



# *Undervisning i kengurumetoden*

*Hvordan kan sykepleieren undervise foreldre i kengurumetoden for å fremme tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet?*

Kandidatnummer: 278  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 10 020  
Dato: 18.04.17



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole 18.04.2017
Undervisning i kengurumetoden	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan sykepleieren undervise foreldre i kengurumetoden for å fremme tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet?</i></p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie, hvor det har blitt brukt en kombinasjon av fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen. Det er i hovedsak benyttet CINAHL og Google Scholar for å søke etter artikler. I tillegg til dette har jeg benyttet snøballmetoden, der jeg har plukket ut relevante referanser fra artikler jeg allerede hadde funnet.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det sykepleiefaglige grunnlaget benyttet er sykepleierens funksjonsområder, der de mest relevante er den forebyggende og helsefremmende, samt undervisende og veiledende funksjon. Den undervisende og veiledende funksjonen blir belyst ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen. Andre teoretiske perspektiver som belyses er juss og etikk, samt tilknytningsteori.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftingen baserer seg på den didaktiske relasjonsmodellens seks gjensidig innvirkende forhold på helseveiledning. Det drøftes hvordan sykepleieren best kan undervise foreldre i kengurumetoden, for på denne måten å bidra til trygg tilknytning mellom foreldrene og barnet. De fleste foreldre til premature barn som blir innlagt på nyfødtintensiv avdeling opplever en krise, og dette er noe av det som gjør at det må tas spesielle hensyn når undervisningen skal gjennomføres.</p> <p><u>Konklusjon</u> Alle forholdene i den didaktiske relasjonsmodellen har betydning for undervisningens kvalitet. I hvilken grad sykepleieren tar hensyn til foreldrenes læreforutsetninger og individuelle situasjon, vurderer rammefaktorene og konteksten, setter konkrete mål for undervisningen, benytter seg av faglig og relevant innhold, benytter metoder som er tilpasset foreldrene og innholdet i undervisningen, og til slutt vurderer om innholdet er forstått og avdekker eventuelle misforståelser, vil ha betydning for om man lykkes med å gjøre foreldrene komfortable med å utføre kengurumetoden og på den måten bidrar til at det utvikles trygg tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet.</p>	

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>2</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling .....	3
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	3
1.3 Oppgavens oppbygging.....	4
<b>2 Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Litteraturstudie .....	6
2.2 Litteratursøk .....	6
2.3 Kildekritikk .....	7
<b>3 Litteratur</b> .....	<b>9</b>
3.1 Det premature barnet.....	9
3.2 Det premature barnets komplikasjoner og spesielle behov .....	9
3.3 Foreldre i krise.....	10
3.4 Kengurumetoden.....	10
<b>4 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>12</b>
4.1 Tilknytningsteori.....	12
4.2 Lovverk og etikk.....	12
4.3 Funksjonsområder .....	14
4.4 Veiledning og undervisning.....	14
4.5 Den didaktiske relasjonsmodellen .....	15
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>17</b>
5.1 Pasientens og pårørendes læreforutsetninger .....	18
5.2 Rammefaktorer og kontekst .....	20
5.3 Mål.....	22
5.4 Innhold.....	23
5.5 Metode og tilrettelegging .....	25
5.6 Vurdering.....	27
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>29</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>32</b>

... sent before my time  
Into this breathing, scarce half made up

*Shakespeare, Richard III, Act I, Scene 1*

# 1 Innledning

Når foreldre venter barn bygges det gjennom svangerskapet opp store forventninger til både fødselen og tiden etterpå. Det kan imidlertid fort bli annerledes enn man hadde forestilt seg dersom barnet blir født prematurt. Ved en prematur fødsel skilles barnet fra foreldrene nesten umiddelbart etter fødselen, da barnet fraktes til nyfødttintensiv avdeling etter den første stabiliseringen på fødeavdelingen (Haugan & Tryti, 2009). En prematur fødsel medfører en tøff start på livet for barnet; fysiologisk, i form av umodne organer, men også psykososialt, da det å bli skilt fra foreldrene medfører at den tidlige tilknytningen blir avbrutt (Skårderud & Karterud, 2007). Det er viktig at helsepersonell, gjennom klinisk arbeid, fagutvikling og forskning setter fokus på hvordan man kan tilrettelegge allerede på nyfødttintensiv avdeling for at disse barna skal få en god start på livet og utvikle seg optimalt både psykisk og sosialt under oppveksten (Ravn, 2009).

Det psykiske og sosiale miljøet under sykehusoppholdet og hjemme etter utskrivelsen har sammen med barnets biologiske og medisinske forutsetninger stor betydning for barnets videre utvikling. Man må ikke undervurdere den medisinske behandlingens betydning for å redde liv og den livsnødvendige sykepleien knyttet til dette. Denne behandlingen er imidlertid ikke det eneste som har betydning for barnets videre utvikling etter utskrivning. Psykososiale forhold rundt barnet og familien er svært viktig, og bør derfor ha en sentral plass i behandlingstilbudet på nyfødttintensive avdelinger (Ravn, 2009).

Kengurumetoden vil være et virkemiddel for å forbedre de psykososiale forholdene rundt barnet og familien når de er på nyfødttintensiv avdeling. Kengurumetoden reduserer stress, angst og depresjon hos foreldrene, styrker morsfølelsen, har mange positive fysiologiske effekter for det premature barnet, men kanskje viktigst av alt, metoden bidrar til å bedre interaksjonen og tilknytningen mellom foreldrene og det premature barnet (Ludington-Hoe, Morgan og Abouelfetoh, 2008, Blomqvist & Nyqvist, 2013). For at foreldrene skal føle seg trygge og komfortable med utførelsen av kengurumetoden, og for at de skal ha motivasjon til å utføre metoden i den utstrekningen som er ønskelig, er det imidlertid svært viktig at de får god undervisning som er individuelt tilrettelagt både deres personlige læreforutsetninger og den unike situasjonen de befinner seg i.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling**

Utøvelse av foreldrerollen har stor betydning for tilknytningen som opprettes mellom foreldrene og det premature barnet. Forskning har vist at det er sammenheng mellom foreldrenes omsorgsevne og hvor delaktige de er, og hvordan det går med det premature barnet på lenger sikt (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002, Skårderud & Karterud, 2007). I faglige retningslinjer for oppfølging av premature barn legges det stor vekt på at foreldrene skal bli så trygge som mulig i omsorgsutøvelsen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 35). Ifølge retningslinjene skal dette skje gjennom informasjon, undervisning og veiledning.

Ved å undervise foreldrene i kengurumetoden vil man bidra til at de føler seg mer delaktige i pleien av sitt eget barn, og de vil bli styrket i sin omsorgsevne mens barnet er innlagt på nyfødtintensiv avdeling. Dette har betydning for den tilknytningen som etableres mellom foreldrene og barnet. Trygg tilknytning til omsorgspersonen er svært viktig, da dette danner grunnlaget for utviklingen av barnets selvoppfatning, trygghet og tillit (Håkonsen, 2014).

Når vi kjenner kengurumetodens betydning for tilknytningen som dannes mellom foreldrene og det premature barnet, samt hvor viktig en trygg tilknytning er for barnets videre utvikling, er det en viktig sykepleieoppgave å undervise foreldrene i metoden slik at de blir trygge på å utføre denne. Forskning fra Sverige viser at mindre gjennomføring av kengurumetoden skyldes både de fysiske forholdene på avdelingen, holdninger og kunnskapsnivå hos personalet, samt hvorvidt foreldrene får tilstrekkelig informasjon, undervisning og veiledning (Strand, Blomqvist, Gradin, & Nyqvist, 2014). Sykepleieren står, på grunn av sitt nære forhold til pasienter og pårørende, i en unik posisjon til å gjennomføre undervisningen på en god og individuelt tilrettelagt måte.

Med dette som bakgrunn vil problemstillingen for denne oppgaven være: *Hvordan kan sykepleieren undervise foreldre i kengurumetoden for å fremme tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet?*

## **1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling**

De premature barna og deres pårørende møter sykepleieren i nyfødt intensivavdelinger på sykehus. Denne oppgaven vil imidlertid avgrenses til tradisjonelle nyfødt intensivavdelinger.

Grunnen til dette er at noen nyfødte intensivavdelinger har bygd om og tilrettelegger i større grad for hud-mot-hud-kontakt og familiebasert omsorg. Blant annet Vestre Viken i Drammen har bygd om avdelingen slik at den kun består av enerom der barnet, foreldrene og eventuelle søsken kan bo sammen (Hernæs, 2012). På mange av disse avdelingene har foreldrene mulighet til å ha barnet i kenguruposisjon 24 timer i døgnet, noe som krever en annen form for undervisning og tilrettelegging. Fokuset i denne oppgaven vil ikke være på disse avdelingene, men på de avdelingene som fremdeles er utformet med fokus på tradisjonell nyfødtpleie og kuvøser, og undervisningen vil gjelde for begrensede økter med hud-mot-hud kontakt i kenguruposisjon, for eksempel noen få timer og ikke nødvendigvis hver dag.

Oppgaven vil ta for seg barn født i svangerskapsuke 32-36. Barn født før uke 32 defineres som meget premature, og har flere utfordringer enn barn født fra uke 32-36. For meget premature barn vil det være mange hensyn som må tas, noe som ikke er fokuset i denne oppgaven (Peitersen, Pedersen & Pryds, 2014, s. 123-127, Greisen, 2006). Gruppeveiledning som et alternativ vil heller ikke behandles, selv om dette kunne vært en aktuell tilnærming i noen sammenhenger. Fokuset er på individuell tilrettelegging av undervisning til et foreldrepar, eventuelt kun mor eller far, og en-til-en undervisning er dermed mest hensiktsmessig. Selv om fokuset er på sykepleie til foreldrene, har det premature barnet fått plass i litteraturdelen, da dette er viktig å ha som et bakteppe når man skal undervise i kengurumetoden.

