

Foreldres erfaringer med kengurumetoden

Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, som er innlagt på nyfødtintensiv avdeling?

Kandidatnummer: 655 & 709
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8827
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Abstrakt

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 03.01.2023
Tittel Foreldres erfaringer med kengurumetoden	
<p>Innledning Temaet for oppgaven er foreldres erfaringer med utøvelsen av kengurumetoden (hud-mot-hud kontakt). Premature barn blir født før de er ferdig utviklet, og utgjøre en sårbar pasientgruppe. Barnas foreldre har også behov for oppfølging. Temaet er relevant for sykepleie, da kunnskap om erfaringer bidrar til at sykepleiere kan utøve individuelt tilpasset og personsentrert sykepleie. Problemstillingen for oppgaven er: <i>“Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, som er innlagt på nyfødttintensiv avdeling?”</i></p> <p>Metode I denne oppgaven er litteraturstudie brukt som metode, med utgangspunkt i kvalitative forskningsartikler. Databasen Cinahl ble brukt for å finne artikler relevant for problemstillingen. Følgende søkeord ble brukt: <i>Mothers OR Fathers OR Parents AND Kangaroo care OR Skin to skin AND Experiences OR Postpartum experiences AND Infant, premature OR Preterm birth</i>. Det resulterte i 32 artikler, hvor 5 artikler ble inkludert.</p> <p>Resultat Hovedfunnene fra studiene var at deltakerne hadde flere ulike erfaringer med bruk av kengurumetoden. Positive erfaringer som ble trukket frem var forsterket foreldrefølelse, positiv effekt på amming, samt praktisk/enkel metode. utfordringer var mangel på utstyr og skjerming, tid til å ivareta sine behov, ønsker ble ikke hørt, samt varierende holdninger, erfaringer og kompetanse blant sykepleierne.</p> <p>Diskusjon Deltakernes erfaringer diskuteres i lys av faglitteratur, etikk, lover og forskrifter. De hadde flere ulike erfaringer ved utøvelsen av kengurumetoden. Til tross for enkelte utfordringer, bidro metoden til at foreldrene følte seg som viktige omsorgspersoner for sitt premature barn. Flere deltakere uttrykte at sykepleierne hadde en viktig assisterende rolle. Tilstrekkelig informasjon bidro til økt trygghetsfølelse. Basert på resultatene vurderer vi det som viktig at sykepleiere får kunnskap og forståelse for foreldres perspektiv og erfaringer ved bruk av KM. Mer forskning på temaet hadde vært ønskelig for å kunne undersøke og belyse flere erfaringer.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning	3
1.5	Begrepsavklaring.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Premature barn	4
2.2	Pårørenderolle	5
2.3	Kengurumetoden	5
2.4	Sykepleiers veiledende funksjon.....	6
2.5	Foreldrenes rett til informasjon	8
2.6	Etiske perspektiver	8
3	Metode	11
3.1	Litteraturstudie	11
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	11
3.2.1	Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	14
4	Resultater	15
4.1	Presentasjon av artikler i matrise	15
4.2	Syntese av resultatene	20
5	Diskusjon.....	21
5.1	Resultatdiskusjon	21
5.1.1	Fra ambivalens til trygghetsfølelse	21
5.1.2	Erfaringer med metoden knyttet mot sykepleiere	22
5.1.3	Erfaringer rundt rammefaktorer tilknyttet kengurumetoden	23
5.1.4	Utfordringer knyttet til ivaretagelse av egne behov hos foreldrene.....	25
5.2	Metodediskusjon.....	27
5.2.1	Litteraturstudie som metode	27
5.2.2	Litteratursøk	28
5.2.3	Utvelgelse/inkludering av artikler.....	29
6	Konklusjon	32
7	Referanseliste	33
8	Vedlegg	41

1 Innledning

Denne oppgaven tematiserer kengurumetoden (KM) og bruken av denne på nyfødttintensiv avdelinger. Oppgaven vil bli belyst fra foreldrenes perspektiv. Kunnskapsgrunnlaget er hentet fra forskningsartikler, fagbøker, lovverk, nasjonale føringer og yrkesetiske retningslinjer. Basert på teorien diskuteres foreldrenes erfaringer, utfordringer tilknyttet kengurumetoden, samt sykepleieres veiledende rolle sett i lys av personsentrert sykepleie.

Første del av oppgaven beskriver bakgrunn for valg av tema, sykepleiefaglig relevans, hensikt, problemstilling, avgrensninger og begrepsavklaringer tilknyttet kengurumetoden.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis blir 10 % av barn født for tidlig, noe som tilsvarer over 15 millioner premature barn per år (World Health Organization [WHO], 2022b). I Norge fødes ca. 6 % av alle barn for tidlig (Folkehelseinstituttet, 2022). Det utgjør en sårbar pasientgruppe, hvor det er behov for behandling og oppfølging av både barna og foreldrene.

