seg en dypere forståelse av problemstillingen.

Jeg mener det er et par ulemper ved et litteraturstudie. En kan lett bli påvirket av synspunktene til de ulike forfatterne. Samtidig kan det være lett å velge litteratur som støtter

egne synspunkter og la være å ta med litteratur som kan sette disse på prøve.

Dette har jeg vært veldig oppmerksom på i bearbeidingen av litteratur.

I oppgaven har jeg benyttet kvalitativ metode. Det vil si at temaene jeg har tatt for meg ikke kan måles eller beskrives ved hjelp av tall.

Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2008).

Litteratursøk

I oppgaven har jeg benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur fra biblioteket og artikler som jeg har funnet ved å søke i databaser.

Artiklene som er brukt i oppgaven har jeg funnet ved å søke med databasen Academic Search Elite.

Søkeord jeg har brukt er: premature infant, parents, nicu, interaction og kangaroo care.

Ved å kombinere disse søkeordene har jeg funnet fram til tre artikler som jeg har valgt å benytte meg av. Her er et eksempel på hvordan jeg har kombinert søkeordene for å begrense antall treff:

Først søkte jeg på premature infant, og fikk da 4290 resultater. Da jeg kombinerte premature infant med parent fikk jeg 259 treff. Da jeg kombinerte premature infant, parent og interaction endte jeg opp med 23 treff. Da ble det mye enklere å plukke ut artikler som var aktuelle for meg. Denne prosessen gjennomførte jeg også med de andre av søkeordene, og fikk dermed litt forskjellig vinkling på artiklene. Søkeordene NICU, parent og interaction kombinert, ga for eksempel 11 treff.

I tillegg til artikkelsøk har jeg også tatt kontakt med prematurforeningen og har fått tilsendt en del informasjonsmateriell som deles ut til medlemmer. Det var veldig nyttig for meg å lese igjennom denne informasjonen, det ga meg et innblikk i hva det er vanlig å legge fokus på når man informerer foreldre til premature.

I tillegg til at jeg har funnet fagbøker på skolens fagbibliotek, har jeg også vært på et folkebibliotek. Her hadde de noen informasjonbøker til foreldre med premature barn. Samtidig fikk jeg tak i bøker hvor foreldre selv forteller hvordan de har opplevd det å få et prematurt barn og hvordan de har blitt ivaretatt på sykehuset.

Å lese disse bøkene innledningsvis i arbeidet ga meg en sterkere interesse for temaet, og en dypere forståelse av hva disse foreldrene gjennomgår.

Jeg vil understreke at jeg ikke har basert oppgaven min på litteratur funnet på folkebiblioteket. Den litteraturen er brukt som supplement til faglitteratur. Jeg er klar over at det er et stort skille mellom et fagbibliotek og et folkebibliotek med tanke på litteraturens målgruppe og faglig relevans.

Kildekritikk

Når jeg har ledd etter litteratur, har jeg satt meg noen kriterier. For det første har jeg tilstrebet å finne litteratur som er nokså ny av dato, aller helst utgitt etter år 2000. Dette fordi nyfødtmedisin er et felt i rask utvikling, og det blir satt mer og mer fokus på samspillet mellom premature barn og foreldre.

Jeg har valgt å fokusere på Joyce Travelbees sykepleieteori i oppgaven, og bruker boken hennes, Mellommenneskelige forhold i sykepleie (1999). Dette er den eldste kilden jeg har benyttet meg av. Jeg synes fremdeles Travelbees synspunkter fremdeles er relevante i dag. Boken er oversatt fra engelsk til norsk. Dette kan være en ulempe, da viktige personlige meninger og særegenheter kan gå tapt i oversettelsesprosessen.

All annen litteratur jeg har benyttet meg av har vært på originalspråket.

Hospitering

For å tilegne meg litt mer kunnskap om temaet jeg skriver om, organiserte jeg en todagers hospitering på en nyfødtavdeling. Dessverre var det ingen barn på avdelingen de dagene jeg var tilstede, så jeg fikk ikke observert samspill mellom foreldre og barn eller interaksjon mellom sykepleier og foreldre. Jeg fikk allikevel mye utbytte av disse to dagene. Personalet på avdelingen ga meg mange tips både om hvordan jeg kunne vinkle og bygge opp oppgaven, og om faglitteratur jeg kunne benytte meg av.

Det var veldig nyttig å hospitere på nyfødtavdelingen, spesielt med tanke på oppgavens avgrensning.

Teoridel

Sykepleieteori

Sykepleien fokuserer på de livsområdene sykepleiere retter fokus mot og har spesiell kompetanse til å ivareta (Kristoffersen 2008a). Fokusområdene til sykepleien er beskrevet av forskjellige sykepleieteoretikere. Joyce Travelbee er en av disse. Hun legger stor vekt på de mellommenneskelige forhold i sykepleien, og kommunikasjon. Det finnes også sykepleieteoretikere som har hovedfokus på menneskets grunnleggende behov.

Selv om det finnes forskjellige teorier om sykepleiens fokus, er pasientens helse, livskvalitet og mestring sentrale mål som går igjen (Kristoffersen 2008a).

Grunnleggende verdier i sykepleien er nestekjærlighet og barmhjertighet. De danner grunnlaget når vi utøver faglig forsvarlig kunnskapsbasert sykepleie (ibid).

Sykepleien har følgende funksjoner:

1. Helsefremmende og forebyggende
2. Behandlende
3. Lindrende
4. Rehabiliterende
5. Undervisende
6. Administrativ
7. Fagutviklende (ibid).

Jeg har valgt å benytte sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee fordi hun fokuserer mye på mellommenneskelige forhold og kommunikasjon. Dette er veldig relevant for problemstillingen min.

Travelbee's definisjon av sykepleie er som følger:

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

Jeg mener Travelbee's måte å beskrive pasientens situasjon på er aktuell for oppgaven min. Dette med tanke på situasjonen foreldre til premature barn befinner seg i. Når man arbeider med foreldre til premature barn mener jeg det er viktig å huske på at foreldrene ikke har en egenomsorgssvikt, men at de befinner seg i en krise.

Travelbee mener pasienter som befinner seg i en krise er i en situasjon preget av lidelse og mangel på opplevelse av mening. Ulike grader av lidelse beskrives som forbigående ubehag, sterk angst, alvorlig fortvilelse og apatisk likegyldighet (Kristoffersen 2008b).

Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess som tar sikte på å hjelpe et samfunn, en familie eller et individ ved hjelp av sykepleiens spesielle metoder (kommunikasjon, bruke seg selv terapeutisk og målrettet intellektuell tilnærming). De metodene brukes for å opprette et menneske-til-menneske forhold, og igjennom dette forholdet forebygge lidelse, bære og eventuelt finne mening i lidelsen (ibid).

Sykepleieprosessen

Fagermoen (1980) skriver (i følge Kristoffersen 2008a) at den amerikanske sykepleieren Hildegard Peplau var den første til å benytte seg av begrepet sykepleieprosessen (the nursing process), og hun beskrev den som "alt det som skjer mellom pasient og sykepleier"

Sykepleieprosessen er en egen tenkemåte som anvendes av sykepleiere. Betegnelsen står også for det sykepleiere *gjør* når de pleier pasienter. Sykepleieprosessen er med andre ord en tilnæringsmåte til sykepleierens arbeid som dekker både tanke og handling (Gjengedal og Jacobsen 2001 s. 106).