### **1.3 Oppgavens oppbygging**

Kapittel 2 i denne oppgaven er en metodisk gjennomgang der jeg først presenterer litteraturstudie som metode, som er den metoden jeg har brukt i denne oppgaven. Videre gis det en gjennomgang av hvordan jeg har funnet fram til den litteraturen som er benyttet, og til slutt følger kildekritikken, der jeg viser hvordan et kritisk blikk og refleksjon rundt litteraturen har påvirket utvelgelsen av litteraturen. Kapittel 3 er litteraturdelen i oppgaven. Her gis det en innføring i noen elementer som er relevante for oppgaven. Først sier oppgaven noe om definisjonen av en prematur fødsel, før årsaker til at barn fødes prematurt kort beskrives. Videre sier oppgaven noe om hvordan det er for foreldrene å få et prematurt barn, og her er krise et sentralt element. Til slutt gjøres det rede for kengurumetoden; hvordan den oppstod, hvilke former av metoden som har blitt introdusert i klinisk praksis og hvordan den gjennomføres rent praktisk. I kapittel 4 av oppgaven gjøres det en gjennomgang av den

teorien som er relevant for oppgaven. Kapitlet begynner med en innføring i tilknytningsteorien til Bolwby, før lovverket og etikken som er spesielt relevant for oppgaven gjennomgås. Den sykepleiefaglige tilnærmingen som er benyttet i denne oppgaven er sykepleierens funksjonsområder. Av de syv funksjonsområdene er det sykepleierens forebyggende og helsefremmende, samt undervisende og veiledende funksjon som er mest relevante. Den undervisende og veiledende funksjonen belyses ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen, som gjennomgås i slutten av dette kapitlet.

Kapittel 5 i denne oppgaven er drøftingsdelen. Drøftingen er strukturert etter de seks gjensidig innvirkende forholdene på helseveiledning i den didaktiske relasjonsmodellen. Første delen av drøftingen vil ta for seg hvilke forhold som påvirker pasientens og pårørendes læreforutsetninger, mens neste del sier noe om hvordan ulike rammefaktorer og den konteksten som foreldrene befinner seg i, påvirker undervisningen. Etter dette blir målene for undervisningen drøftet. Målene for undervisningen danner også grunnlaget for hva som vil være innholdet i undervisningen, og innholdet i undervisningen er det neste som behandles i drøftingen. Etter dette tar jeg for meg metoden for undervisningen, altså hvordan undervisningen best gjennomføres. Her er demonstrasjonsmetoden sentral, men jeg tar også for meg viktige aspekter ved sykepleierens fremgangsmåte. Den siste delen av drøftingen handler om vurdering av undervisningen. Det er nødvendig for sykepleieren å evaluere hvorvidt foreldrene har forstått informasjonen som har blitt gitt og i hvilken grad målene for undervisningen er nådd. Kapittel 6, det siste kapitlet i oppgaven, er en avslutning der trådene fra drøftingen samles.



## 2 Metode

Metode er det redskapet vi bruker for å samle data og innhente den informasjonen vi trenger for å undersøke et tema (Dalland, 2012). I dette kapitlet vil jeg redegjøre for den metoden jeg har benyttet og systematisk vise hvordan jeg har jobbet.

### 2.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg gjort en litteraturstudie. Dette er en metode der man samler inn og gjør en kritisk gjennomgang av eksisterende litteratur for å belyse en problemstilling (Dalland, 2012). Jeg har brukt en kombinasjon av lærebøker, fagbøker, tidsskrifter, fagartikler, forskningsartikler og jus for å belyse min problemstilling. I og med at man benytter eksisterende litteratur er det viktig at man beskriver fremgangsmåten som har blitt brukt for å finne denne. Dette innebærer at det blant annet må gjøres rede for valg av litteratur, hvilke søkeord som er brukt og hvilke avgrensninger man har gjort ved artikkelsøk (Dalland, 2012). For at en litteraturstudie skal være fruktbar er det viktig at det finnes mye data av god kvalitet innenfor det området man ønsker å undersøke. Det er viktig å søke systematisk, være kritisk, og til slutt sette sammen litteraturen innfor valgt problemstilling (Eriksson, Forsberg & Wengström, 2013).

### 2.2 Litteratursøk

For å få en oversikt over feltet og hvor mye litteratur som fantes begynte jeg med å gjøre generelle søk i databasene CINAHL og Google Scholar. Jeg benyttet her søkeordene *kangaroo mother care*, *kangaroo care*, *premature*, *preterm infants*, *attachment* og *guidance*. Jeg benyttet ulike kombinasjoner av søkeordene, og fant fort ut at jeg fikk mange treff der en stor del virket relevante. For å begrense antall treff avgrenset jeg søket til å gjelde artikler som var blitt publisert de siste fem årene, samt fag- og forskningsartikler. I utvelgelsen av artikler leste jeg overskriften og sammendraget, da dette ga et godt innblikk i hvorvidt den var relevant. Jeg brukte mye tid på å lese artikler og sette meg inn i litteraturen før jeg valgte hvilke artikler jeg skulle benytte. I etterkant av dette har jeg også gjort litteratursøk på sykepleien.no og jeg har benyttet meg av snøballmetoden, som går ut på å benytte referanser fra de relevante artiklene som allerede er funnet.

I tillegg til litteratursøk i de nevnte databasene har jeg benyttet bibliotekets søkemotor BIBSYS, sett i hyllene på biblioteket og brukt pensum fra studietiden for å finne relevante bøker som belyser temaet. I BIBSYS har jeg brukt søkeordene *helseveiledning, tilknytning, nyfødtsykepleie, premature*. Jeg har gått inn for å finne primærkildene til teoriene jeg har brukt, noe som har lyktes for Bowlbys tilknytningsteori og Hillgaard, Keiser og Ravns kriseteori. Jeg har også brukt lovdata.no for å finne fram til relevante lover.

### **2.3 Kildekritikk**

Hensikten med kildekritikk er å ha et kritisk blikk og reflektere rundt litteraturen som blir benyttet i oppgaven. Det handler mer spesifikt om å vurdere litteraturens relevans og gyldighet til oppgavens problemstilling (Dalland & Trygstad 2012, s. 72).

I min utvelgelse av litteratur har jeg vært så kritisk som mulig. Jeg har tilstrebet nyere forskning og jeg har hatt fokus på at publikasjonsstedet skal være anerkjent. Når det gjelder utgivelsesår har jeg valgt å benytte noen artikler og bøker som er eldre enn 5 år gamle. Dette skyldes at jeg har vurdert de som relevante til tross for at de er eldre publikasjoner. Et eksempel på dette er artikkelen til Ludington-Hoe, Morgan og Abouelfetoh fra 2008. Denne artikkelen gjør en gjennomgang av all tilgjengelig forskning på effektene av kengurumetoden, og konkluderer med hvorvidt bevisene er sterke nok til å anbefale implementering av kengurumetoden, eller om det er behov for mer forskning. Jeg har ikke funnet noen tilsvarende artikkel med senere publikasjonsår, og jeg har derfor vurdert at denne artikkelen har større gyldighet enn om jeg skulle valgt ut noen enkeltstående forskningsartikler om effekten av kengurumetoden. Et annet eksempel er at jeg har brukt bøkene ”Nyfødtsykepleie 1 og 2” som ble publisert i 2009. Grunnen til dette er at disse bøkene fortsatt er de mest utbredte norske utgivelsene på temaet nyfødtsykepleie.

Det er viktig å være kritisk til hvor litteraturen man benytter er fra, da dette kan være avgjørende for om studien er relevant for problemstillingen. I og med at jeg skriver om undervisning til foreldre ved nyfødtintensiv avdelinger i Norge, har jeg etterstrebet å finne litteratur og studier fra Norge som blant annet omhandler foreldrenes og helsepersonells opplevelser av kengurumetoden. Det er imidlertid begrenset med studier på dette temaet i Norge, og jeg har derfor valgt å gå til studier fra andre land som kan sammenlignes med Norge. Jeg har blant annet inkludert to studier fra Sverige som omhandler foreldres

opplevelse av den informasjonen som ble gitt om kengurumetoden, samt gjennomføringen av den (Blomqvist & Nyqvist, 2011, Blomqvist, Frölund, Rubertsson & Nyqvist, 2013). Til tross for dette har jeg valgt å benytte en studie fra Brasil og en fra India, da jeg samlet sett har vurdert de som relevante for å belyse problemstillingen (de Macedo, Cruvinel, Lukasova, & D'Antino, 2007, Bera, Ghosh, Singh, Hazra, Som & Munian, 2014).

Selv om det har lyktes å finne primærlitteraturen til noe av teorien jeg har brukt, har ikke dette lyktes for all litteraturen. Blant annet har noen av referansene som er brukt i Tandberg og Steinnes (2009) sine bøker om nyfødtsykepleie blitt videreført i min oppgave. Jeg kan dermed ikke garantere at mistolkninger ikke har blitt videreført. Det er også viktig å være bevisst på at det er mine tolkninger av litteraturen som kommer frem i denne oppgaven, og at andre ville kunne ha valgt annen litteratur eller forstått tekstene på en annen måte.