Et foreldrepar uttalte seg i en nyhetsartikkel fra NRK om kengurumetoden (KM), som går ut på hud-mot-hud kontakt med barnet. De fortalte om hvordan metoden bidro til at de ble bedre kjent med sitt premature barn (Johannessen, 2018). Moren fortalte at metoden hjalp henne å forstå at barnet faktisk var hennes sønn. Deres sykepleier uttalte seg om at hun kunne se at barnet pustet roligere og var mer stabilt da han lå hud-mot-hud på morens bryst. I tillegg påpekte hun at nærkontakten reduserte barnets smerte og stress, noe som var viktig for den mentale utviklingen. Metoden hadde en positiv effekt på foreldrene også, ved at de kunne være der for barnet sitt kontra se han inne i en kuvøse. Denne artikkelen bidrar til å sette lys på foreldrenes perspektiv ved bruk av kengurumetoden. Det premature barnet ligger mye i kuvøse, og foreldrenes mulighet til å innta foreldrerollen kan svekkes. Ved bruk av kengurumetoden kan sykepleiere hjelpe foreldre til å få bedre kontakt og tilknytning til barnet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 140). Det igjen kan bidra til at foreldrene føler økt mestring i foreldrerollen. Dersom foreldre ikke har prøvd metoden før, kan de bli usikre på hva de skal gjøre og om det er trygt for barnet. Sykepleieren har en viktig funksjon med å gi foreldrene støtte og veiledning i bruk av kengurumetoden (Grønseth & Markestad, 2022, s. 140).

På nyfødttintensiv avdelinger kan foreldre være i en ny fremmed og usikker situasjon. Sykepleiere bør derfor utføre personsentrert omsorg overfor både pårørende og det premature

barnet (Oslo Universitetssykehus [OUS], 2021). Mennesker har behov for blant annet trøst, føle tilknytning og bli sett som et eget individ. Ved utførelse av personsentrert sykepleie tas det utgangspunkt i individets verdier, behov, livssituasjon og helseforutsetninger. For at foreldrene skal få individuell tilpasset omsorg, bør sykepleieren sette seg inn i hvordan situasjonen oppleves for dem (Eriksen, 2015, s. 899). Det kan inkludere hvordan foreldre erfarer bruken av KM.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Temaet om foreldres erfaringer med utøvelse av KM har sykepleiefaglig relevans, da kunnskap om erfaringer bidrar til at sykepleiere kan utøve individuelt tilpasset og personsentrert sykepleie. Menneskers erfaringer er komplekse nett av meninger, følelser og uttrykk, som sykepleiere må forholde seg til (Eriksen, 2015, s. 899). På nyfødttintensiv avdelinger jobber det helsepersonell med spesialkompetanse innen nyfødtsykepleie, intensivsykepleie og barnesykepleie, men også sykepleiere som ikke har tatt videreutdanning (Helsedirektoratet, 2019a). På nyfødttintensiv avdelinger ønskes det at foreldre skal delta i stell og pleie av sitt premature barn, det innebærer blant annet bruken av KM (OUS, u.å.; St. Olavs hospital, u.å.; Sykehuset Østfold, u.å.). Det vil da være viktig at sykepleiere har kompetanse om kengurumetoden og foreldres erfaringer ved bruk av den.

1.3 Hensikt og problemstilling

Ved personsentrert sykepleie er det viktig å ha forståelse for hva foreldre til premature barn føler og erfarer, ettersom dette varierer fra person til person (Nortvedt, 2016, s. 255). Ved å undersøke hvilke individuelle erfaringer foreldre har ved å utøve KM, kan det bidra til at sykepleiere kan få bedre innsikt for å utøve personsentrert sykepleie. Det kan innebære hvordan sykepleiere gir informasjon, støtte og veiledning til foreldre, som igjen kan påvirke deres erfaringer. Derfor ønsker vi å undersøke dette temaet fra foreldrenes perspektiv.

På bakgrunn av oppgavens tema, forskning og litteratur, kom vi frem til problemstillingen:

Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, som er innlagt på nyfødttintensiv avdeling?

1.4 Avgrensning

Oppgaven vil avgrenses til foreldres erfaringer ved bruk av kengurumetoden på stabile premature barn, som er innlagt på nyfødtintensiv avdeling. Ustabile premature barn ekskluderes fra oppgaven, da de kan ha utfordringer som gjør det vanskelig å bruke kengurumetoden.

1.5 Begrepsavklaring

Premature barn

Premature barn er barn som er født før uke 37 av svangerskapet (WHO, 2022b). Et svangerskap varer vanligvis mellom 37 og 42 uker. Premature barn kan kategoriseres i ekstremt prematur, født i uke 22-28, veldig premature, født i uke 28-32 og prematur, født i uke 32-37 (WHO, 2022b). Ekstremt premature, veldig premature og premature er inkludert i de valgte artiklene. Videre i teksten vil vi omtale alle som «*premature barn*» eller «*barn*».

Stabile premature barn

Stabiliteten til premature barn vurderes ut fra observasjoner og vitale målinger. Det innebærer regelmessig respirasjon på 40-60 pust/min, puls mellom 120-160, oksygenmetning mellom 90-94% (dersom barnet får oksygentilførsel), rosa/stabil hudfarge, samt jevne/myke muskelbevegelser med god tonus (Sandtrø, 2009, s. 63; Sweet et al., 2019).

Pårørende

Når barn er under 16 år, er det foreldrene som representerer barnet sitt ved ulike helsespørsmål og er deres nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Det kan være andre enn foreldre som er nærmeste pårørende, men i denne oppgaven fokuserer vi på premature barns foreldre. Videre i teksten vil begrepene «*pårørende*» og «*foreldre*» brukes om hverandre.