Formålet med sykepleieprosessen er å gi sykepleiere en ramme som de kan bruke når de skal beskrive pasienters helsetilstand og hvordan sykepleiere hjelper pasienter med å oppfylle ulike helsebehov. Sykepleieprosessen gir veloverveide, men fleksible retningslinjer for planlegging, implementering og evaluering av effektiv individuell sykepleie (ibid).

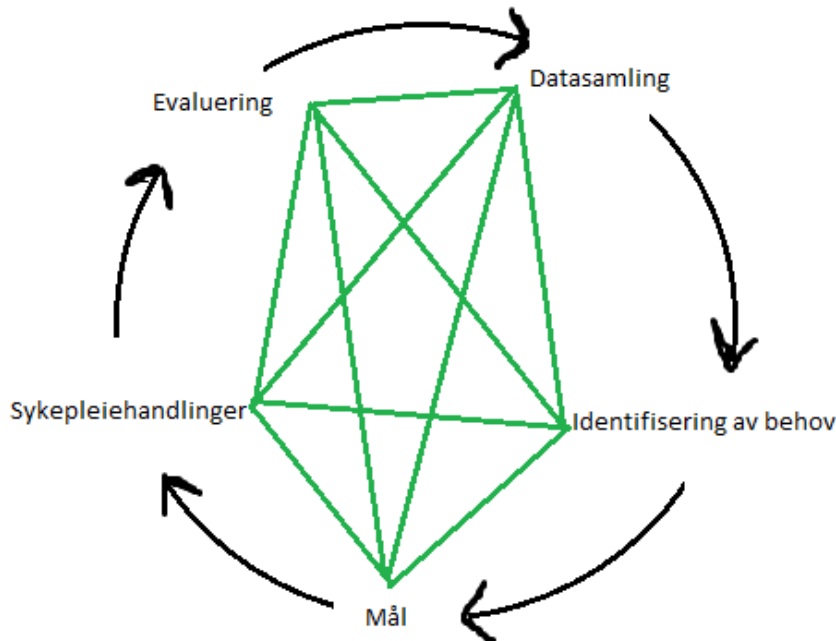
Sykepleieprosessen omfatter to dimensjoner: problemløsning og samhandling.

Vektleggingen av disse dimensjonene varierer hos ulike forfattere. Det er et teoretisk skille mellom problemløsning og samhandling, men de er to komplementære aspekter ved sykepleie, og må virke sammen (Kristoffersen 2008a).

Problemløsningen begynner i det øyeblikket sykepleieren står overfor en pasient.

Utgangspunktet for problemløsningen er pasienten og hans situasjon. Kunnskap om dette får sykepleieren igjennom datasamling (ibid).

Kristoffersen (2008a) deler problemløsningen inn i fem faser: datasamling, problemidentifisering, målidentifisering, gjennomføring av sykepleiehandlinger og evaluering. Dette kan illustreres i en figur:



Fasene kan følges trinn for trinn (sorte piler), men de vil ofte overlape og påvirke hverandre (grønne streker). Når evalueringsprosessen er ferdig vil man ofte se at man har kommet fram til et nytt problem, og prosessen starter på nytt. Prosessen kan da illustreres som en spiral som beveger seg oppover – man når nye høyder i problemløsningen etter hvert som man får et dypere innblikk i pasientens situasjon (Kristoffersen 2008a).

Joyce Travelbees sykepleieteori knyttet opp mot sykepleieprosessen

Travelbee fokuserer mye på å opprette menneske-til-menneske-forhold i forbindelse med samhandlingen i sykepleieprosessen.

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved

disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. (Travelbee 1999 s.177).

Travelbee beskriver hvordan familien også kan trenge hjelp ved sykdom. Dette er veldig relevant for min problemstilling fordi sykepleieren også må fokusere på foreldrene når hun skal hjelpe til med å opprette et godt samspill mellom foreldre og barn.

Den syke er medlem av en familie, og det som skjer med den ene i familien, vil også innvirke på de andre (Travelbee 1999).

Her beskriver Travelbee familien som et system. Når et familiemedlem blir sykt vil det påvirke hele familien, og familiesystemet vil få en svikt.

Indirekte vil sykepleieren være til hjelp for familien ved å gi den syke god og kompetent sykepleie. Mer direkte bør hun gå inn for å bli kjent med den sykes familie. Hun bør snakke med dem og lytte til dem. Familien er ofte hos den syke i timevis om gangen, og noen er der hele døgnet. Under slike forhold kan de pårørende ofte bli fysisk utmattet og følelsesmessig tappet. Den følelsesmessige anstrengelsen og ensformigheten ved å sitte og vente har sine omkostninger. For sykepleieren er det imidlertid lettere å bli kjent med familiemedlemmer som er til stede så mye (ibid).

Det er viktig å huske på at de pårørende til premature barn ikke er syke, men som Travelbee beskriver, kan det å være på sykehuset store deler av tiden være fysisk utmattende.

Slik beskriver Travelbee den problemløsende delen av sykepleieprosessen:

I termen ”disiplinert intellektuell tilnæringsmåte” ligger en logisk metode for tilnærming til problemer, innholdet i eller det teoretiske aspektet ved sykepleierens praksis, det vil si kunnskaper og innsikt i begreper og prinsipper fra fysikk, biologi, atferdsvitenskaper, sykepleievitenskap og medisin, og den tilhørende evnen til å ta i bruk disse begreper og prinsipper i omsorgen for andre (Travelbee 1999 s. 42).

Den som innehar og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte er i stand til å tenke logisk, reflektere, resonnere og overveie. Han eller hun har evne til å finne fram til og trekke ut mening i de enkelte sykepleiesituasjoner og å underbygge denne meningen (ibid).

I praksis anvender den profesjonelle sykepleieren en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte i kombinasjon med en terapeutisk bruk av seg selv (ibid).

Travelbee legger også mye vekt på å bruke seg selv terapeutisk.

Skal en kunne bruke seg selv effektivt som endringsagent, eller handle effektivt i sykepleiesituasjoner, er det vesentlig at en vet hvordan ens egen atferd påvirker andre. Med gradvis økende selvinnsett vil en bli i stand til å gi slipp på automatiske og stereotype reaksjoner, og å etablere nye og mer virksomme relasjoner til andre (Travelbee 1999 s. 44).

Å bruke seg selv terapeutisk, dreier seg om evnen til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene (Travelbee 1999).

Undervisning og veiledning av pasienter og pårørende

Veiledning og undervisning har til hensikt å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning (Tveiten 2009).

De fleste mennesker vil i sammenheng med sykdom og lidelser hos seg selv eller nærstående ha behov for å vite, forstå og mestre symptomer, behandling og konsekvenser av symptomer og behandling (ibid).

Tveiten legger i sin bok "Pedagogikk i sykepleiepraksis" vekt på at undervisningen og veiledningen av pasienter og pårørende skal individualiseres og at den skal være kontinuerlig under hele oppholdet. Det er viktig at sykepleieren finner ut hva pasienten tenker om sin situasjon og tilsand, og ikke minst hvilke opplysninger pasienten har funnet fram til på egenhånd. I dag er det vanlig at pasienter og pårørende finner informasjon på internett. Mange pasienter bygger sine forventninger ut ifra det de finner ut på egenhånd. Ofte kan det være uoverensstemmelser mellom det som finnes på internett og sykepleierens fagkunnskaper. Dette kan resultere i at pasientens forventninger ikke blir møtt (ibid).