## **3 Litteratur**

### **3.1 Det premature barnet**

Et svangerskap varer vanligvis mellom 37 og 42 uker fra første dag i siste menstruasjon. Hvis fødselen imidlertid skjer før uke 37 er fullendt, er dette en for tidlig eller prematur fødsel. Barn som er født for tidlig kalles også premature. Ved fødselen kan barnets modenhet defineres ut ifra svangerskapsalder. Dersom et barn er født før det har gått 28 uker defineres det som ekstremt prematurt, 28-31 uker defineres som meget prematurt, 32-36 uker som prematurt, 37-41 uker som matur, og til slutt defineres et barn med svangerskapsalder på over 42 uker som postmaturt (Peitersen, Pedersen & Pryds, 2014).

Årsakene til premature fødsler kan være mange, men infeksjoner i skjeden er muligens årsak til 40 %, da betennelsesreaksjonen frigjør lokale hormoner som setter i gang riene. Mange premature barn blir også forløst elektivt på grunn av svangerskapskomplikasjoner, spesielt preeklampsi, fordi enten mor eller barns liv er i fare (Grønseth & Markestad, 2011).

### **3.2 Det premature barnets komplikasjoner og spesielle behov**

Komplikasjoner og sykdommer hos premature er som regel knyttet til umodenhet av organene. I dette avsnittet vil jeg ta for meg noen av de viktigste komplikasjonene. Premature barn har ofte umodne lunger, og er utsatt for apné som følge av mangelfull regulering fra respirasjonssenteret i hjernen. Områder nær ventriklene i hjernen er skjøre og umodne, og har stor blodforsyning. Premature barn er dermed utsatt for blødninger både like under epitelkledningen i ventriklene og i selve ventriklene. Barna har tynn og underutviklet hud, noe som vanskeliggjør temperaturregulering og utsetter dem for væsketap, sår og infeksjoner. Før uke 34 har de i tillegg liten evne til å suge og svelge (Grønseth & Markestad, 2011).

Graden av umodenhet er avgjørende for hvor mye hjelp barnet trenger. Barn med svangerskapsalder fra 32-36 kan vanligvis legges på mors bryst rett etter fødselen med noe ekstra overvåkning. De aller fleste trenger sondeernæring og intravenøs glukose. I tillegg bør vitale parametere, som respirasjonsfrekvens og puls, overvåkes den første uken på grunn av risiko for apné. Mange trenger også en periode med medisiner for å forebygge apné. Noen få har i tillegg behov for pustestøtte med pustemaskin eller ekstra oksygen via et nesekateter (Greisen, 2006).

### **3.3 Foreldre i krise**

Ved en prematur fødsel og innleggelse av barnet på nyfødt intensivavdeling vil de aller fleste foreldre oppleve en krisereaksjon. Som en del av denne reaksjonen rapporteres det om symptomer som uvirkelighetsfølelse, generell følelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll, angsttanker, søvnløshet og manglende matlyst. Den kriseteorien som er mest brukt av helsepersonell i Skandinavia er Johan Cullbergs teori fra 1976 (Tandberg, 2009). Hillgaard, Keiser og Ravn har imidlertid utviklet en ny teori som bygger på Cullbergs. De definerer en akutt krise på følgende måte:

En krise er en tilstand hos et menneske, udløst af en ydre begivenhet, der af den pågældende fortolkes som tab eller trussel om tab af noget for personen fundamentalt. Tilstanden er karakterisert af tilstedeværelsen af voldsomme, ofte motstridende følelser og en manglende evne til å bruke sin sædvanlige problemløsningsevne. Alle tre aspekter skal kunne registreres samtidig (Hillgaard, Keiser & Ravn, 2000, s. 72).

Den første perioden av en krise vil være preget av sjokk. Denne fasen er lett gjenkjennelig i praksis; foreldrene er både forvirret og dypt fortvilet. Man vil ikke klare å få oversikt og et realistisk bilde av situasjonen, og reaksjoner som fortrenning, angst og sinne er vanlig. Denne fasen vil kunne avløses av andre faser i krisereaksjonen. Det er viktig å vite at foreldrene kan gå inn og ut av de ulike fasene, og at grad og forekomst av krisereaksjonene er svært individuelt. Sykepleien til foreldrene må derfor bygge på individuelle vurderinger av hvor personen er i prosessen og hvilke behov de har (Tandberg, 2009).

### **3.4 Kengurumetoden**

Kangaroo Mother Care (KMC) ble utviklet i 1978 av Rey og Martinez i Colombia, og ble presentert for første gang i 1985 som en modell for hjemmepleie av nyfødte med lav fødselsvekt. Forfatterne kalte det Kangaroo Mother Care for å illustrere de tre hovedkomponentene i modellen: varme, amming og kjærlighet. I 1996 ble det klargjort hva som ligger i begrepet KMC: tidlig, langvarig og kontinuerlig hud-mot-hud kontakt mellom mor og hennes nyfødte barn med lav fødselsvekt (<2500 g.), både på sykehus og etter tidlig utskrivelse, med (ideelt) kun amming, og med forsvarlig oppfølging (Nyqvist, Anderson,

Bergman, Cattaneo, Charpak, Davanzo, Ewald, Ludington-Hoe, Mendoza, Pallás-Allonso, Peláez, Sizun & Widström, 2010).

Siden modellen ble utviklet har den i stor grad blitt introdusert i klinisk praksis, men to ulike former for implementering av modellen har vokst frem. I land med begrenset tilgang til kostbar kuvøsebehandling har den originale modellen, der man utfører hud-mot-hud kontakt i kenguruposisjon 24 timer i døgnet, i stor grad blitt implementert. Dette er den formen som omtales Kangaroo Mother Care. I land med mer ressurser, slik som i Norge, har modellen i hovedsak blitt implementert som begrensede økter med hud-mot-hud kontakt i kenguruposisjon, for eksempel noen få timer og ikke nødvendigvis hver dag, da man ofte har tilstrekkelig med kuvøser og medisinsk utstyr. Denne formen blir som regel kalt hud-mot-hud-kontakt eller kengurumetoden (Nyqvist et.al., 2010). I denne oppgaven vil jeg benytte begrepet kengurumetoden for å omtale periodevis hud-mot-hud kontakt i kenguruposisjon, som er den formen av metoden som utøves i norske tradisjonelle nyfødte intensivavdelinger.

Rent praktisk går metoden ut på at den nyfødte plasseres i en oppreis stilling, hud-mot-hud på en av foreldrenes bryst og mage. Babyens hode plasseres til den ene siden og lett bøyd oppover. Dette for å sikre frie luftveier og muliggjøre øyekontakt mellom foreldre og barnet. Barnets bein plasseres i ”froskeposisjon”. Babyen skal kun være kledd i sokker, bleie og eventuelt lue. Det er også viktig at foreldrene har på seg en skjorte som kan åpnes foran, slik at det er lett å opprette hud-mot-hud-kontakt innenfor foreldrenes klær (Bera, Ghosh, Singh, Hazra, Som & Munian, 2014). Metoden illustreres med bilde under (Bilde 1).



*Bilde 1: Pratiksha Hospital, 2017.*

## **4 Teoretisk rammeverk**

### **4.1 Tilknytningsteori**

Bowlby definerte i 1969 tilknytning som når barnet "... is strongly disposed to seek proximity to and contact with a specific figure and to do so in certain situations..." (s. 371). Bowlby legger i sine arbeider stor vekt på at tilknytning handler om at barnet ut ifra en genetisk disposisjon søker nærhet til omsorgsgiver, spesielt i situasjoner der barnet har behov for beskyttelse. Han skriver at foreldrenes evne til å være sensitive i sin omsorg legger grunnlaget for dannelsen av barnets emosjonelle bånd til foreldrene, og gjør foreldrene til en "sikker base" når barnet skal utforske verden. Andre har også understreket at tilknytning handler om det emosjonelle båndet som dannes mellom barnet og omsorgsgiver, og at dette båndet binder de to partene sammen over tid og sted. Begrepene trygg og utrygg brukes for å illustrere kvaliteten på det emosjonelle båndet og hvorvidt foreldrene er en "sikker base" for sine barn (Smith & Ulvund, 2004, Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2011, Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 2015). Ut ifra dette ser vi at det er en biologisk disposisjon i barnet til å søke nærhet og beskyttelse hos omsorgsgiver, men at det er det emosjonelle båndet som beskriver om den tilknytningen barnet danner til denne personen er trygg eller ikke.

### **4.2 Lovverk og etikk**

Både Pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon regulerer barns særlige rettigheter i helseinstitusjon. For nyfødte pasienter innlagt på sykehus er det særlig regelen om barns rett til samvær med foreldrene som er sentral. I Pasientrettighetsloven § 6-2 (1999) står det at barn har rett på samvær med minst en av foreldrene under hele oppholdet i helseinstitusjon. I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6 (2000) blir det presisert at ved alvorlig/livstruende sykdom gjelder dette begge foreldrene. Dette betyr at helsepersonell har plikt til å legge til rette for at det nyfødte barnet kan være mest mulig sammen med sine foreldre. Forskriften sier videre at helsepersonellet er pliktet til å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker og kan utføre mens de er hos barnet (forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6, andre ledd). På en tradisjonell nyfødt intensivavdeling, der det er flere barn og foreldre på hver stue, vil ofte hensynet til taushetsplikten og til barn som trenger mest mulig fred og ro, stå opp mot hensynet til den retten de andre pasientene har til å ha foreldrene hos seg (Korsvold, 2009)

Retten til informasjon og medvirkning er også svært relevant i en nyfødt intensivavdeling. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, første ledd (1999) sies det at ”pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Informasjonsplikten omhandler blant annet pleie, og ut fra lovens generelle formuleringer er det antatt at dette inkluderer hva slags pleie som er aktuell, formålet med denne, antatt virkning, hvor inngripende den er og hvilke alternativer som finnes (Molven, 2012). Loven sier videre at ”informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn” (pasientrettighetsloven § 3-5). Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, slik et nyfødt barn ikke har, er det de nærmeste pårørende, i dette tilfellet foreldrene, som skal motta informasjonen (Korsvold, 2009). Informasjonen som blir gitt skal danne grunnlaget for at foreldrene kan medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. Foreldrene har altså rett til å være med på avgjørelser som angår undersøkelser og behandling (pasientrettighetsloven § 3-1).

Kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp er det mest generelle i helselovgivningen, og danner grunnlaget for sykepleiernes yrkesutøvelse (Helsepersonelloven § 4, 1999). Forsvarlighetskravet retter seg både mot det faglig tekniske arbeidet, samt mot å oppfylle gode normer for atferd når helsehjelpen ytes. Det vil si moralsk atferd som viser oppmerksomhet, respekt, innlevelse, vennlighet og omtanke. Omsorg har ifølge loven å gjøre med hvordan helsepersonellet opptrer relasjonelt med pasienten. God omsorg vil gjennomgående vises gjennom handlemåter som skaper trygghet og tillit og som ikke virker truende (Molven, 2012). Dette bringer oss over i etikken, da etikk kan forstås som systematisk refleksjon over moralsk atferd (Tandberg & Bjarkø, 2009).

Brinchmann (2013) henviser til det etisk rammeverket ”de fire prinsippers etikk”, som er utviklet av Beauchamp og Childress. Dette rammeverket inneholder prinsippene autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet. Av disse vil *velgjørenhetsprinsippet* være spesielt aktuelt for min problemstilling, da velgjørenhetsprinsippet utgjør kjernen i medisin, pleie- og omsorgsfag, og dreier seg om handlinger som forebygger og fjerner skade og fører til det gode. Ved å undervise og veilede i kengurumetoden vil sykepleieren fremme det premature barnets helse og fremme tilknytning mellom barnet og foreldrene, slik at det emosjonelle



båndet mellom dem styrkes. For å ivareta forsvarlighetskravet er det imidlertid viktig at sykepleieren observerer vitale parametere under bruk av kengurumetoden.

### **4.3 Funksjonsområder**

Det finnes syv fagspesifikke funksjoner og ansvar som preger måten sykepleieren tilnærmer seg og ivaretar pasienter på. Dette er kompetanse sykepleierstudenten skal opparbeide seg i løpet av utdanningen og som også er nedfelt i de lover og etiske retningslinjer som regulerer sykepleieutøvelsen. Disse funksjonsområdene innebærer oppgaver som er forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende/habiliterende, samt undervisning og veiledning, administrasjon og ledelse og fagutvikling og forskning. Hvorvidt disse funksjonene blir ivaretatt vil ha betydning for kvaliteten på sykepleien (Nortvedt & Grønseth, 2013). I denne oppgaven er det spesielt den forebyggende og helsefremmende, samt undervisende og veiledende funksjonen som er relevante.

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet har som mål å ”forhindre eller utsette sykdom hos friske individer” eller “hindre at en sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre” (Mæland, 2010). Dette omtales som henholdsvis primær og sekundær sykdomsforebygging. Nortvedt og Grønseth (2013) skriver at primærforebygging handler om å styrke pasientens egne ressurser, for eksempel ved å tilrettelegge for normal vekst og utvikling hos barn. Den undervisende og veiledende funksjonen innebærer sykepleierens ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter. Det skal blant annet fremme trygghet og bidra til at pasienten eller pårørende bedre mestrer konsekvensene av situasjonen (Nortvedt og Grønseth, 2013).

### **4.4 Veiledning og undervisning**

Veiledning defineres av Lauvås og Handal (2007) som profesjonell assistanse i individers og gruppers læring og utvikling. Dette kan overføres til helseveiledning med pasienter og pårørende som målgruppe. Helseveiledning har et faglig fundament, og kan forstås som en profesjonell samtale eller dialog (Christiansen, 2013). I pedagogikken skiller man ofte mellom undervisning og veiledning, der opplegget for veiledningen ikke er fastsatt på samme måte, men utvikles underveis i dialogen. Hvor stor forskjell det er på veiledning og undervisning er imidlertid avhengig av hvor bredt eller snevert syn man har på undervisning.

Selv i planlagte undervisningsopplegg kan sykepleieren ha en veiledende rolle (Christiansen, 2013).

Begreper som pasientutdanning og pasientundervisning forbindes som regel med formidling av informasjon fra helsepersonell til pasienter eller pårørende, og har dermed en litt utdatert betydning. Undervisningsopplegg kan imidlertid inneholde handlingsnære, veiledende elementer som forklare, vise hvordan, klargjøre gangen i et handlingsforløp, støtte og justere (Christiansen, 2013). Det er denne formen for undervisning, med veiledende elementer, som er hensiktsmessig når man som sykepleier skal undervise foreldre i utførelse av kengurumetoden.

#### **4.5 Den didaktiske relasjonsmodellen**

Jeg vil belyse sykepleierens undervisende og veiledende funksjon ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen. Den didaktiske relasjonsmodellen ble opprinnelig utviklet av pedagoger for skolen, og ble for første gang presentert av Bjørndal og Lieberg i boka *Nye veier i didaktikken*. Modellen lar seg imidlertid overføre til sykepleiers helseveiledning og pasientundervisning, da den gir oversikt over noen viktige forhold som helsearbeidere må ta hensyn til når de skal undervise og veilede personer i en særegen og sårbar situasjon. De seks gjensidige innvirkende forhold på helseveiledning og undervisning som modellen presenterer er:

1. pasientens og pårørendes læreforutsetninger
2. rammefaktorer og kontekst
3. mål
4. innhold
5. metode og tilrettelegging
6. vurdering

(Christiansen, 2013, s. 44)

Disse seks forholdene skal blant annet bidra til at sykepleieren kan tilpasse informasjon og undervisning til den enkelte, og dermed føre til at pasienter og pårørende føler seg møtt og ivaretatt. Læring og mestring i sykdomsrelaterte livssituasjoner forutsetter at undervisning og veiledning tilpasses individuelle forutsetninger og situasjonen eller konteksten man befinner

seg i (Christiansen, 2013). Den didaktiske relasjonsmodellen vil danne grunnlaget for min drøftingsdel, og jeg vil der gå nærmere inn på hvert enkelt av de seks forholdene.

## 5 Drøfting

Det er mye forskning som har dokumentert kengurumetodens positive effekter på både det premature barnet og foreldrene. Disse positive effektene kan deles i fire kategorier: fysiologiske, atferdsmessige, utviklingsmessige og psykososiale. Ludington-Hoe et.al (2008) har gjort en gjennomgang av all tilgjengelig forskning på effektene av kengurumetoden, og evaluert i hvilken grad forskningen samlet sett taler til fordel for bruk av kengurumetoden.

Når det kommer til de psykososiale effektene og kengurumetodens effekt på tilknytningen mellom foreldrene og det premature barnet, finnes det både randomiserte og ikke-randomiserte studier som har bekreftet at kengurumentoden fører til mindre angst hos mor og foreldre som er mer fornøyd med opplevelsen på nyfødt intensivavdeling. Samme type studier har også vist bedret tilknytning og mer positiv interaksjon mellom foreldre og barn som følge av kengurumetoden. Det finnes også deskriptive studier som viser at de fedrene som har utført kengurumentoden på sykehuset opplever en intens forbindelse og tilknytning til barnet, samt opplever seg mer involvert. Når all forskning på dette temaet er gjennomgått blir bevisene for bedret tilknytning og interaksjon mellom foreldre og barn ved utførelse av kengurumetoden vurdert til svært sterke (Ludington-Hoe et.al, 2008).

Håkonsen (2014) skriver at den viktigste utviklingen som skjer hos et barn er den som skjer på det psykososiale området, og her er tilknytning den viktigste komponenten. Umiddelbart etter fødsel søker barnet kontakt med mor, og far kan også raskt bli en viktig person i barnets utvikling. Det er avgjørende at det finnes en voksen som kan gi barnet den nærheten den trenger, og i dette tilfellet vil det bety at foreldrene har nok tid sammen med barnet, samt er tilgjengelige, pålitelige og forutsigbare, spesielt de første leveårene (Håkonsen, 2014). En trygg tilknytning til omsorgspersonen danner grunnlaget for utviklingen av barnets selvoppfatning, trygghet og tillit. Barn som har en trygg tilknytning har vist seg å ha større evne til å takle vanskelige situasjoner og utfordringer senere i livet, da de har større evne til å regulere egne følelsesreaksjoner. Barn med varme og nære relasjoner til foreldrene vil også ha bedre forutsetning for å danne nye relasjoner til venner og lekekamerater. Sist, men ikke minst vil barn med trygg tilknytning senere i livet lettere kunne gi uttrykk for egne følelser, og har også lettere for å forstå og leve seg inn i andre menneskers følelser, altså empatiske egenskaper (Marvin et.al., 2002, Skårderud & Karterud, 2007).

Som nevnt i litteraturdelen blir tilknytning betegnet av barnets emosjonelle bånd til omsorgsgiveren, og det er barnets tidlige tilknytningserfaringer som danner grunnlaget for om tilknytningen til foreldrene blir trygg eller utrygg (Bowlby, 1969, Ainsworth et.al., 2015). Nærhet og hudkontakt gjennom kengurumetoden er nettopp en slik tidlig tilknytningserfaring som vil bidra til å skape trygg tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet (Ludington-Hoe et.al, 2008). Det er derfor en viktig sykepleieoppgave å undervise foreldre i kengurumetoden, slik at de vil føle seg trygge på å utføre metoden på den tradisjonelle nyfødte intensivavdelingen. På denne måten vil man også ivareta sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon, ved å tilrettelegge for en så god start på livet som mulig for det premature barnet. Med utgangspunkt i de seks gjensidige innvirkende forhold på helseveiledning og undervisning i den didaktiske relasjonsmodellen vil jeg videre drøfte hvordan undervisningen best gjennomføres og hva det er spesielt viktig at sykepleieren tar hensyn til.