Kengurumetoden

Kengurumetoden går ut på at barnet ligger på moren eller farens nakne bryst, kun iført bleie og eventuelt lue (Sandtrø, 2009, s. 71). I oppgaven bruker vi forkortelsen «*KM*» og ordet «*metoden*» om hverandre.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenterer vi faglig kunnskapsgrunnlag, teoretiske rammer og perspektiver tilknyttet problemstillingen. Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget inkluderer premature barn, pårørenderolle, kengurumetoden, sykepleiers veiledende funksjon, foreldrenes rett til informasjon, etiske perspektiver, aktuelle lover og retningslinjer for praksis.

2.1 Premature barn

Premature barn blir født før de er ferdig utviklet, og er derfor ikke forberedt på tilværelsen utenfor livmoren. Fostre utvikles i et beskyttende miljø i livmoren, der fostervannet demper lyder og følelsesinntrykk. Morens biologiske og hormonelle rytme påvirker fosteret, samtidig som hun gir varme og næring (Kleberg & Aagaard, 2013, s. 80). Dette beskyttende miljøet i livmoren, mister barn som fødes for tidlig. I tillegg blir de adskilt fra sine foreldre og utsettes for sterke stimuli i form av lyd, lukt, lys, smertefulle prosedyrer, forstyrret søvn og mye aktivitet. Dette kan påvirke kognitiv og motorisk utvikling, organsystemer, samt tilknytning til foreldre (Kleberg & Aagaard, 2013, s. 80). Amming av det premature barnet kan være utfordrende da både stress og adskillelse fra barnet kan føre til redusert produksjon av melk (Folkehelseinstituttet, 2021). Premature barn har i tillegg redusert sugestyrke og trenger ofte lengre tid på å komme i gang med amming (Grønseth & Markestad, 2022, s. 120–121). Konsekvensene for det premature barnet avhenger av hvor tidlig de fødes.

Flere premature barn blir lagt i kuvøse (åpen eller lukket spesialseng, med gjennomsiktige vegger). I kuvøsen kan barnet skjermes for lys og høye lyder (Grønseth & Markestad, 2022, s. 217). De fleste premature barn har behov for å ligge på nyfødttintensiven for å observeres døgnet rundt. Det er spesielt viktig at spedbarnets temperatur, blodsirkulasjon, pustefunksjon, hygiene og ernæring overvåkes. Hvor stor grad av spesialbehandling og intensivbehandling barnet har behov for, avhenger som regel av hvor prematurt barnet er. Dette er på grunn av at flere organer ikke har rukket å bli modne, som hjerte, lunger, hjerne, hud og mage-tarm systemet (Helsedirektoratet, 2019a). Hjernestammens respirasjonscenter kan ha mangelfull regulering, som kan føre til at det premature barnet får apneer (pustepauser) (Grønseth & Markestad, 2022, s. 221). De kan derfor ha behov for respirasjonsstøtte via Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) eller respirator (Norsk Helseinformatikk [NHI], 2021).

2.2 Pårørenderolle

Generelt har foreldre til nyfødte barn en mer sentral pårørenderolle enn pårørende til andre pasientgrupper (Tandberg & Bjarkø, 2009, s. 74). Å bli foreldre kan være en stor og etterlengtet hendelse i livet. Under svangerskapet er det vanlig å ha store forventninger både til det å bli foreldre og til barnet som kommer. Kommende foreldre forventer å få et velskapt barn og en normal fødsel. Dersom svangerskapet ikke går som forventet og barnet blir født for tidlig, blir starten på foreldrelivet annerledes enn foreldrene har sett for seg (Jackson & Nykvist, 2013, s. 35–36). Foreldrene kan føle på fortvilelse, sorg, skyldfølelse og kan havne i en form for krisereaksjon (Tandberg, 2009, s. 224). Et høyt stressnivå kan føre til at foreldrenes omsorgsevne reduseres, vet at de ikke blir like oppmerksomme på barnets behov (Grønseth & Markestad, 2022, s. 92). De kan føle at det ikke er greit å ha disse følelsene, ettersom de faktisk har fått et barn. Samtidig kan det være utfordrende for foreldrene å føle tilknytning til barnet, noe som igjen kan føles som enda et tap for dem (Jackson & Nykvist, 2013, s. 35–36).

Tidligere forskning viser at godt samspill mellom foreldre og det premature barnet påvirker hvordan barnet utvikler seg (Ravn, 2009, s. 258). Foreldrene er en ressurs for det premature barnet, de er barnets viktigste og nærmeste omsorgspersoner (Ravn, 2009, s. 245). Er det to foreldre, kan de i tillegg støtte og avlaste hverandre. Det er mange positive sider knyttet til at pårørende kan gi støtte og omsorg til det premature barnet. Det kan innebære mestringsfølelse, opplevelse av tilfredsstillelse ved å kunne hjelpe, samt gi større nærhet til pasienten (Helsedirektoratet, 2019b). Det å være pårørende kan derimot også føre til utfordringer som stress, utmattelsessymptomer og belastning. Pårørende skal involveres på en måte som er til det beste for både pasient og pårørende. Ved å ta imot kunnskap og veiledning fra sykepleierne, kan foreldrene lære seg å kommunisere med barnet sitt og forstå barnets signaler (Ravn, 2009, s. 245). Gjennom bruk av kengurumetoden kan foreldrene få en tydelig rolle i omsorgen av barnet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 140).