Travelbee (1977) beskrev (i følge Tveiten 2009) at ved bevisst å legge vekt på å utvikle et ”menneske-til-menneske-forhold” kan sykepleieren legge til rette for at undervisning og veiledning blir individuelt tilpasset den enkelte på den enkeltes premisser.

Undervisning og veiledning muliggjør autonomi og medvirkning for pasient og pårørende. Brukerundersøkelser viser at informasjonsbehovet til pasienter og pårørende ikke ivaretas i tilstrekkelig grad (Tveiten 2009).

Foreldreveiledning

Mange foreldre føler seg usikre når de kommer inn i en moderne nyfødt intensiv. Der finnes mye teknologi som de ikke forstår betydningen av. Avdelingen er full av personale som tilsynelatende kjenner barnets beste mye bedre enn foreldrene selv. Det at barnet er tilkoblet elektroniske apparater og ligger skjermet inne i en kuvøse, kan se unaturlig og fremmed ut (Saugstad 2009).

Veiledning av foreldre er en oppgave for sykepleiere. Når barn er på sykehus eller er akutt eller kronisk syke, kan foreldrene ha behov for veiledning. Foreldrene er barns pårørende, og et helhetssyn på sykepleie tilsier at foreldrene er en målgruppe for sykepleie (Tveiten 2008).

Det er viktig å møte foreldrene der de er, høre hva de er opptatt av, hva de tenker og hva de har behov for. Foreldreveiledning har til hensikt å styrke foreldrenes kompetanse som foreldre og legge til rette for godt samspill mellom foreldre og barn (ibid).

Det er viktig å huske på at når barnet er sykt, er deler av omsorgen helsepersonellens ansvar, men når barnet skrives ut, skal foreldrene igjen overta. Man må kartlegge foreldrenes ressurser til å ivareta barnet. Vi er som helsepersonell eksperter på faget vårt, men foreldrene er eksperter på sitt barn og sin familie. Det er foreldrene selv som vet hva som kan være gode løsninger for dem (ibid).

Foreldre til syke barn har ofte behov for å dele opplevelsene sine med andre i samme situasjon. Da kan det være hensikmessig å opprette foreldregrupper som møtes med jevne mellomrom for å dele sine erfaringer og opplevelser. Foreldregrupper er en fin arena for undervisning og veiledning. Man kan invitere fagpersoner som kan holde foredrag om bestemte tema (Tveiten 2008).

Det er viktig å huske på at mor og far ofte kan ha forskjellige behov for veiledning og interaksjon med barnet. Mor kan ofte sitte ved kuvøsen i timevis og føle at hun er tilstede for barnet sitt, og dette kan være nok for henne. Far har ofte et sterkt beskyttelsesinstinkt, og kan føle at det å sitte og se på barnet er lite givende. Det har vist seg at far har et større behov for å delta i daglig stell, og dermed gjøre noe fysisk for å tilfredsstille barnets behov (Tandberg m.fl 2009). Ofte er mor mye på sykehuset, gjerne mange timer per dag. I fars tilfelle kan dette føles nytteløst, og han tilbringer ikke like mye tid på sykehuset (ibid).

I sin artikkel, *the parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement*, konkluderer Fergan og Helseth (2009) med følgende: En sykepleier som er bevisst på å finne en balanse mellom nærhet og avstand kan positivt påvirke foreldrenes uavhengighet og mestring, samt sin egen evne til å håndtere nære relasjoner til sine primærpasienters foreldre.

Kriseteori

Det å få et prematurt barn skjer ofte raskt og uventet. Et normalt svangerskap kan utvikle seg til en prematur fødsel fra den ene dagen til den neste (Saugstad 2009). For foreldrene kan dette utarte seg som en krise.

”Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Håkonsen 2008).

Som oftest er det å få et prematurt barn noe foreldrene verken har gjennomgått tidligere eller forberedt seg på, og derfor er det vanskelig for foreldrene å vite hvordan man skal takle situasjonen.

I følge Johan Cullberg (2007) kan en krise deles inn i fire faser. Den første fasen er sjokkfasen, og den varer kun over en kort periode. I denne fasen stenger individet virkeligheten ute, og klarer ikke å ta inn over seg eller bearbeide hendelsen. Ofte kan personen være rolig utad, mens under overflaten hersker kaos (Cullberg 2007).

Reaksjonsfasen er neste fase. Nå innser individet hva som har skjedd, og slutter å fornekte det. Som oftest vil individet forsøke å finne en mening med det som har skjedd.

Etter reaksjonsfasen kommer bearbeidingsfasen, hvor pasienten igjen klarer å rette blikket fremover, og gjenopptar tidligere aktiviteter (ibid).

Til slutt kommer nyorienteringsfasen. Her lever individet videre med arret etter det som har skjedd. Individet har kommet seg igjennom krisen, men fremdeles kan det dukke opp igjen vonde følelser i forbindelse med hendelsen. Nyorienteringsfasen har ingen avslutning, siden individet alltid vil bære med seg spor av hendelsen (ibid).

Mennesker i krise kan gå frem og tilbake mellom de ulike fasene. Det er viktig at helsepersonell forstår (og handler etter) at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom hvor sykt barnet er og hvor fortvilte foreldrene er (Tandberg og Steinnes 2009)

En studie foretatt i Tyskland har tatt for seg den traumatiske påvirkningen av prematur fødsel og påfølgende sykehusopphold på nyfødteintensiv avdeling. En stor andel mødre til premature barn viste symptomer på traume eller krise lenge etter at barnet ble utskrevet fra sykehuset (Jotzo og Poets 2005).

Studien ble foretatt ved Department of Neonatology, University Children's Hospital, Tuebingen, Tyskland. Et utvalg mødre med premature barn fikk ekstra oppfølging under tiden barnet var innlagt på nyfødteavdeling. Intervensjonen bestod av krisehåndtering og ekstra oppfølging fra psykolog under hele barnets sykehusopphold. Alle mødrene ble kontaktet av avdelingens psykolog innen fem dager etter fødsel for samtale. Det ble foretatt generelle traumeforebyggende tiltak (ibid).

Ved utskrivelse viste mødre i gruppen som hadde fått ekstra oppfølging betydelig færre symptomer på at prematur fødsel og påfølgende neonatalperiode hadde hatt traumatisk påvirkning. Dette kom til uttrykk igjennom færre generelle tegn på traume og krise. Kun 9 prosent av kvinnene i denne gruppen viste tegn på klinisk signifikant psykologisk traume ved barnets utskrivelse, mens i kontrollgruppen viste hele 76% av mødrene symptomer på slik traume (ibid)

Premature barn

Et normalt svangerskap varer normalt 37 – 42 uker, og normal fødselsvekt er mellom 2,5 og 4,5 kg (Saugstad 2009).

Dersom barnet blir født før graviditetsuke 27 er det i følge verdens helseorganisasjon (WHO) å regne som for tidlig født, eller prematurt (ibid).

I 2008 ble det født 60 543 barn i Norge. Av disse ble 253 barn (0,4%) født mellom svangerskapsuke 22 og 27 (Medisinsk fødselsregister 2008)

Premature som veier mellom 1,5 og 2,5 kg ved fødselen har som regel få problemer, mens de som veier under 1000 gram representerer en stor medisinsk utfordring (ibid).