## **5.1 Pasientens og pårørendes læreforutsetninger**

Når sykepleier skal undervise pasienter eller pårørende er det viktig å ta hensyn til forhold som innvirker på læring og mestring. I Pasientrettighetsloven § 3-5 (1999) trekkes alder, modenhet, erfaring, kultur – og språkbakgrunn fram som elementer man må ta hensyn til ved formidling av informasjon og undervisning. I tillegg til disse elementene er også sykdomsfase, tilstand, behov og holdninger sentralt for pasientens og pårørendes mottakelighet for undervisning (Christiansen, 2013). Det er spesielt sykdomsfasens og tilstandens påvirkning på læring og mestring jeg vil drøfte videre, selv om sykepleieren også må kartlegge foreldrenes erfaringer, kunnskaper og ferdigheter, språk- og kulturbakgrunn, samt deres holdninger til læring i forkant av undervisningen.

Foreldre til premature barn som legges inn på nyfødte intensivavdeling opplever en stor omveltning i livet. Tidligere livserfaring og hvilken situasjon barnet er i vil ha betydning for hvordan innleggelsen oppleves, men dette er en situasjon som i mange tilfeller vil medføre en krisereaksjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, Tandberg, 2009). Som nevnt tidligere vil den første fasen i en krise være preget av sjokk. Spesielt i denne fasen vil man ikke klare å ta inn informasjon, selv om den blir gjentatt. Kunnskap om foreldrenes reaksjoner er viktig for å vite hvordan og ikke minst når vi skal intervensere overfor foreldrene (Tandberg, 2009).

Det å identifisere riktig tidspunkt for undervisning innebærer også å ta hensyn til andre fysiske og psykiske forhold som f.eks. tretthet, mental slitenhet, stress og depresjon. Dette er forhold som kan gi svekket konsentrasjon og læringsevne (Christiansen, 2013). Mange foreldre har rapportert at en stor stresskilde når deres nyfødte barn er innlagt på nyfødt intensivavdeling er følelsen av å ikke være i stand til å ta vare på sitt eget barn. Innleggelse i en nyfødt intensivavdeling innebærer som oftest separasjon mellom foreldre og barnet. Det at foreldrene ikke har mulighet til å være sammen med barnet sitt 24 timer i døgnet og at pleien på en nyfødt intensivavdeling hovedsakelig dreier seg om den nyfødte, kan gi foreldrene inntrykk av at barnet ikke trenger foreldrene sine, men bare profesjonelle pleiere og høyteknologisk behandling. I tillegg til at dette medfører stress og nedstemthet hos foreldrene, vil det også føre til at foreldrerollen blir satt til side, og den påbegynte tilknytningsprosessen avbrytes (Blomqvist & Nyqvist, 2013).

For å få informasjon om foreldrenes situasjon, hvor de er i krisereaksjonen og hvordan de har det, er en-til-en samtaler den foretrukne metoden. Den pasientsentrerte samtaletilnærmingen tilpasses pasientens individuelle behov og bekymringer, og er nyttig både for å få innsikt, men også for å bygge tillit (Sørli & Bergvik, 2013). I forbindelse med dette er det viktig å anerkjenne foreldrene som eksperter på seg selv, og ikke tenke at vi vet best (Heggdal, 2008). Spørreskjemaer trekkes i litteraturen også frem som noe som kan bidra til å få innblikk i pårørendes opplevelse av egen situasjon (Christiansen, 2013). Noen foreldre kan synes at det er lettere å uttrykke seg skriftlig, og dette vil da ivareta disse bedre. Det er imidlertid viktig at dette ikke går foran den gode samtalen, men fungerer som et supplement. Foreldrenes følelser og meninger, som sier noe om når de er mottakelig for undervisning, er noe sykepleieren må ta hensyn til. Dette konkretiseres i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), som omhandler pasientens rett til medvirkning.

Det er altså spesielt viktig at man som sykepleier setter seg inn i den enkelte forelders individuelle situasjon for å kunne vite når de vil være mest mottakelig for læring og mestring. Både sjokk, stress og depresjon vil være med på gjøre foreldrene mindre mottakelig, og en reduksjon av dette vil fremme deres mottakelighet for og bearbeidelse av informasjon, samt evne til samhandling med helsepersonell (Sørli, Busund, Sexton, Sexton & Sørli, 2007). Det er samtidig viktig at kengurumetoden introduseres og settes i gang tidlig, både for å styrke tilknytningen mellom foreldre og barnet, men også fordi det er vist å kunne ha gode

effekter på foreldrenes grad av negative følelser. En klinisk randomisert studie fra USA har vist at det å tidlig øke foreldrenes deltakelse i forhold til sitt premature barn signifikant reduserer stress, depresjon og angst hos mødre og bidrar til å styrke morsfølelsen (Melnyk, Feinstein, Alpert-Gillis, Fairbanks, Crean, Sinkin, Stone, Small, Tu & Gross, 2006). Utøvelse av kengurumetoden er et ledd i å øke foreldrenes deltakelse, og også andre studier viser at mødre som utøver kengurumetoden er mindre deprimert og engstelige, anser seg selv som mer kompetente, føler en sterkere morsrolle, er mer positive og anser sine barn for å være mindre ”annerledes” (Tallandini & Scalembra, 2006, de Macedo, Cruvinel, Lukasova, & D’Antino, 2007). Kengurumetoden kan dermed i seg selv være et ledd i å gjøre foreldrene mer mottakelig for undervisning.

## **5.2 Rammefaktorer og kontekst**

Når undervisning og veiledning skal gjennomføres i en sykehusavdeling er det flere forhold omkring kontekst og rammefaktorer som må vurderes for at undervisningen skal bli så bra som mulig. Sykehusrutiner, tid og rom, samt hvordan en tradisjonell nyfødtavdeling er utformet er forhold som påvirker undervisningen og muligheten for å gjennomføre kengurumetoden. I tillegg til dette er foreldrenes rolle i miljøet på avdelingen med på å påvirke deres mottakelighet for undervisning (Christiansen, 2013).

Rommets betydning for undervisningen skal ikke undervurderes. Forskning viser at pasienter eller pårørende som mottar informasjon ved sengekanten eller i forbindelse med stell og prosedyrer ikke oppfatter informasjonen som satt i system, og dermed heller ikke viktighetsgraden (Tørstad & Iversen, 2009). Det er av stor betydning at det gjøres eksplisitt at det er undervisning som gjennomføres, og at det er undervisning som er fokus for samtalen. Dette kan, blant annet, gjøres ved å informere om tidspunkt i forkant (Eide & Eide, 2013). På en nyfødt intensivavdeling vil man også kunne vise at det er undervisning som foregår og at fokuset flyttes fra barnet til foreldrene ved å samtale med foreldrene i et annet rom enn der barnet ligger (Tandberg, 2009). Det er dermed hensiktsmessig å ha grupperom eller lignende i tilknytning til avdeling, slik at man kan gjennomføre undervisningen her. Dette vil sette noen andre rammer for undervisningen enn om den hadde blitt gjennomført inne på pasientrommet, der det som regel er mange andre tilstede.

Det er også viktig at sykepleieren har satt av tilstrekkelig tid til undervisningen, og at man klargjør hvor lang tid man har til disposisjon. Dette vil sammen med rommets betydning bidra til å klargjøre rammene for undervisningen. Sykepleieren må også, så langt det er mulig, sørge for å ikke bli forstyrret underveis i undervisningen. Dette handler blant annet om å si ifra til annet personell at man gjennomfører undervisning, slik at det ikke oppstår unødvendige avbrytelser. Et annet element som vil bidra til å hindre avbrytelser er å sørge for at man har alt utstyr tilgjengelig. Dette gjelder blant annet brosjyrer og annet skriftlig materiale som det er hensiktsmessig å bruke (Tveiten, 2008). Dette vil jeg også komme nærmere tilbake til senere i drøftingen.

På nyfødtavdelingen vil foreldrene oppleve å få en ny og ukjent rolle. Man er underlagt systemet på sykehuset, og sykehusrutinene er ukjent og annerledes enn hjemme. Det kan også være vanskelig at man i stor grad er avhengig av hjelp fra helsepersonell. Det å være i denne ukjente situasjonen kan gi en følelse av at man ikke har samme kontroll over livet sitt som tidligere. Å være usikker på seg selv og sin rolle har lett for å påvirke forutsetningene for å lære (Christiansen, 2013). For foreldrene til barn som er innlagt på tradisjonelle nyfødt intensivavdelinger kan dette være ekstra vanskelig, da de som regel bor på barselavdelingen, men kommer på besøk til nyfødtavdelingen for å være sammen med barnet sitt (Haugan & Tryti, 2009). Følelsen av å være på besøk kan gjøre foreldrene ytterligere usikker på egen rolle. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på dette, slik at man kan tilrettelegge for at foreldrene føler seg velkomne og komfortable i miljøet på nyfødtavdelingen.