2.3 Kengurumetoden

I Norge kan premature barn så tidlig som mulig få tilbringe tid utenfor kuvøsen. Da legges de hud-mot-hud på en av foreldrenes bryst og får kjenne kroppsvarme. Metoden kan utføres selv om de er avhengige av pustestøtte i form av CPAP eller respirator (NHI, 2021). Det er flere fordeler med KM. Den ble innført i 1978 i Bogotá, Colombia på grunn av mangel på kuvøser

(Steinnes, 2009, s. 53). Metoden ble da innført 24 timer i døgnet. Barna som KM ble brukt på hadde mer stabil kroppstemperatur, de ble ammet lengre og de hadde bedre vektøkning. Metoden førte også til reduksjon av stress hos mor og barn, økt tilknytning, samt bedre kognitiv utvikling (Steinnes, 2009, s. 54). I den vestlige verden er det ofte tilstrekkelig tilgang på personale, kompetanse og utstyr (Helsedirektoratet, 2019a; World Health Organization, 2022a). Metoden kan likevel være gunstig, da den bidrar til at foreldrene får komme tidlig inn som omsorgspersoner. Det igjen kan styrke foreldrerollen (Grønseth & Markestad, 2022, s. 140). Metoden har flere fordeler. Den bidrar til fysiologisk stabilitet hos de premature barna, med redusert respirasjonsarbeid, redusert oksygenbehov og roligere puls. Gjennom metoden kan barnet oppleve omsorg og trygghet (Steinnes, 2009, s. 53–55).

Ifølge en studie av Davanzo et al. (2013, sitert i Cong, 2016, s. 404) anbefales det å utføre KM minst 1 time per omgang, med hensyn til at spedbarnet må tilpasse seg fra kuvøse til å ligge på foreldrenes bryst. Dersom det premature barnet er stabilt, kan KM brukes av foreldrene rett etter fødsel. Det er ikke svangerskapsalder som avgjør om premature barn er klare for KM, men om barnet er stabilt. Spedbarnets stabilitet vurderes ut fra vitale tegn som kroppstemperatur, respirasjonsfrekvens, puls og oksygenmetning. Dersom foreldre har utfordringer med amming, tilknytning til barnet eller barnet er i terminal fase, kan metoden også brukes (Cong, 2016, s. 404).

2.4 Sykepleiers veiledende funksjon

Sykepleiers sentrale mål er omsorg for pasienten, dens helse, mestring og livskvalitet. Handlingene sykepleiere utfører skal være basert på anerkjent fagkunnskap og fagets verdigrunnlag (Kristoffersen et al., 2016, s. 16). Ved å ta utgangspunkt i individets behov, verdier og livssituasjon, utfører sykepleiere personsentrert sykepleie (Eriksen, 2015, s. 899). Pasient og pårørende blir i tillegg sett på som mennesker med psykososiale behov. De har behov for trøst, tilknytning, identitet og inkludering. Sykepleiere skal utføre sykepleiepraksis som forebygger sykdom og fremmer helse (NSF, 2019, punkt 2.1.). Ut ifra et personsentrert perspektiv, skal de ikke bare ha et teknisk og oppgaveorientert fokus ved utførelse av prosedyrer, men også se på pasienten som en person (Eriksen, 2015, s. 899). Pasientens og pårørendes verdighet og integritet skal ivaretas, som innebærer deres rett til omsorg, faglig forsvarlig hjelp, ikke bli krenket, samt være medbestemmende (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Sykepleieren har flere funksjonsområder, deriblant helsefremming, forebygging,

behandling, lindring, samt undervisning og veiledning (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Disse funksjonsområdene kan gjelde både pasient og pårørende på nyfødttintensiv avdelingen (Helsedirektoratet, 2019a).

Før KM skal utføres på premature spedbarn, må sykepleier gi foreldrene informasjon om metoden. Foreldrene må vise at de er villige til å holde spedbarnet og at de er klare for det (Cong, 2016, s. 405). I tillegg må sykepleier vurdere om foreldrene er emosjonelt klare. Det er mange emosjonelle fordeler med KM. Selv om foreldre uttrykker tegn på angst, tilbaketrekning, depresjon, skyldfølelse, mangel på engasjement eller håpløshet, kan metoden være aktuell å bruke. Ved utførelse av metoden skal sykepleier klargjøre utstyr og tilrettelegge miljøet rundt. Det kan innebære hvilestol, tepper, dempet lys og annet aktuelt utstyr (Cong, 2016, s. 405). Nødvendige prosedyrer bør være ferdig utført før start av KM, for å unngå forstyrrelser. Ut ifra foreldrenes tilstand og komfort, kan metoden utføres stående, sittende eller liggende. Sykepleieren bidrar med veiledning og vurderer fortløpende foreldrenes behov. Spedbarnets atferdsmessige og fysiologiske responser dokumenteres av sykepleier underveis. Dette inkluderer hvordan barnet tolererer KM, der man ser på vitale tegn som gråt, kroppstemperatur, oksygenmetning, puls og søvntilstander. Etter at metoden er utført tar sykepleier seg tid til å diskutere med foreldrene om deres erfaringer og opplevelser, samt tilpasser med mer informasjon og opplæring om nødvendig (Cong, 2016, s. 405–407).