Premature kan i følge Saugstad 2009 deles inn i tre kategorier:

1. Lett premature (svangerskapslengde 32 – 36 uker). Disse barna får sjelden alvorlige problemer, men kan ha behov for litt oksygen på grunn av pusteproblemer. De kan ofte få problemer med å spise og med å holde kroppstemperaturen oppe.
2. Moderat premature (svangerskapslengde 28 – 31 uker). Disse barna har ofte umodne lunger og blir lagt på respirator eller det blir benyttet CPAP for å hjelpe dem med å puste.
3. Svært premature (svangerskapslengde mindre enn 28 uker). Trenger nesten alltid respiratorbehandling eller CPAP-behandling grunnet umodne lunger. Barna er veldig utsatt for sykdommer og skader på grunn av at de er så små (ibid)

For premature er det forskjellige lungesykdommer som utgjør de største problemene.

Ductus arteriosus (arteriekanalen) som pumper blod fra lungepulsåren over i aorta pleier normalt å lukke seg kort tid etter fødselen. Hos premature hender det at denne forblir åpen, og dette er en stor belastning på barnets lunger. Dette fører ofte til at barnet trenger respiratorbehandling (Saugstad 2009).

Det er også vanlig at premature får pustepauser (apné) fordi pustesenteret i hjernen er umodent. For tidlig fødte barn er også ekstra utsatt for infeksjoner, gulsott, lav blodprosent, hjerneblødning, tarmbetennelse, preventrikulær leukomalasi (skade i hjernevevet), kramper, lavt blodtrykk, øyeskader og hudproblemer (ibid)

Samspill

Når barn er innlagt på sykehuset er det viktig at vi som sykepleiere bidrar til å utvikle et godt samspill mellom foreldre og barn. Samsillet er grunnlaget for barnets videre utvikling og evne til gode relasjoner til andre mennesker senere i livet og til mestringskompetanse i eget liv og egen helse. Noen sykehus er godkjent som ”mor-barn-vennlige” av Verdens helseorganisasjon. Det innebærer at amming og samspill vektlegges (Tveiten 2008).

Hva er samspill mellom foreldre og barn?

Et foster og et nyfødt barn kan gjenkjenne morens og farens stemmer og lukter. Den nære kontakten ved at barnet får ligge inntil mors eller fars bryst dannet et godt grunnlag for det senere samspillet mellom foreldre og barn. Barn er avhengig av kos og kroppskontakt, og det er derfor ugunstig at barnet ligger alene i kuvøsen dersom det er i stand til å være utenfor (Saugstad 2009).

Samspill kan forklares på ulike måter. Det handler blant annet om at ulike aktiviteter hos barn og voksne blir koordinert på en slik måte at det skaper en felles enhet eller aktivitet mellom den voksne og barnet (Tandberg og Steinnes (2009).

Samspill mellom foreldre og premature barn

Ved en prematur fødsel blir foreldrene skilt fra barnet etter fødselen, og barnet er fysiologisk og psykologisk umodent. Dette gjør utgangspunktet for samspillet vanskeligere (Tandberg og Steinnes 2009).

I begynnelsen av sykehusoppholdet til et prematurt barn vil den viktigste oppgaven for sykepleiere og leger ofte være å sikre overlevelse uten store medisinske komplikasjoner. Når barnets tilstand har stabilisert seg, endres fokus, og i denne fasen bør samspill mellom foreldre og barn få en viktig plass i den daglige pleien og omsorgen (ibid).

Samspill mellom barn og foreldre handler mye om observasjoner og å tolke signaler. Premature barn gir svakere og vanskeligere tolkbare signaler i samspillet enn barn født til termin. De trenger dessuten ofte lang tid på å bearbeide informasjonen og besvare den voksnes utspill (Grønseth og Markestad 2006, Prematurforeningen 2002/2003).

Jeg mener det er viktig at foreldrene igjennom samvær med barnet lærer å lese barnets signaler, og etter hvert forstår barnets reaksjoner og individualitet.

Smith og Ulvlund (2004) beskriver (i følge Tandberg og Steinnes 2009) et godt samspill mellom foreldre og premature barn slik:

et godt samspill kjennetegnes ved at barn og omsorgspersoner er samstemte, og innebærer at barn og voksne deler erfaringer og opplevelser, samt at

omsorgspersonene er sensitive og responsive på det for tidlig fødte barnets signaler og greier å fange opp dets initiativ.

Det at premature barns signaler er vanskeligere å tolke kan gjøre at foreldrene får en følelse av at barnet avviser kontakt, eller at de selv mangler kompetanse i å kommunisere med barnet (Grønseth og Markestad 2006). Informasjon og veiledning er viktig for å forebygge utvikling av samspillsvanser (ibid). Vi som sykepleiere har altså i følge Grønseth og Markestad en viktig oppgave overfor foreldrene i å veilede og hjelpe dem med å kommunisere med det premature barnet og hjelpe dem til å tolke tegnene barnet gir fra seg. Her kommer erfaringene til sykepleierne på nyfødtafdelingen godt med.

Det kan gi barnet en opplevelse av ro og trygghet når mor og far (eller sykepleier) responderer på dets signaler på riktig måte (Tandberg og Steinnes 2009).

Forskning viser at premature barn har større risiko for å utvikle fysiske, motoriske, atferdsmessige og kognitive utviklingsforstyrrelser igjennom oppveksten (Tandberg og Steinnes 2009)

For å opprette et godt samspill mellom foreldre og for tidlig fødte barn er det viktig å kartlegge behov og sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt. Det umodne, premature barnet gir diffuse signaler om ønsker og behov til foreldrene og omgivelsene. Dette kan skape et uheldig omsorgsmiljø. Barnets nærmeste og viktigste omsorgspersoner trenger kunnskaper og veiledning, slik at de forstår, kommuniserer med og stimulerer barnet sitt på en individuell og optimal måte. Det er derfor viktig at foreldre så tidlig som mulig blir integrert i stell og pleie av barnet. Utøvelse av foreldrerollen har stor betydning for samspillet mellom foreldrene og barnet (ibid).

Forhold som vanskeliggjør samspill

Tandberg og Steinnes påpeker fire forhold som kan bidra til vanskelig samspill mellom foreldre og for tidlig fødte barn:

1. Barnets forutsetninger

Det premature barnet er umodent på mange områder. Hjernen er umoden, og barnet bruker derfor lengre tid på å bearbeide ytre stimuli. Barnet bruker mye energi på å regulere balansen i blodsirkulasjonen, respirasjonen og kroppstemperaturen, og sammen med et generelt høyt fysiologisk stress som også

påvirker barnet blir det lite krefter igjen til samspill med omgivelsene. Samspillet kan også bli utfordrende fordi premature barn har en annen atferd og gir andre signaler.

2. Sykehusmiljøet

Det er stort fokus på å redde liv ved sykehusavdelingene, og dette er utrolig viktig. Men nyfødtafdelinger må også anerkjenne psykososiale forhold som betydningsfulle for barnets videre utvikling, og dette må avspeiles i avdelingens behandling og sykepleie.

Miljøet på nyfødtafdelinger kan skjule ubemerket gråt eller mistrivsel hos barnet. I tillegg er det mye fysisk atskillelse mellom foreldre og barn, ofte grunnet kuvøsen og begrenset besøkstid.