I forlengelsen av dette er det også nødvendig å reflektere rundt hvilken ramme miljøet på avdelingen skaper. Blir foreldrene møtt med en forventning om at de skal være deltakende, eller blir det formidlet at det tryggeste er at spisskompetansen råder? Et viktig aspekt i dette er maktperspektivet. Det vil alltid være et ujevnt maktforhold mellom sykepleieren og, i denne sammenhengen, foreldrene til det premature barnet. Sykepleieren innehar mest kunnskap om situasjonen, om det tekniske utstyret og vet hvordan ting foregår på avdelingen. Dette vil kunne bidra til å gjøre foreldrene utilpass, noe som igjen er til hinder for læringen (Tandberg, 2009). For at foreldrene skal kunne være deltakende og føle kontroll i situasjonen må sykepleieren overføre noe av sin makt til foreldrene. En måte å gjøre dette på er å sørge for at foreldrene føler seg trygge på å utføre kengurumetoden, slik at de på denne måten blir deltagende i pleien.



Lode, Andersen & Eriksson (2015) har utført forskning i Norge der de beskriver likheter og forskjeller mellom nyfødt intensivavdelinger ved universitetssykehus og øvrige helseforetak, når det gjelder praktisk og organisatorisk tilrettelegging, samt personalets oppfatninger om kengurumetoden. De finner blant annet at universitetssykehusene har færre rom som tillater foreldre å være på avdelingen hele døgnet, enn øvrige helseforetak. I tillegg hadde mange av avdelingene perioder på døgnet hvor foreldrene ikke fikk være tilstede i avdelingen. En studie utført i Sverige i 2014 sammenlignet personalets holdninger til kengurumetoden på to nyfødt intensivavdelinger. På den ene avdelingen hadde foreldrene mulighet til å være sammen med barnet hele døgnet, mens den andre avdelingen ikke ga denne muligheten. Ansatte som arbeidet i nyfødt intensivavdelingen som ga foreldrene ubegrenset tilgang til å være med barnet var mer positive til kengurumetoden, enn de ansatte på avdelingen der foreldrene kun hadde begrensede muligheter til å være med sine barn (Strand et.al., 2014). For at undervisningen skal bli vellykket er det viktig at personalet har positive holdninger og tro på det de underviser i. På denne måten vil de kunne formidle de positive effektene av kengurumetoden på en troverdig måte, slik at foreldrene ønsker å ta i bruk metoden så mye som mulig.

### **5.3 Mål**

Når man skal utforme mål for undervisningen er det viktig at foreldrene er en deltaker i dette, og at det skjer i samtale med foreldrene. Medbestemmelse i utformingen av målene vil styrke foreldrenes bevissthet, ansvarlighet og motivasjon for å lære. Målene må altså bygge på en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og foreldrene. Det er også viktig at målene er realistiske og oppnåelige, og at de tar utgangspunkt i pasientens læreforutsetninger og situasjon (Christiansen, 2013).

Mål trenger ikke kun å være et resultat i det fjerne, men kan også fungere som en veiviser ved at man kan etablere mer kortsiktige mål i tillegg til et langsiktig. Når man møter foreldre i krise vil som sagt mottakeligheten for informasjon være nedsatt, og et langsiktig mål som ligger langt fram i tid vil kunne virke overveldende. Det blir derfor viktig å også ha kortsiktige mål for å skjerme eller avgrense (Christiansen, 2013).

I denne sammenhengen kan vi anta både noen kortsiktige og langsiktige mål for undervisningen. To kortsiktige mål vil være at foreldrene får tilstrekkelig informasjon og

veiledning til å føle seg trygge på utførelsen av kengurumetoden, og at de får tilstrekkelig informasjon om fordelene ved kengurumetoden slik at dette virker motiverende. Det mer langsiktige målet vil være at bruk av kengurumetoden skal legge grunnlaget for at det etableres trygg tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet.

## **5.4 Innhold**

Innholdet i undervisningen må basere seg på den informasjon som har kommet fram om læreforutsetninger, kontekst og mål. På denne måten kan man konstruere et individuelt tilpasset undervisningsinnhold. For å kunne gjennomføre god undervisning er det også viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om temaet for undervisningen, og bygger informasjonen på relevant data (Christiansen, 2013). Dette fremheves i yrkesetiske retningslinjer, hvor det står at sykepleieren har et personlig ansvar for å være faglig oppdatert innen eget fagområde (Sneltvedt, 2013).

Hvilke erfaringer foreldrene har fra før vil påvirke hva de vet, og dermed hvilken undervisning de har behov for. Det er selvfølgelig relevant for sykepleieren å undersøke foreldrenes kunnskapsgrunnlag i forkant av undervisningen og planleggingen av innholdet. I denne sammenhengen går jeg imidlertid ut ifra at det er første gangen foreldrene får et prematurt barn som er innlagt på nyfødt intensivavdeling, og at de derfor har begrensede forkunnskaper om temaet.

Når man skal planlegge innholdet i undervisningen, er studier som viser hva foreldrene fant motiverende, hva de ønsket mer av eller hva de savnet nyttig (Christiansen, 2013). I en svensk kvalitativ undersøkelse oppga foreldrene at opplysninger om de positive effektene av kengurumetoden for barnet økte deres villighet og motivasjon for å utføre metoden. I samme undersøkelse kom det også fram at manglende informasjon om hvordan man utførte kengurumetoden i praksis hadde fungert som en barriere for å utføre metoden (Blomqvist, Frölund, Rubertsson & Nyqvist, 2013). Dette kommer også fram i en annen svensk studie, der manglende informasjon om praktisk utførelse av kengurumetoden, samt inkonsekvent informasjon fra personalet ble trukket fram som det mødrene var minst fornøyd med etter å ha hatt barnet sitt innlagt på nyfødtintensiv avdeling (Blomqvist & Nyqvist, 2011).

Med utgangspunkt i disse erfaringene er det viktig å implementere kengurumetodens fordeler for barnet og foreldrene i undervisningen, da dette vil virke motiverende. De viktigste positive effektene for barnet er bedret vektutvikling, bedret temperaturregulering, rolig puls, redusert respirasjonsarbeid og oksygenbehov, færre apneer og bradycardier, lengre perioder med dyp søvn, færre alvorlige infeksjoner, bedret neurologisk utvikling, opplevelse av omsorg og trygghet, mindre følelse av ensomhet og tidligere utreise fra sykehuset. For foreldrene er de viktigste positive effektene at det reduserer stress, øker foreldrekompentansen og mestring, gir mulighet for å bli bedre og tidligere kjent med barnet sitt, at de tidligere lærer å tolke barnets signaler og at det fremmer tilknytningsprosessen. I tillegg øker det mengden morsmelk og øker ammeforekomsten (Steinnes, 2009). I og med at foreldrene ikke har noen erfaring med å få et prematurt barn eller med kengurumetoden kan det imidlertid være hensiktsmessig med en kort innføring i hva metoden er, før man går inn på fordelene.

Det er også svært viktig at undervisningen inneholder både informasjon, demonstrasjon og øvelser i den praktiske utførelsen av kengurumetoden. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste del av drøftingen, som omhandler metoden for undervisningen. I tillegg til å undervise i selve utførelsen av kengurumetoden, er det også sykepleieren sin oppgave å veilede foreldrene til å følge med på de fysiologiske tegnene til barnet, og kjenne igjen uregelmessigheter. Dette vil være med på å ytterligere trygge foreldrene i prosessen. For å ivareta forsvarlighetskravet er det imidlertid viktig at sykepleieren også observerer vitale parametere ved bruk av kengurumetoden. Det kan i tillegg være nyttig å fortelle foreldrene at en endring i barnets vitale parameter kan oppstå ved overflytting, men at de aller mest sannsynlig vil returnere til det normale når barnet er plassert i kenguru. Hvis vitale parameter ikke returnerer til det normale kan dette indikere intoleranse for kengurumetoden, og det kan hende at barnet må flyttes tilbake til kuvøsen (Ludington-Hoe et.al 2008).

Foreldrene må i tillegg til dette få informasjon om at det anbefales at hver økt i kenguru varer i minst 1 time. Dette skyldes barnets søvnsyklus, og at barnet etter ca. 1 time vil ha vært igjennom en syklus. Det vil dermed også være viktig at det gis informasjon om at foreldrene i forkant av kenguru bør ha gått på toalettet, kanskje tatt seg en matbit og hentet noe å drikke, slik at de ikke føler behov for å reise seg med det første (Nyqvist et.al., 2010).

## 5.5 Metode og tilrettelegging

Uansett hvordan man gjennomfører undervisningen og hvilken metode man benytter er det to aspekter som må være tilstede for at undervisningen skal bli vellykket. Det må være en underliggende trygghet og tillit i relasjonen. Bare da vil foreldrene åpne seg og gi uttrykk for sin engstelse, usikkerheter og behov i forbindelse med det de lærer og det de skal mestre (Sørli et.al., 2007). Atmosfæren må også preges av toleranse og forståelse, og foreldrene må føle at de blir respektert og sett i den situasjonen de befinner seg i (Christiansen, 2013). For å bidra til dette vil det være hensiktsmessig at det er den sykepleieren som kjenner foreldrene best som gjennomfører undervisningen. Det andre aspektet er at man bestandig må tilstrebe at pasienten eller pårørende spiller en aktiv rolle. Man skal ikke bli informert, men være en aktiv deltaker i undervisningen. Dette har sammenheng med hvilket utbytte foreldrene vil ha av undervisningen, men også med retten til medvirkning (Pasient-og brukerrettighetsloven § 3-1, 1999).