Det er essensielt at sykepleieren har pedagogisk kompetanse (Brataas et al., 2019, s. 20). Sykepleieren bør være rolig, tilpasse informasjonen og bruke god tid, ettersom krisereaksjoner kan føre til at foreldrene får nedsatt evne til å innta informasjon (Helsedirektoratet, 2019b). Sykepleieren har i tillegg en maktposisjon overfor pårørendes kunnskap og forståelse. Dette kan påvirke hvordan følelser foreldrene har rundt mestring av situasjonen de er i. Det er viktig at pårørende forstår det som blir formidlet og at de føler seg ivaretatt (Eide & Eide, 2019, s. 217–218). Å utføre KM på sitt premature barn kan være en ny og ukjent situasjon for foreldrene. Sykepleieren skal gi foreldrene trygghet i en slik situasjon, samt respektere deres synspunkter. Hvordan sykepleier møter og tar vare på foreldrene, kan være avgjørende for hvordan foreldrene identifiserer seg med den nye situasjonen, opplever spedbarnet sitt og deltar i omsorgen av spedbarnet. Sykepleier kan både fremme og hemme foreldrenes følelsesmessige og erfaringsmessige utvikling (Jackson & Nykvist, 2013, s. 35–36).

2.5 Foreldrenes rett til informasjon

Pasienten har rett til informasjon for å få innsikt i sin helsesituasjon, helsehjelpens innhold, samt informasjon tilknyttet risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Etersom premature barn er for små til å forstå det som blir sagt, er det foreldrene som skal få denne informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, s. § 3-4). Foreldre har i tillegg et stort behov for ærlig informasjon fra helsepersonellet, som regelmessig bør oppdatere dem. Informasjonen skal tilpasses forutsetningen til foreldrene, som innebærer deres modenhet, alder, kunnskap, tidligere erfaringer, kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, s. § 3-5). Videre står det at det skal skaffes tolk til pårørende som opplever språkbarrierer. Det samme gjelder personer med nedsatt hørsel eller syn, som også har rett til tilpasset informasjon. Generelt er det viktig at sykepleieren gir informasjonen på en hensynsfull måte, samt sikrer at foreldrene forstår informasjonen som gis. Når det kommer til bruken av KM, skal sykepleieren informere og veilede foreldrene i bruken av metoden. Selv om barnet er utstyrt med tuber, slanger og ledninger, kan foreldrene holde rolig rundt barnet, men de trenger å få vist hvordan (Sjøbjerg, 2013, s. 195). Ved samtaler er det viktig at sykepleieren setter av nok tid, slik at foreldrene har mulighet til å stille spørsmål.

Det er viktig at foreldrene føler seg inkludert på avdelingen. På nyfødttintensiv avdelingen består helsepersonellet av flere yrkesgrupper, som igjen har tredelt turnus (Helsedirektoratet, 2019a). Foreldrene mottar derfor informasjon fra mange ulike parter. Kommunikasjon og informasjon bør være tverrfaglig, og personalet bør tilstrebe å være samkjørte og enige (Sjøbjerg, 2013, s. 192). Helsepersonell er lovpålagt å føre journal (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Ved at helsepersonell journalfører informasjon de har gitt, kan det bidra til at personalet blir mer samstemte. For å møte barnets behov, er felles samarbeid mellom helsepersonell og foreldrene en viktig faktor. Tilstrekkelig informasjon om barnets tilstand og behandling, er med på å styrke foreldrenes tillit til personalet på avdelingen. I tillegg er det vesentlig for å ivareta foreldrenes rett til medbestemmelse (Sjøbjerg, 2013, s. 194).

2.6 Ethiske perspektiver

Sykepleiens verdigrunnlag går ut på respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I tillegg til å være kunnskapsbasert, bygger sykepleien på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleieforbund [NSF], 2019). På

nyfødte intensiv avdelingen møter sykepleieren pasienter og pårørende i sårbare livssituasjoner. Som autorisert sykepleier medfølger et personlig ansvar for egne handlinger, samt et etisk og faglig ansvar. Autonomiprinsippet, dvs. retten til selvbestemmelse, står sterkt i helsetjenesten og gir pasient og pårørende flere juridiske rettigheter (Holter, 2015, s. 106). Denne retten kommer tydelig frem i punkt 2.5 i de yrkesetiske retningslinjene, som sier: “Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (NSF, 2019). Nyfødte barn har ikke samtykkekompetanse, som medfører at de nærmeste pårørende har rett til å medvirke «sammen med» pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Basert på tilstrekkelig og tilpasset informasjon, vet foreldrene hva de svarer på og kan ta egne avgjørelser. Sykepleieren skal bidra med å ivareta pårørendes rett til informasjon (NSF, 2019, punkt 3.1). Å respektere pårørendes autonome valg, innebærer også at sykepleiere respekterer deres opplevelser og perspektiv på situasjonen de er i (Holter, 2015, s. 107).

Til tross for at forskning tyder på at KM har mange positive effekter på premature barn, er det flere foreldre som er engstelige og kvier seg for å utføre KM på sitt barn (Kymre & Bondas, 2013). Sykepleieren oppmuntrer og motiverer foreldrene til å prøve, men skal ikke presse, manipulere eller gi falske opplysninger for å få foreldrene til å endre mening (Tandberg & Bjarkø, 2009, s. 69). Når foreldrene uttrykker bekymringer, er det viktig at sykepleieren tar dem på alvor og lytter til hva bekymringene går ut på (Helsedirektoratet, 2019b). Det kommer frem i helsepersonelloven (1999, § 4) at sykepleier skal utføre omsorgsfull hjelp, i tillegg til å utføre faglig forsvarlig arbeid.