3. Foreldrenes forutsetninger

Mor og far er ofte psykisk medtatte etter fødselen, og mange har lite krefter i den første tiden etter en prematur fødsel. Mange foreldre trenger veiledning og opplæring, slik at de kan lære å forstå sitt eget barns individualitet og bli kjent med hvordan det reagerer i ulike situasjoner (stell, mating).

4. Sykepleierens kompetanse

Sykepleierne står i en unik posisjon for å gjennomføre tiltak som kan fremme godt samspill, fordi de har en daglig nær kontakt med både barn og foreldre.

Sykepleierne har også kompetanse og ansvar for å tilrettelegge for god opplæring av foreldrene.

Kengurumetoden

Det er viktig at foreldrene og barnet får mye hudkontakt. En måte å oppnå det er å bruke *kengurumetoden*: Barnet bæres i "kengurustilling" med fremsiden mot foreldrenes brystkasse og hodet snudd mot siden. Denne metoden kan benyttes på premature fra 32 uker (Saugstad 2009).

Den nære kontakten danner et godt grunnlag for det senere samspillet mellom foreldre og barn. Barnet er avhengig av kos og kroppskontakt.

Feldman m.fl (2002) har sammenlignet bruk av kengurumetoden og tradisjonell kuvøsebehandling.

Ved bruk av kengurumetoden var interaksjonen mellom mor og barn mer positive ved 37 ukers gestasjonsalder enn ved bruk av kuvøse. Mødrene viste mer positiv berøring og tilpasning til barnets signaler. Barna viste mer årvåkenhet og mindre motvilje mot blikkontakt. Mødrene rapporterte færre depresjoner og oppfattet barnet som mindre unormalt enn ved tradisjonell behandling.

Også ved 3 og 6 måneders alder viste foreldrene mer følsomhet og skapte et bedre hjemmemiljø for barnet etter bruk av kengurumetoden.

Kengurumetoden viste seg å bedre foreldrenes oppfatninger og interaktive atferd.

Drøftingsdel

Første møte med nyfødtavdelingen

Under foreldrenes første møte med nyfødtavdelingen finner to viktige interaksjoner sted: Foreldrene møter sykepleieren for første gang, og foreldrene møter barnet for første gang.

Ofte står foreldrene i en veldig vanskelig situasjon. Jeg vil gjerne få trekke frem et eksempel fra boken ”De ørsmå kjempene” av Eli A. Cantillon (2001). Hun har intervjuet Vibeke, som fødte tvillingene Karen og Emil i uke 27. Vibeke beskriver sitt første møte med nyfødtavdelingen slik:

Etter kort tid ble jeg hentet og kjørt ned til nyfødtavdelingen, for Emil var svært syk. Jeg husker at det var mange mennesker på avdelingen. Mange foreldre og mye personale, det var trolig like før vaktskifte. Leger og sykepleiere gikk inn og ut av mottakelsesrommet der barna mine lå i hver sin åpne kuvøse. Jeg så to ekstremt små barn – litt større enn Barbie-dukker. Men selv om de var små, var de veldig fine. Jenta lå og pustet selv, og sukket hver gang hun pustet ut. Gutten var helt blåmarmorert og veldig slapp. Jeg følte litt avstand til ham. Han lå bare der, responderte ikke. Karen hadde reflekser og trakk foten til seg når jeg rørte ved den. Trolig hadde Emil en massiv hjerneskode på grunn av oksygenmangel (Cantillon 2001, s. 13).

Bare noen timer etter fødselen døde dessverre lille Emil i Vibekes armer. Etter et lengre opphold på nyfødtavdelingen ble Karen helt frisk og fikk reise hjem.

Sykepleier møter foreldrene for første gang

Det er viktig for sykepleieren å opprette et godt forhold til foreldrene for å kunne bidra til et godt samspill mellom foreldre og premature barn. Foreldrene må kunne føle at de kan stole på sykepleieren. Travelbee beskriver menneske-til-menneske forhold, og det er denne typen forhold sykepleieren bør tilstrebe. Det er alltid enklere for foreldrene å ta imot råd og veiledning fra en sykepleier de stoler på og har et godt forhold til. Samtidig må sykepleieren også være oppmerksom på at hun ikke blir altfor personlig involvert. Hun må beholde den profesjonelle rollen. Denne balansegangen er vanskelig, og kan være en utfordring.

Jeg mener det er viktig at forholdet mellom foreldrene og sykepleieren bygger på tillit og ærlighet. Man skal være ærlig og åpen om barnets tilstand, selv om det man skal formidle ikke alltid er positivt. Dersom man må formidle en vond beskjed til foreldrene, er det viktig å ta seg tid til å være der for dem etterpå, og støtte dem igjennom den vanskelige prosessen. På denne måten forstår foreldrene at informasjonen de får av sykepleieren er korrekt, og at de kan regne med sykepleierens støtte i vanskelige situasjoner.

I sitatet ovenfor beskriver Vibeke hvordan hun opplevde sitt første møte med nyfødtavdelingen. Hun opplevde at det var mange mennesker, noe som fikk avdelingen til å virke kaotisk. Det kan gjøre situasjonen enklere dersom foreldrene har en sykepleier å forholde seg til med en gang de ankommer avdelingen. Sykepleieren bør holde seg ved foreldrenes side for å svare på spørsmål og gi forklaringer. Dette kan kanskje gjøre det enklere for foreldrene å stenge ute ”kaoset” på avdelingen. De kan konsentrere seg om seg selv og sitt barn. Samtidig er det viktig at foreldrene får rom til å bearbeide det de ser, Sykepleieren kan være litt i bakgrunnen, men likevel i nærheten. Det kan godt tenkes at foreldrene, i tillegg til oppfølging av sykepleier, også trenger litt tid sammen i stillhet.

I Vibekes tilfelle mener jeg at en sykepleier kunne ha kommet bort til Vibeke og forklart henne at årsaken til at det var så mange mennesker på avdelingen, var at det var vaktskifte.

Foreldrene møter barnet for første gang

Ofte har barnet ankommet nyfødtavdelingen tidligere enn foreldrene, og er allerede lagt i kuvøse. Kanskje har man allerede tatt blodprøver av barnet, lagt inn venekanyler, hengt opp antibiotika eller lignende. Når foreldrene da får se barnet for første gang, kan dette være en skremmende opplevelse.

Selv om det i sitatet overfor dreier seg om barn som er betydelig mindre enn barna jeg har fokus på, som er født i uke 32 – 36, mener jeg at det er mange fellestrekk.

Vibekes skildring er en god indikasjon på hvordan foreldre opplever å se sitt premature barn for første gang, uansett hvor stort barnet er.

Hun beskriver hvordan barnas utseende ikke var som forventet. Dette gjelder også for de barna jeg har valgt å fokusere på. Selv om barnet har en mer normal størrelse, kan venekanyler og sonde også bidra til at barnets utseende ikke er som forventet. Vibeke forklarer også hvordan hun følte avstand til Emil som var så syk. Andre foreldre som er intervjuet i samme bok har beskrevet hvordan de ikke vågde å knytte seg til barnet i frykt for at det skulle dø. Dette er et stort problem når det skal opprettes et samspill mellom foreldre og barn. Det er viktig at en sykepleier fanger opp problemene tidlig, for å unngå at det skapes en avstand mellom foreldrene og barnet. Man kan jo ikke skape et godt samspill med et barn man ikke tør knytte seg til.