Både læreforutsetninger, konteksten, målet med undervisningen og rammefaktorene, i form av tid, rom og utstyr, vil være med på å avgjøre hvilken metode som skal benyttes. I denne sammenhengen vil jeg utdype demonstrasjonsmetoden, da denne metoden er svært nyttig for å lære ferdigheter (Tveiten, 2008). Demonstrasjonsmetoden er en undervisningsmetode, men som jeg nevnte i denne oppgavens teoridel trenger ikke forskjellen mellom undervisning og veiledning å være stor. Denne forskjellen er avhengig av hvor bredt eller snevert syn man har på undervisning, og dette er en undervisningsmetode som inneholder handlingsnære og veiledende elementer (Christiansen, 2013).

Demonstrasjonsmetoden innebærer at foreldrene først får en teoretisk innføring i hva kengurumetoden er, hva hensikten er og hvordan barnets sikkerhet ivaretas under gjennomføringen (Tveiten, 2008). Hensikten med denne teoretiske gjennomgangen er å gi foreldrene et helhetsbilde av hvordan metoden foregår, samt begrunnelser og vurderinger. Når den teoretiske innføringen er gjennomført bør kengurumetoden demonstreres. I dette tilfellet vil det være hensiktsmessig å gjøre dette ved hjelp av en videofilm, men sykepleier kan også selv demonstrere med for eksempel en dukke. Sørli et.al. (2007) har funnet at videofilmet informasjon og prosedyrer kombinert med personsentrert muntlig informasjon har god effekt på pasientens læringsutbytte. Det vil være nyttig for foreldrene å se hvordan overflyttingen fra kuvøsen og plasseringen av barnet på brystet foregår før de selv skal få sitt eget barn på brystet, da dette vil gjøre de bedre forberedt og mest sannsynlig også roligere.

I etterkant av at man har hatt den teoretiske innføringen og sett demonstrasjonsvideoen er vi over på den delen der foreldrene selv skal gjennomføre metoden og få veiledning i den. Et viktig aspekt i denne delen av undervisningen er at veiledningen må skje på barnets premisser. Sykepleieren må derfor vurdere hvorvidt barnet er klar for å bli tatt ut av kuvøsen og lagt i kenguru. Vurderingen av hvor klart barnet er skal skje når barnet hviler uforstyrret i kuvøsen. Undersøkelse av barnets vitale parameter gir den beste indikasjonen på den fysiologiske klarheten. Som en noe generell regel kan vi si at kengurumetoden kan gjennomføres dersom puls, respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, temperatur og barnets aktivitet er innenfor normalområdene. Dersom barnet har takykardi kan dette imidlertid skyldes mange forhold, og kengurumetoden kan gjennomføres med nøye overvåkning av pulsen de første 10-15 minuttene. Dersom pulsen ikke senkes til normalnivå i løpet av disse minuttene bør man avslutte veiledningen. Som nevnt bør også respirasjonsfrekvensen være innenfor normalområdet, men dersom barnet har apnéer på mindre enn 10 sekunder eller det er få episoder av apné, kan kengurumetoden gjennomføres. Det er også vist at kengurumetoden kan ha positiv effekt på graden av apnéer. Når det kommer til temperatur bør barnet plasseres i kenguru selv om kroppstemperaturen er lav. Man bør da overvåke temperaturen hvert 5-15 minutt for å bekrefte at kroppstemperaturen stiger, men ikke overstiger normalen (Ludington-Hoe et.al, 2008).

Dersom barnet er klart for å bli plassert i kenguru gjennomføres siste del av undervisningen med barnet på en av foreldrenes bryst. Barnet plasseres som beskrevet tidligere i oppgaven, og sykepleieren veileder blant annet foreldrene til hvilken stilling de selv best sitter i, hvordan de holder hendene rolig over barnets rygg og at det er viktig at de snakker med lav stemme dersom de må snakke. I tillegg bør sykepleieren trygge foreldrene ved å forklare at det er trygt å flytte barnet selv om det er koblet til ledninger og instrumenter (Nyqvist et.al., 2010). Når sykepleieren veileder foreldrene er det viktig å være tålmodig og rolig. Som nevnt tidligere er foreldrene ofte usikre i både foreldrerollen og i deres rolle på avdelingen. Dette kan gjøre foreldrene sårbare for alt som kan oppfattes som kritikk eller manglende mestring av foreldrerollen. For å understøtte tilliten til egen foreldrekompetanse er det derfor viktig at man som sykepleier bygger oppunder det foreldrene gjør bra og ikke opptrer som “den som vet best”. Man kan da lett øke deres usikkerhet og undergrave deres egen tillit til at de kan være gode nok foreldre for sine barn. Det å tilrettelegge for at foreldrene opplever mestring vil ha

mye å si for deres opplevelse av situasjonen og også for hvor mye de ønsker å benytte kengurumetoden senere (Moss, Hval, Hellerud & Petersen, 2007, Sørli & Bergvik, 2013).

Når man møter foreldre i krise er det nødvendig å være tydelig, konkret og så praktisk som mulig. For at informasjonen som blir gitt skal forstås og huskes er det også viktig å underbygge den muntlige informasjonen med skriftlig materiale (Tørstad & Iversen, 2009). I dette tilfellet vil det være hensiktsmessig å ha brosjyrer som inneholder informasjon om kengurumetoden, fordelene ved den og illustrasjoner. På denne måten vil foreldrene kunne ta fram denne hvis de blir usikker på noe av det som ble gjennomgått under undervisningsopplegget. Det er heller ikke sjeldent at det kan dukke opp spørsmål i etterkant av undervisningen. Det er derfor viktig at sykepleieren er tilgjengelig og mottakelig for foreldrenes spørsmål, og eventuelt legger til rette for oppfølgingssamtaler (Tveiten, 2008).

Et dilemma rundt undervisning i kengurumetoden er også hvorvidt avdelingene bør ha fastsatte rutiner og retningslinjer for undervisningen. Kun rundt halvparten av de norske nyfødteintensiv avdelingene som Lode et.al. (2015) undersøkte hadde retningslinjer for og skriftlig foreldreinformasjon om hud-mot-hud-kontakt. Tidligere studier har vist at faste rutiner for introdusering av kengurumetoden gjorde at barn og foreldre kom tidligere i gang, og at det økte bruken av metoden (Blomqvist & Nyqvist, 2011, Blomqvist et.al., 2013). At avdelingen har skriftlig foreldreinformasjon tilgjengelig er vesentlig, men det er imidlertid viktig at fastsatte rutiner og retningslinjer for øvrig, ikke går på bekostning av den individuelle tilretteleggingen av undervisningen.

## **5.6 Vurdering**

Ifølge Pasient-og brukerrettighetsloven §3-5 (1999) skal sykepleieren forsikre seg om at informasjonen som blir gitt er forstått av mottakeren. Sykepleieren må altså både underveis og på slutten av undervisningen benytte metoder som gjør at hun får et innblikk i om foreldrene har forstått innholdet. Et virkemiddel for å nå dette kan være at foreldrene med egne ord gjentar hva de har lært, eller at sykepleieren stiller kontrollspørsmål. Dette vil kunne bidra til en kvalitetssikring av undervisningen, da man kan avdekke eventuelle misforståelser eller mangelfull informasjon (Christiansen, 2013). Det er imidlertid viktig at måten kontrollspørsmålene blir stilt på ivaretar foreldrenes opplevelse av likeverd og respekt (Tveiten, 2008).

Målene som ble formulert tidligere er en viktig del av vurderingsprosessen. Et av målene var knyttet til at foreldrene skulle få tilstrekkelig informasjon og veiledning til at de følte seg trygge på å utføre kengurumetoden. Sykepleieren kunne få et innblikk i hvorvidt foreldrene behersker metoden og føler seg trygg på den, ved å være tilstede når de utfører kengurumetoden. Man vil da kunne se om noe av hensikten med undervisningen er oppnådd. Alle mål er imidlertid ikke målbare, i alle fall ikke for sykepleier på nyfødtintensiv avdeling. Målet om at kengurumetoden skal bidra til trygg tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet er et slikt mål. Dersom kengurumetoden benyttes på den måten og i den utstrekning den er tenkt, må vi imidlertid gå ut ifra at man har lagt et godt grunnlag for å oppnå dette.

## 6 Avslutning

Undervisning i kengurumetoden er et virkemiddel for å forbedre de psykososiale forholdene rundt barnet og familien når de er på nyfødtintensiv avdeling. De psykososiale forholdene på nyfødtintensiv avdeling, og senere hjemme, har betydning for hvordan barnet utvikler seg både psykisk og sosialt under oppveksten (Ravn, 2009). Ved å tilrettelegge for at det utvikles trygg tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet bidrar man til å danne grunnlaget for barnets selvoppfatning, trygghet og tillit. Barn med trygg tilknytning vil også ha større evne til å takle vanskelige situasjoner og utfordringer senere i livet, de vil ha bedre forutsetning for å danne nye relasjoner til venner og lekekamerater, og de vil ha mer velutviklede empatiske egenskaper (Håkonsen, 2014). På denne måten vil undervisning og veiledning i kengurumetoden være både forebyggende og helsefremmende, da det er et bidrag i å skape trygg tilknytning og optimal utvikling for barnet.