Barn har rett på følge av minst en av sine foreldre under hele innleggelsen, og dersom barnet er alvorlig sykt gjelder denne retten for begge foreldrene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). I fremtidige nyfødte intensiv avdelinger planlegges det å bygge slik at alle familier har mulighet til å ligge på egne rom. I dagens nyfødte intensiv avdelinger er det derimot ofte flere premature barn og foreldre på hver stue (OUS u.å.; St. Olavs hospital, u.å.). Der foregår det medisinsk behandling og samtaler rundt barnet. Det kan medføre at hensynet til taushetsplikt og barnas behov for ro, kommer i konflikt med hensynet til andre pasienters rett til å ha sine foreldre hos seg (Helsepersonelloven, 1999, § 21; Korsvold, 2009, s. 33–34). Helsepersonellet skal tilrettelegge for foreldrene så godt det lar seg gjøre.

Det er viktig at sykepleieren avlaster foreldrene ut ifra deres behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Mange foreldre glemmer å ivareta sine grunnleggende

behov som tilstrekkelig hvile, søvn og ernæring (Sjøbjerg, 2013, s. 197). De kan ha behov for å snakke med en sykepleier om hvordan de skal ivareta sin egen helse (Helsedirektoratet, 2019b). Foreldrene kan oppmuntres til å snakke med andre i samme situasjon, samt søke støtte hos familie og venner (Grønseth & Markestad, 2022, s. 85). Foreldrenes bidrag kan virke som et godt supplement, men skal ikke fungere som en erstatning for sykepleierens oppgaver. Det er viktig å avklare tidlig hvordan foreldrene kan delta i pleien av sitt premature barn. Foreldrene har rett på at sykepleieren avklarer hva de kan og ønsker å gjøre av oppgaver (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Tidlig avklaring av gjensidige rolleforventninger kan føre til bedre kommunikasjon og omsorg for hele familien (Sjøbjerg, 2013, s. 195).

3 Metode

I dette kapitlet presenteres metoden som er brukt i oppgaven. I første del beskrives litteraturstudie som metode, deretter gjør vi rede for søkeprosessen og utvelgelsen av de fem valgte artiklene. Avslutningsvis gjøres det rede for bruk av øvrig fag- og forskningslitteratur.

3.1 Litteraturstudie

Metoden som er brukt i denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en oppsummering og analyse av forskningsartikler, hvor man tar for seg en relevant klinisk problemstilling. Metoden innebærer å gjøre et systematisk søk etter forskning på det feltet som skal undersøkes (Popenoe et al., 2021). Som beskrevet i kapittel 1.3 ønsket vi å se på sammenhengen mellom utøvelse av kengurumetoden på premature barn og hvilke erfaringer foreldrene hadde. Litteraturstudie som metode brukes ofte på bacheloroppgaver innen helsefag og andre relevante fagfelt. Hensikten med en litteraturstudie er å samle informasjon om et bestemt emne, slik at man kan beskrive nåværende kunnskap om emnet og trekke konklusjoner basert på funn fra litteraturstudien (Popenoe et al., 2021).

I denne litteraturstudien er det valgt å bruke kvalitative artikler. Gjennom kvalitative studier brukes ofte intervjuer og/eller spørreskjemaer, for å undersøke erfaringer og opplevelser hos individer (Sverdrup, 2020, s. 58). Kvalitative studier er derfor egnet for å svare på problemstillingen vår, ettersom vi har fokus på foreldres erfaringer ved bruk av KM. Dette kan forstås gjennom intervjuer med foreldrene til premature barn.

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

Databasen Cinahl ble brukt for å gjøre et strukturert søk etter forskningsartikler som var relevante for problemstillingen. Cinahl er en stor database, som inneholder referanser til artikler i ulike tidsskrifter. Databasen er spesielt relevant for helsepersonell som leter etter kvalitativ forskning om pasienterfaringer (Helsebiblioteket, 2013). Søket ble avgrenset med artikler publisert fra 01.01.2011, ettersom det var få aktuelle artikler relatert til den valgte problemstillingen. Ved avgrensning av søket til de siste 5 år, resulterte det i 20 artikler. Søket ble videre utvidet til siste 10 år, som resulterte i 30 artikler. Ettersom det fortsatt var et lite utvalg av relevante artikler for problemstillingen, ble søket utvidet med 1 år for å se etter flere

aktuelle artikler. Det resulterte i 32 antall treff. For å ekskludere artikler på andre språk, ble søket avgrenset til artikler publisert på engelsk. For å finne artikler relevant til Norsk Helsevesen, ble studier utenfor Skandinavia ekskludert. Flere av studiene i søket var asiatiske, med tanke på forskjeller i norsk og asiatisk helsevesen valgte vi å ekskludere disse artiklene (European Observatory on Health Systems and Policies, 2021b; World Health Organization, 2018).

Følgende inklusjonskriterier ble valgt: ekstremt-, veldig- og premature barn, mødre og fedre til premature barn, samt at barna må være innlagt på nyfødtintensiv avdeling. Vi valgte å inkludere ekstremt-, veldig- og premature barn, da studiene brukte denne metoden på alle tre stadiene av prematuritet. Vi valgte å inkludere både mødre og fedre da vi ønsket å undersøke begges erfaringer med KM. Et annet inklusjonskriterium var at barna måtte være innlagt på nyfødtintensiv avdeling, ettersom vi ville undersøke erfaringer med bruken av KM den første tiden etter fødsel. Vi valgte å ekskludere premature barn som var i en ustabil fase, ettersom det er utfordrende å bruke metoden på dem (Steinnes, 2009, s. 54). Alle artiklene som ble valgt er fagfellevurderte.