Under oppholdet

Ofte blir premature barn liggende på sykehuset over lengre tid. Dette gir sykepleieren tid til å bli godt kjent med foreldrene. Som jeg har nevnt i teoridelen tilbringer mor ofte mer tid på sykehuset enn far. Det er viktig å benytte de stundene da far er på besøk til å ha samtaler med far og mor sammen og med far alene. I tillegg er det viktig at far får delta i stell av barnet, da dette kan gi ham en følelse av mestring. Menn har ofte et sterkt beskytterinstinkt, og det er positivt at far får en opplevelse av at han kan ivareta barnets behov.

Travelbee snakker også om at når pårørende befinner seg mye på sykehuset har sykepleieren gode muligheter for å bli godt kjent med de pårørende. Sykepleieren arbeider for å skape et godt forhold til foreldrene. Samtidig må hun huske på at de ofte kan ha behov for litt tid alene med barnet sitt.

Travelbee har også beskrevet hvordan en sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk overfor pasienter. Dette kan også overføres til gjeldende situasjon. Jeg mener at sykepleieren kan bruke av sin egen personlighet og egne kunnskaper for å skape en forandring i foreldrenes situasjon, selv om de ikke kan defineres som pasienter. Som Travelbee har beskrevet er familien et system, og når et familiemedlem blir sykt påvirkes hele systemet. Jeg tror dette forsterkes når familiemedlemmet som er sykt, er et lite barn. Siden barn er avhengige av sine foreldre, tilbringer foreldrene mye tid på sykehuset med barnet.

Kontinuerlig informasjon

For å opprettholde et tillitsforhold mellom sykepleier og foreldre er det viktig at foreldrene får kontinuerlig informasjon om barnets tilstand. Selv om det ikke har vært store forandringer, vil foreldrene ha behov for å høre at barnet har det bra. Cantillon (2001) har intervjuet flere foreldre som beskriver at de daglig bladde igjennom barnets journal for å tilegne seg opplysninger om hvordan barnets tilstand var. Dette mener jeg er unødvendig. Det er en sykepleieroppgave å informere foreldrene om barnets tilstand og forklare det på en måte de kan forstå, fremfor at de må lære seg å forstå "sykepleiespråket" i journalrapportene.

Å tolke barnets signaler

Premature barn er umodne og har utydelige signaler. Det påvirker samspillet med foreldrene og omgivelsene. En viktig oppgave for sykepleieren blir å veilede foreldrene i å tolke barnets signaler. Med fagkunnskap og erfaring kan sykepleieren tolke barnets signaler og utøve god sykepleie. Hun må også ha gode kunnskaper om veiledning og undervisning, og på en god måte kunne viderefremme sine kunnskaper til barnets foreldre.

Dersom barnet har en avvisende atferd, må sykepleier kunne forklare foreldrene hvor viktig det er å la barnet få være i fred for å forhindre at det blir overstimulert. Sykepleier må forklare foreldrene at det premature barnet ikke er avvisende fordi det ikke vil ha kontakt med foreldrene. Noen foreldre kan oppleve avvisningen som smertefull. Foreldrene må få vite at barn som er født for tidlig tåler mindre stimuli enn barn født til termin. De blir fort slitne, og samspillet må foregå i små porsjoner.

Kengurumetoden som virkemiddel for samspill

Som tidligere nevnt er kengurumetoden et viktig middel for å skape samspill mellom foreldre og barn. Med en gang barnet kan komme ut av kuvøsen bør det få ligge på foreldrenes bryst. Barnet gjenkjenner stemmer fra fosterlivet, og det er derfor positivt at foreldrene snakker til barnet. Barnet kan også gjenkjenne lukter. Det at barnet kan gjenkjenne sine foreldre er veldig viktig for samspillet. For foreldrene er det verdifullt å oppleve at det faktisk er deres barn, det lille premature barnet, og at de kan gi barnet noe som ikke sykehuspersonalet kan – nemlig foreldrekjærlighet.

Kroppsnær kontakt med mor og far er essensielt for samspillet mellom foreldre og premature barn. Selv om barnet ikke klarer å ta melk av brystet, bør det likevel få ligge ved mors bryst. Da kan barnet kjenne lukten av brystet og kanskje smake en liten dråpe melk. Det er viktig at sykepleier informerer mor om at dette vil forsterke samspillet. Samtidig virker det positivt på melkeproduksjonen, og barnets sugerefleks vil utvikles raskere.

Samspill i stellsituasjonen

Det er veldig viktig at foreldrene så tidlig som mulig får delta aktivt når barnet skal stelles. Ikke alle foreldre vet at de får lov til å delta, og det er sykepleieren sin oppgave å invitere foreldrene med i stellsituasjonen. Sykepleieren må undervise og veilede foreldrene slik at de vet hvordan de skal løfte og håndtere barnet. Det kan virke betryggende at sykepleier er sammen med foreldrene når de skal stelle, i alle fall de første gangene. Dette synes jeg sykepleier skal ta seg tid til. Da kan foreldrene få veiledning og undervisning underveis i stellet, og få hjelp dersom det dukker opp situasjoner som de er usikre på hvordan de skal håndtere. Det at foreldrene får delta i stellet virker positivt på deres følelse av at barnet faktisk tilhører dem. Allikevel er det viktig at ikke sykepleier går for fort fram, slik at foreldrene føler seg utrygge. Foreldrene skal hele tiden være klar over at personale med spisskompetanse på området står klare til å ivareta barnet, og at de ikke er alene om ansvaret.

Dersom stellsituasjonen skal ha positiv innvirkning på samspillet mellom foreldre og barn er det viktig at foreldrene snakker til barnet og forsøker å få øyekontakt under stellet. Det er også viktig at foreldrene tolker barnets signaler. Dersom barnet er våkent og virker interessert bør man utnytte denne situasjonen. Om barnet virker avvisende kan berøringen i stellsituasjonen være nok stimuli for barnet. Det kan være for mye for barnet dersom det skal bli snakket til og klare å holde øyekontakt samtidig.

Kan den problemløsende metode anvendes overfor foreldrene til premature barn?

Det er viktig å huske at foreldrene ikke har egenomsorgssvikt, men at det er barnet som er syk. Likevel vil hele familiesystemet ha en svikt. Det er denne svikten vi som sykepleiere må fokusere på, og ta spesielle hensyn til. Travelbee beskriver, som nevnt tidligere, at sykepleieren skal hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og eventuelt finne mening med disse. Foreldrene vil ha

behov for å finne en måte å mestre den spesielle situasjonen de står i. Travelbee skriver også at når et menneske befinner seg i en krise, er situasjonen preget av lidelse og mangel på opplevelse av mening.

Foreldre til premature barn sliter ofte med følelser som skyld og skam. Det er viktig at sykepleieren forsøker å hjelpe foreldrene å fokusere på positive tanker og gode opplevelser med det premature barnet. Som regel er det ingenting foreldrene kunne ha gjort for å endre situasjonen.

I teoridelen av oppgaven har jeg skissert sykepleieprosessen slik den er beskrevet i Kristoffersen (2008a), hvor problemløsende metode er delt inn i fem faser.

Jeg vil nå drøfte hvorvidt disse fasene også kan benyttes overfor foreldrene på nyfødtavdelingen.