For å kunne gi god undervisning i kengurumetoden til foreldre som har fått et prematurt barn er det flere forhold som sykepleieren må ta hensyn til. For det første må sykepleieren ta hensyn til forhold som innvirker på læring og mestring. Foreldre til premature barn som legges inn på nyfødtintensiv avdeling opplever en stor omveltning i livet. De fleste opplever en krisereaksjon, og angst, depresjon og stress er svært vanlig (Tandberg, 2009). Disse reaksjonene påvirker foreldrenes mottakelighet for og bearbeidelse av undervisning og læring, og det er viktig at sykepleieren tilpasser undervisningstidspunktet i forhold til dette. For å få informasjon om foreldrenes situasjon og hvordan de har det, er en-til-en samtaler å foretrekke (Christiansen, 2013). Videre er også rammefaktorer og konteksten avgjørende for at undervisningen skal bli så bra som mulig. Ved en nyfødt intensivavdeling vil man kunne vise at det er undervisning som foregår og at fokuset flyttes fra barnet til foreldrene, ved å samtale med foreldrene i et annet rom enn der barnet ligger (Tandberg, 2009). I tillegg til rommets betydning vil også foreldrenes rolle i miljøet på avdelingen påvirke undervisningen. Foreldrene vil oppleve å være i en ny og ukjent rolle der de ikke har den samme kontrollen som de er vant til. Å være usikker på seg selv og sin rolle har lett for å påvirke forutsetningene for å lære. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på dette, slik at man kan tilrettelegge for at foreldrene føler seg velkomne og komfortable i miljøet på nyfødtavdelingen (Christiansen, 2013).



Å ha realistiske og oppnåelige mål for undervisningen som foreldrene har vært delaktige i å utforme er også med på å påvirke i hvilken grad undervisningen blir vellykket eller ikke (Christiansen, 2013). I dette tilfellet var målene for undervisningen at foreldrene skulle bli trygge på utførelsen av kengurumetoden, at de skulle få tilstrekkelig informasjon om fordelene ved metoden slik at det virket motiverende, og til slutt var det langsiktige målet at det ved hjelp av kengurumetoden skal legges til rette for etablering av trygg tilknytning mellom foreldrene og det premature barnet. Disse målene, sammen med det man vet om foreldrenes læreforutsetninger og konteksten, vil legge grunnlaget for innholdet i undervisningen. De to viktigste elementene i undervisningens innhold er informasjon om fordelene ved kengurumetoden både for barnet og for foreldrene, samt informasjon, demonstrasjon og veiledning i den praktiske utførelsen av kengurumetoden.

I denne sammenhengen er demonstrasjonsmetoden en hensiktsmessig undervisningsmetode å benytte, da denne er svært nyttig for å lære ferdigheter. Dette er en metode som visker ut noe av skillet mellom undervisning og veiledning, da den inneholder handlingsnære og veiledende elementer (Tveiten, 2008). Undervisningen vil først bestå av en teoretisk innføring i hva kengurumetoden er, hva hensikten er og hvordan barnets sikkerhet ivaretas under gjennomføringen. Når den teoretiske innføringen er gjennomført demonstreres metoden ved hjelp av videofilm. Siste del av undervisningen vil foregå mens foreldrene har sitt eget barn på brystet. Det er imidlertid viktig at sykepleieren vurderer hvorvidt barnet er klar for å bli tatt ut av kuvøsen i forkant av dette (Ludington-Hoe et.al., 2008). Når det kommer til fastsatte rutiner og retningslinjer for undervisningen er det vist at dette kan være hensiktsmessig, men at dette var noen som manglet ved mange norske nyfødtintensiv avdelinger (Lode et.al., 2015). Det at avdelingene har skriftlig foreldreinformasjon for å underbygge den muntlige informasjonen tilgjengelig er vesentlig, men det er imidlertid viktig at fastsatte rutiner og retningslinjer for øvrig, ikke går på bekostning av den individuelle tilretteleggingen av undervisningen. Til slutt må sykepleieren vurdere hvorvidt foreldrene har forstått innholdet i undervisningen. Målene er også en viktig del av vurderingsprosessen, og sykepleieren bør så langt det lar seg gjøre evaluere om målene for undervisningen er nådd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, Christiansen, 2013).

Helt avslutningsvis vil jeg reflektere rundt et aspekt ved kengurumetoden og undervisning som jeg oppdaget under arbeidet med denne oppgaven. Det er mye forskning som taler for at kengurumetoden bør introduseres så tidlig som mulig etter at det premature barnet er født, da

de positive effektene er mange. Det er imidlertid den første tiden at foreldrene opplever de sterkeste reaksjonene på den nye situasjonen, og der mange er i sjokk. Undervisning i denne perioden er ikke hensiktsmessig, da sjokk, stress, angst og depresjon svekker mottakeligheten for undervisningen. På den andre siden er kengurumetoden vist å redusere stress, depresjon og angst hos foreldre, og kan dermed være et ledd i å gjøre de mer mottakelig for undervisningen (Melnik et.al., 2006, Sørlie et.al., 2007). For å møte denne problemstillingen kan det være hensiktsmessig å introdusere kengurumetoden tidlig med tett veiledning og oppfølging, men utsette den store informasjonsmengden til foreldrene er mer mottakelig. Dette er imidlertid noe jeg ikke har funnet litteratur på, så det må i tilfelle utforskers nærmere.

## Litteraturliste

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.

Bera, A., Ghosh, J., Singh, A. K., Hazra, A., Som, T., & Munian, D. (2014). Effect of kangaroo mother care on vital physiological parameters of the low birth weight newborn. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 39 (4).

Blomqvist, Y.T, Frölund, L., Rubertsson, C., Nyqvist, K.H. (2013). Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27 (2), 345-353.

Blomqvist, Y.T. & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (9-10), 1472-1480.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (4), 664-678.

Brinchmann, B. S. (2013). *Etikk i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (red.). *Helseveiledning* (s. 42-63.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (red.), *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 63-81. Oslo: Gyldendal Akademisk.

de Macedo, E. C., Cruvinel, F., Lukasova, K., & D'Antino, M. E. (2007). The mood variation in mothers of preterm infants in Kangaroo mother care and conventional incubator care. *Journal of Tropical Pediatrics* 53, 344–346.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksson, B. K., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Systematiske litteraturstudier i utdanningsvitenskap: Vägledning för examensarbeten och vetenskapliga artiklar*. Stockholm: Natur och kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Greisen, G. (2006). Neonatologi. I P-O. Schiøtz & F. Skovby. (Red.), *Praktisk Pædiatri* (s. 53-68). København: Munksgaard Danmark

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pædiatri og pædiatrisk sykepleie*. (3. utg). Bergen: fagbokforlaget

Haugan, B. & Tryti, U. (2009). *Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling*. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.), *Nyfødtsykepleie 1* (s. 98-112). Oslo: Cappelen Damm.

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hernæs, N. (2012). *Kengubarna. Premature barn trenger å være nær foreldrene sine, slik de får i Drammen*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2012/04/kengubarna>

Hillgaard, L., Keiser, L., Ravn, L. (2000). *Sorg og krise*. (2. utg). København: Munksgaard Bogklubber

- Håkonsen, K., M. (2014). *Innføring I psykologi*. (4. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Korsvold, L. (2009). Jus og nyfødtsykepleie. . I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.),  
*Nyfødtsykepleie 1* (s. 28-37). Oslo: Cappelen Damm.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2007). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen  
Akademisk
- Lode, I. U., Andersen, R. D. & Eriksson, M. (2015). Bruk av hud-mot-hud-kontakt i norske  
nyfødt intensivavdelinger. *Sykepleien forskning*, 2 (10), 152-160.
- Ludington-Hoe, S. M., Morgan, K., & Abouelfetoh, A. (2008). A clinical guideline for  
implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks'  
postmenstrual age. *Advances in Neonatal Care*, 8 (3), 3-23.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The circle of security project:  
Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment &  
human development*, 4(1), 107-124.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A.,  
Stone, P. W., Small, L., Tu, X. & Gross, S. J. (2006). Reducing premature infants'  
length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating  
Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program:  
a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118 (5), 1414-1427.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Moss, N., Hval, M., Hellerud, A. & Petersen, N. (2007). *Samspillveileder, Nyfødt Intensiv*.  
Drammen: Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*  
(3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

- Nortvedt, P., Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 17-33). Oslo: Gyldendal
- Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Pelaez, J. G., Sizun, J. & Widström, A-M. (2010). State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta paediatrica*, 99(6), 812-819.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient>
- Pratiksha Hospital (2017). *Bilde 1*. Hentet fra: <http://w-hospital.in/kangaroo-mother-care-for-preterm-babies/>
- Peitersen, B., Pedersen, P., & Pryds, O. (2014). *Det raske og det syge nyfødte barn*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.), *Nyfødtsykepleie 1* (s. 244-258). Oslo: Cappelen Damm.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skårderud, F., & Karterud, S. (2007). Å forstå seg selv og hverandre – intet mindre. I A. Bateman & P. Fonagy, *Mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg forlag.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (2004). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sneltvedt, T. (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. IS-1419. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/274/Nasjonale-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn-IS-1419.pdf>

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

Strand, H., Blomqvist, Y. T., Gradin, M., & Nyqvist, K. H. (2014). Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. *Acta Paediatrica*, 103(4), 373-378.

Sørli, T. & Bergvik, S. (2013). Pasientinformasjon i sykehus – med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (s. 78-107). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sørli, T., Busund, R., Sexton, J., Sexton, H.C., & Sørli, D. (2007). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery – A randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 65, 180-188.

Tallandini, M. & Scalembra, C. (2006). Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction. *Infant Mental Health Journal* 27, 251– 275.

Tandberg, B. S (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.), *Nyfødtsykepleie 1* (s. 224-240). Oslo: Cappelen Damm.

Tandberg, B. S. & Bjarkø L. (2009). Etikk i nyfødtmedisinen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (red.), *Nyfødtsykepleie 1* (s. 64-81). Oslo: Cappelen Damm.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Tørstad, S. & Iversen, E.S. (2009). Informasjonsbehov ved utskrivning fra kirurgisk avdeling.  
*Sykepleien* 2004, 92 (3) 44-48.