3.2.1 Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 01.11.22
Søkeord og kombinasjoner	Mothers OR Fathers OR Parents AND Kangaroo care OR Skin to skin AND Experiences OR Postpartum experiences AND Infant, premature OR Preterm birth
Avgrensinger i søket	Published date: 01.01.2010 – 30.11.2022 Language: English
Antall treff totalt	32
Antall gjennomleste titler	32
Antall gjennomleste abstrakt	12
Antall gjennomleste fulltekstartikler	8

Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Ikke aktuelt
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	5
Inkludert artikkel nummer 1	Blomqvist, Y. T., & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(9–10), 1472–1480. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x
Inkludert artikkel nummer 2	Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., & Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 68(9), 1988–1996. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x
Inkludert artikkel nummer 3	Føreland, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L., & Fegran, L. (2022). Postpartum Experiences of Early Skin-to-Skin Contact and the Traditional Separation Approach After a Very Preterm Birth: A Qualitative Study Among Mothers. <i>Global Qualitative Nursing Research</i> , 9. https://doi.org/10.1177/23333936221097116
Inkludert artikkel nummer 4	Gulla, K., Dahlø, R., & Eilertsen, M.-E. B. (2017). From the delivery room to the neonatal intensive care unit—Mothers' experiences with follow-up of skin-to-skin contact after premature birth. <i>Journal of Neonatal Nursing</i> , 23(6), 253–257. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.06.002

Inkludert artikkel nummer 5	Maastrup, R., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L., & Zoffmann, V. (2018). 'Now she has become my daughter': Parents' early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32(2), 545–553. https://doi.org/10.1111/scs.12478
Inkludert artikkel nummer 6	Ikke aktuelt

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig fag- og forskningslitteratur som er brukt i denne oppgaven består av bøker fra pensum i fagene vi har hatt, i løpet av studiet. Litteratur vi har inkludert, som ikke har inngått i pensum, er følgende bøker: *Pedagogisk praksis* av H. V. Brataas et al., *Neonatal Nursing Care Handbook* av C. Kenner og J. W. Lott, *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* av D. A. Nielsen et al., *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* av D.-G. Stubberud, samt *Nyfødtsykepleie 1* og *2* begge av red. B. S. Tandberg og S. Steinnes. De to sistnevnte bøkene er eldre enn 10 år, og det har ikke blitt laget nye versjoner siden første utgave i 2009. De er begge norske bøker som omhandler nyfødttintensivbehandling i Norge, derfor valgte vi å inkludere bøkene i oppgavens teorigrunnlag. *Sykepleieboken 1* av Grov og Holter, *Neonatal Nursing Care Handbook* av C. Kenner og J. W. Lott, samt *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* av D.-G. Stubberud, er ikke av nyeste versjon, ettersom vi ikke fikk tilgang på de siste utgavene. Utenom de, er alle fagbøkene av nyeste versjon. Faglitteraturen som er brukt i oppgaven omhandler premature barn, pårørende, nyfødttintensiv avdeling, kommunikasjon, jus og etikk. I tillegg har vi brukt en vitenskapelig artikkel som omhandler litteraturstudier som metode, av Popenoe et al. (2021). Det var en føring fra skolen at artikkelen fra Popenoe et al. (2021) skulle inkluderes i oppgaven.

4 Resultater

I denne delen av oppgaven presenterer vi funnene fra de fem valgte forskningsartiklene. Først presenteres artiklene i en matrise, der kvaliteten på artiklene er blitt vurdert ved bruk av sjekklister. Deretter oppsummerer vi hovedresultatene fra artiklene samlet i en syntese.

4.1 Presentasjon av artikler i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Cinahl	Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K.H. (2011), Sverige	Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care	Å undersøke mødres erfaringer med bruk av kengurumetoden kontinuerlig fra fødsel til utskrivelse	Et retrospektivt undersøkelsesdesign. 23 mor-spedbarn-par Relevante bakgrunnsdata ble hentet fra deres medisinske journaler. Et spørreskjema med 24 lukkede spørsmål og et åpent spørsmål, angående spedbarnets omsorg, KM og sykepleien som ble utført på nyfødttintensiven.	Deltakerne følte seg trygge og viktige som omsorgspersoner ved bruken av KM, de likte nærkontakten de fikk med spedbarnet. Det var delvis enighet blant deltakerne om at metoden hadde positiv effekt på amming. Sykepleiers assisterende rolle ble viktig da metoden førte til dårlig søvn og slitne mødre. Flere deltakere erfarte at sykepleierne ikke var følsomme for deres ønsker og behov. Det var ulik praksis av rutiner og holdninger avhengig av hvem som var på jobb, og noen manglet erfaring om metoden. Det var forskjell på dag- og nattevakter.	Kvalitativ sjekkliste var den sjekklisten som passet best til studien, med tanke på at vi la hovedfokuset på det åpne spørsmålet. Samt at det ikke ligger sjekkliste for retrospektiv undersøkelsesdesign på Helsenorge. 9/10 poeng