Fase 1 – datasamling.

Det å få et prematurt barn oppleves som en krisesituasjon for foreldrene. Foreldrene har ikke noe erfaringsgrunnlag som de kan bruke som utgangspunkt for mestring i denne situasjonen. Johan Cullberg (2007) beskriver de fire fasene av krisen. Disse er beskrevet i teoridelen. Det å identifisere hvilken fase av krisen foreldrene befinner seg i, blir en viktig del av datasamlingen i sykepleieprosessen. Sykepleier må kunne identifisere hvilken fase foreldrene befinner seg i, for å kunne gi individuelt tilpasset undervisning og veiledning. Et individ som befinner seg i sjokkfasen vil ikke kunne motta informasjon på samme måte som et individ som befinner seg i en av de andre fasene. Dersom sykepleier gjenkjenner at en person befinner seg i sjokkfasen, må hun ikke pøse på med masse viktig informasjon og forvente at dette blir husket. Hun må vente til hun er sikker på at individet vil kunne ta innover seg og forstå den informasjonen som blir gitt.

Fase 2 – identifisering av behov.

I de fleste tilfeller er foreldrene orienterte og oppegående personer. Via samtale med foreldrene kan sykepleieren identifisere foreldrenes behov for oppfølging. Foreldre vil ha ulike ønsker om hvordan sykepleieren skal involveres. Noen ønsker mer oppfølging enn andre. Noen har et stort informasjonsbehov. De vil ha behov for å tilegne seg mye kunnskaper om situasjonen for å kunne mestre den. Sykepleieren kan vise til god litteratur som foreldrene

kan benytte seg av. Å lete fram informasjon via internett er blitt mer og mer vanlig. Foreldrene må informeres om at dette kan være kunnskap fra usikre kilder.

Fase 3 – mål.

Målene for samarbeidet mellom sykepleieren og foreldrene kan også utarbeides i samtale med foreldrene. Sykepleieren vil ha mål for hvordan samspillet mellom foreldrene og barnet skal foregå. Det er da viktig å diskutere disse målene med foreldrene for å kartlegge om de tror målene er oppnåelige, og om de ønsker å arbeide mot de samme målene. Foreldrene vil også ha ønsker om hvordan sykehusoppholdet og samspillet med barnet skal være. Det er fint om målene kan deles med sykepleier, og at man sammen kan diskutere hvilke virkemidler som kan benyttes for å nå disse målene.

Fase 4 – sykepleiehandlinger.

Målene foreldre og sykepleier har blitt enige om blir tatt i bruk, og sykepleieren setter i gang tiltak for å sikre måloppnåelse. Dette kan for eksempel være å bruke tid sammen med foreldrene og barnet for å observere samspillet, og å gi tips og veiledning undervegs. Dersom sykepleier vurderer at det er nødvendig med samtaler med foreldrene sammen eller en og en undervegs i prosessen, er dette en nyttig sykepleiehandling.

Fase 5 – evaluering.

Sykepleieren tar for seg målene som ble satt og tiltakene som ble gjort, og evaluerer om effekten var slik som ønsket. Det kan være nyttig å ha en samtale med foreldrene for å høre deres mening om hvordan de har oppfattet gjennomføring av tiltak og måloppnåelse. Dersom foreldrene har noen innvendinger, er dette noe sykepleieren kan bygge videre på i arbeidet, og det kan gi henne faglig videreutvikling.

Jeg mener at den problemløsende prosessen kan benyttes overfor foreldre til premature barn, og det er viktig at foreldrene får ta del i prosessen.

Som Travelbee beskriver vil ”disiplinert intellektuell tilnæringsmåte” bety å bruke sin kunnskap og erfaring som sykepleier til å utføre en profesjonell tjeneste.

I tillegg til tett samarbeid med foreldrene er sykepleierens kunnskap og erfaring viktig for å kunne gi foreldrene god veiledning.

Forhold som vanskeliggjør samspill – kan disse begrenses?

I teoridelen har jeg nevnt noen faktorer som kan være til hindring for samspillet. Jeg vil nå ta for meg hver av disse og drøfte om det er noe jeg mener sykepleier kan gjøre for å fjerne eller begrense disse.

1. Barnets forutsetninger.

På dette området er det lite en sykepleier kan gjøre. Ingen kan forandre det faktum at barnet er umodent, og at det er begrenset hvor mye stimuli det tåler.

Sykepleierens rolle blir å undervise og veilede foreldrene i å tolke barnets signaler for å kunne skape et samspill ut fra barnets forutsetninger.

2. Sykehusmiljøet.

Sykepleieren må ha kunnskap om at psykososiale forhold er viktig for barnets videre utvikling, og tilpasse behandlingen ut ifra dette. Foreldrene må delta i stell av barnet for å ivareta barnets behov for kontakt. Sykepleiere kan bidra til å begrense fysisk atskillelse mellom foreldre og barn ved å sørge for at barnet kan komme ut av kuvøsen når tilstanden er stabil og barnet er våkent og interessert. Som nevnt i teoridelen kan miljøet på nyfødtavdelingen skjule gråt og mistrivsel hos barnet. Sykepleierne må tilstrebe et så støyfritt sykehusmiljø som mulig. Bare det å snakke lavt sammen kan ha en innvirkning. Støy fra maskiner vil vi dessverre ikke kunne fjerne.

Medisinsk utstyr kan være distraherende for foreldrene når de sitter ved kuvøsen til barnet. Sykepleier må informere foreldrene om at det å følge med på maskinene er hennes jobb, og at foreldrene skal fokusere på barnet som ligger inne i kuvøsen. På denne måten avdramatiserer sykepleieren det medisinske utstyret, og foreldrene fokuserer mindre på det medisinske utstyret.

3. Foreldrenes forutsetninger

Foreldrene er ofte slitne og medtatte etter en prematur fødsel. Da kan sykepleieren være støttende, og oppfordre foreldrene til å få nok søvn og hvile, og vise dem at barnet er i gode hender og blir godt ivaretatt. Dette kan føre til at foreldrene raskere får energien tilbake. Det store behovet foreldrene har for undervisning og veiledning, er helt klart en

sykepleieroppgave. Ved å ha samtaler med foreldrene og svare på spørsmål vil deres behov bli tilfredsstilt. Sykepleier kan også undervise foreldrene i hvordan holde, stelle og mate barnet sitt, og dermed vil foreldrenes forutsetninger for samspill med barnet bli forbedret.

4. Sykepleierens kompetanse

På dette området må hver og en sykepleier kartlegge om det er noe hun trenger mer kunnskap i, eller trenger å forbedre seg på. Det kan være faglig kompetanse om premature, eller kompetanse om undervisning og veiledning av pårørende. En sykepleier bør anerkjenne at hun har en unik mulighet til og et ansvar for tilrettelegging i opplæring av foreldrene. På denne måten dannes et godt grunnlag for et godt samspill mellom barnet og foreldrene.

Konklusjon

I arbeidet med denne oppgaven ønsket jeg å finne fram til hva jeg som sykepleier kan gjøre for å bidra til et godt samspill mellom foreldre og premature barn.

Jeg har kommet fram til noen aspekter som jeg synes er viktig.

Det er viktig at sykepleieren oppretter et tillitsforhold med foreldrene til det premature barnet. Det er viktig at foreldrene føler at de kan stole på sykepleieren, for å kunne motta råd og veiledning. For å opprettholde et godt tillitsforhold er det viktig å gi foreldrene kontinuerlig informasjon om barnets tilstand under hele sykehusoppholdet. De vil da føle seg mer involvert, og ikke oppleve å bli holdt utenfor.

Sykepleieren må tilegne seg kunnskaper om hvordan hun leser premature barns diffuse kommunikasjonsmåter, og respekterer disse. Når barnet viser tegn på at det ikke har krefter til samspill, må dette tas på alvor.

Det er vesentlig at sykepleieren videreformidler sine kunnskaper om samspill med premature barn til foreldrene. Hun gir dem undervisning og veiledning, og involverer dem i stellsituasjonen så raskt som mulig. Selv om det blir ivaretatt av avdelingspersonalet, må foreldrene få muligheten til å bygge opp en foreldreidentitet og føle at det er deres barn.

Det er også viktig at sykepleier sørger for at foreldrene og barnet får ha kroppslig kontakt så tidlig som mulig ved at barnet tas ut av kuvøsen og legges på brystet til mor og far. Barnet kan også med fordel legges til mors bryst for å amme, selv om barnet får ernæring gjennom sonde.

Kengurumetoden er en fin måte å gi barnet kroppskontakt på, og bidrar til å opprette samspill mellom foreldre og barn. Denne metoden bør benyttes dersom muligheten er der.

Et nært samarbeid med foreldrene gjennom hele oppholdet er viktig. Jeg har kommet fram til at den problemløsende metoden i sykepleie kan brukes i samarbeidet med foreldrene. Dette er en fin måte å systematisere samarbeidet med foreldrene på.

Det er viktig at sykepleieren gjør sitt beste for å begrense faktorer som kan vanskeliggjøre samspillet mellom foreldrene og det premature barnet. Hun kan arbeide med å heve sin egen

kompetanse for å best mulig kunne ivareta både barnet og foreldrene. Sykepleieren må hele tiden gi foreldrene oppdatert informasjon og veiledning for at de skal føle seg mest mulig trygge i situasjonen.

Etterord

I planleggingsfasen av denne oppgaven var vi egentlig to som skulle skrive sammen. Vi fant tidlig ut at samarbeidet ikke kom til å fungere, og fikk innvilget å splitte gruppa. Dette er årsaken til at jeg har skrevet oppgaven alene. Jeg ble også nødt til å finne en ny problemstilling. Dette var ikke noe problem da jeg hadde vurdert denne problemstillingen fra før, Det var dette temaet jeg ønsket å skrive om i utgangspunktet.

I startfasen hadde jeg litt problemer med å vite hvordan jeg skulle angripe oppgaven, og med å komme i gang med arbeidet. Jeg syntes det var vanskelig å ikke ha noen å diskutere med. Etter første møte med veileder syntes jeg dette gikk mye bedre, og jeg fikk endelig begynt å skrive.

Da jeg hospiterte på nyfødt intensiv fikk jeg mange tips om avgrensning av problemstillingen og aktuell litteratur. Først da følte jeg at jeg kom ordentlig i gang med oppgaven, og så mulighetene i arbeidet.

Jeg valgte å avgrense problemstillingen med hjelp av litteratur jeg fant på avdelingen. At jeg valgte å ta et par dager fri fra skrivingen for å hospitere på nyfødtavdelingen, var absolutt en god beslutning og investering.

Jeg føler også at jeg har fått godt utbytte av samtalene med veileder. Jeg har fått en rekke tips om oppgavens innhold og struktur, samt aktuell litteratur. I tillegg til møtene med veileder har jeg også hatt kontakt med henne via e-post. Det har vært veldig godt å ha muligheten til å sende henne en e-post dersom jeg har stått fast eller hatt spørsmål.

Grunnet litt startproblemer var jeg bekymret for at jeg ikke skulle rekke å levere oppgaven innen tidsfristen. Veileder anbefalte meg å søke om utsettelse av innleveringen, men jeg fikk ikke innvilget dette. Derfor satte jeg opp en plan for arbeidet med oppgaven, og jeg har klart å følge denne, og dermed gjort unna et godt stykke arbeid hver dag.

Selv om jeg til tider har følt meg litt presset på tid, har det vært spennende og morsomt å arbeide med denne problemstillingen, fordi det er virkelig noe som interesserer meg. Det har ikke skjedd så ofte at jeg har følt meg fanget av faglitteratur, og ikke har klart å legge fra meg boka. Men det har hendt ved flere tilfeller i arbeidet med denne oppgaven.

Jeg synes jeg har lært mye ved å arbeide med oppgaven. Jeg har blant annet lært å arbeide selvstendig. Det er godt å vite at jeg ikke er avhengig av å samarbeide med andre dersom jeg skal skrive en liknende oppgave senere. Jeg mener at jeg har styrket min selvdisiplin ved å arbeide strukturert og følge min egen plan.

Når jeg tenker tilbake på det å skrive alene, ser jeg på det som et privilegium. Jeg har vært heldig og fått lov til å bygge opp oppgaven akkurat slik jeg selv har ønsket, og jeg har selv kunnet velge alt innholdet i oppgaven. Det som har vært vanskelig med å skrive alene, er at jeg ikke har hatt noen å diskutere og konferere med.

Jeg mener at alle har litt forskjellig ordvalg og setningsoppbygging, og håper at jeg kanskje har fått litt mer flyt i oppgaven siden jeg er den eneste som har skrevet på dette dokumentet, og jeg selv har stått for ordvalg og setningsoppbygging igjennom hele oppgaven.

I tillegg til selvdisiplin i forhold til oppgaveskriving har jeg også lært mye om premature barn og om hvordan samarbeid med deres foreldre bygges opp. Jeg har også fått øynene opp for hvor viktig det første samspillet med foreldrene er for barnets videre utvikling. Jeg var nok ikke klar over hvor viktig dette er før jeg begynte arbeidet med oppgaven.

Siden jeg gjerne kunne tenke meg å arbeide på en nyfødtavdeling ved en senere anledning, har arbeidet med denne oppgaven gitt meg mye relevant kunnskap. Interessen min for å jobbe med nyfødte og premature barn har blitt forsterket.

Litteraturliste

* Cantillon, Eli A.(2001). *De ørsmå kjempene – historier om for tidlig fødte barn*. Stavanger: Sandvik AS.

* Cullberg, Johan (2007) *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Feldman, Ruth m.fl (2002). Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics* 110(1) 16-25.

* Fergan, Liv og Sølvi Helseth (2009). The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2009(23) 667-673.

* Gjengedal, Eva og Rita Jacobsen (2001) *Sykepleie – praksis og utvikling*. Oslo: J.W. Cappelens forlag.

* Harelius, Inger og Lissy Rasmussen (1993). *Å holde av holde om – en bok om kontakt mellom foreldre og det nyfødte barn*. Odense: Forlaget Broenge.

* Jotzo og Poets (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. I: *Pediatrics*. 115 (4). 915-919.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.) (2008) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.) (2008) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Medisinsk fødselsregister (2008), F6: *Svangerskapsvarighet* [online] URL: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/> (12.04.11)

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

* Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes (2009). *Nyfødtsykepleie 1 – syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm

* Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, Sidsel (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

* Ulvlund (2003). *Å leve med et prematurt barn*. Oslo: Prematurforeningen.

*** = Selvvalgt litteratur**