Cinahl	Blomqvist, Y. T. Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K. & Nyqvist, K. H. (2012), Sverige	Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role.	Å undersøke fedres erfaringer med bruk av kengurumetoden	Kvalitativt studiedesign. Individuelle intervjuer med 7 fedre som utførte kengurumetoden.	Deltakerne erfarte metoden som trygg, praktisk og enkel å bruke. Fedrene følte seg involvert, begynte å kjenne barnet, kontroll over spedbarnets omsorg, samt forsterket farsfølelsen. Deltakere hevdet de fikk tilstrekkelig assistering av sykepleierne. Det ble uttrykt noe misnøye om personalet, deriblant dårlig kommunikasjon mellom ansatte og variasjon i utførelse av rutiner mellom sykepleierne som jobbet dag og natt. Deltakerne tilbrakte mye av tiden i sengen under bruken av KM, noe som medførte reduert søvn og ryggplager. Enkelte deltakere ble rastløse og lei, de erfarte at det hjalp å se på tv mens de utførte KM.	Sjekkliste for kvalitativ studie 9/10 poeng
--------	--	--	---	--	---	---

Cinahl	Føreland A. M., Engesland H., Kristoffersen L., Fegran L. (2022), Norge	Postpartum Experiences of Early Skin-to-Skin Contact and the Traditional Separation Approach After a Very Preterm Birth: A Qualitative Study Among Mothers	Hensikten var å undersøke mødres erfaringer med bruk av kengurumetoden etter prematur fødsel.	Kvalitativ studiedesign. Semistrukturerte intervjuer av 10 mødre.	<p>Deltakerne beskrev en følelse av at KM var den beste måten å få bekreftelse på at spedbarnet levde og hadde det bra.</p> <p>Tilstrekkelig informasjon fra sykepleiere bidro til at deltakerne følte seg trygge.</p> <p>Deltakerne uttrykte at de satte pris på å få være sammen med partner under KM slik at de kunne bli kjent med barnet sitt sammen.</p> <p>Tiden med KM ble beskrevet som en positiv opplevelse, med fysisk og psykisk effekt.</p> <p>Deltakerne fortalte at de følte seg roligere, fikk mindre smerter, mindre stress og metoden stimulerte til amming.</p> <p>Deltakerne oppfattet barna som stabile og rolige under den første økten med KM.</p> <p>Ved bruk av KM ble deltakernes bekymringer erstattet av følelser av velvære og lykke.</p>	Sjekkliste for kvalitativ studie 10/10 poeng
--------	---	--	---	---	---	---

Cinahl	Gulla, K., Dahlø, R., & Eilertsen, M.-E. B. (2017), Norge	From the delivery room to the neonatal intensive care unit — Mothers' experiences with follow-up of skin-to-skin contact after premature birth	Hensikten var å undersøke mødres erfaringer med kengurumetoden på deres premature barn	Kvalitativ studiedesign. Tre fokusgruppeintervjuer 7-12 mnd. etter fødsel. 9 mødre deltok.	<p>Deltakerne ønsket å fortsette å bruke KM i større grad enn de fikk muligheten til.</p> <p>De mente i tillegg at oppfølging av KM var avhengig av kompetansen og holdningene til sykepleierne.</p> <p>Deltakerne som fikk en primærsykepleier, var fornøyde.</p> <p>Metoden bidro til at deltakerne følte seg som "vanlige" mødre.</p> <p>På avdelingen var det få familierom. Mødrene som fikk slike rom satte pris på det, men flere var likevel misfornøyde med størrelsen og utformingen av rommet.</p> <p>Mangel på utstyr (bl.a. egnede stoler og senger til KM), samt mangel på skjerming på flermannsrom, gjorde det utfordrende for flere mødre å utføre KM.</p> <p>Deltakerne opplevde det som utfordrende å ta vare på seg selv samtidig som de tok vare på barna sine.</p>	Sjekkliste for kvalitativ studie 8/10 poeng
--------	---	--	--	---	--	--

Cinahl	Maastrup, R., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L. & Zoffmann, V. (2018), Danmark	‘Now she has become my daughter’: Parents’ early experiences of skin-to- skin contact with extremely preterm infants.	Hensikten var å undersøke foreldres opplevelser av kengurumetoden på deres ekstremt premature barn	Kvalitativ studiedesign. Tretten semistrukturerte intervjuer med 16 foreldre, etter bruk av kengurumetoden.	<p>Deltakerne var i utgangspunktet skeptiske til KM, men erfarte etter hvert at metoden var gunstig for både spedbarn og foreldre.</p> <p>Tilknytning til barna gjennom KM så ut til å være essensiell, uavhengig av barnets overlevelse.</p> <p>De erfarte oppmuntring fra sykepleierne som nødvendig, samt at informasjonen og støtten de fikk økte deres kunnskap.</p> <p>De fleste deltakerne uttrykte at de lengtet etter nærhet til sitt barn. De følte at det var meningsfullt å bruke tid på KM, som bidro til å forsterke foreldrefølelsen.</p> <p>Barnet ble roligere ved bruk av KM.</p> <p>Enkelte foreldre uttrykte ønsker om at helsepersonell skulle være mer synlige, mens andre følte at helsepersonell anerkjente foreldrerollen for lite.</p>	Sjekkliste for kvalitativ studie 8/10 poeng
--------	--	---	--	--	--	--

4.2 Syntese av resultatene

Oppsummert viser hovedresultatene i forskningsartiklene at foreldrene hadde gode erfaringer med bruk av KM. Flere deltakere var i utgangspunktet skeptiske til bruken av metoden, men erfarte etter hvert at metoden var gunstig. To av studiene nevnte erfaringer med positiv effekt på amming. Deltakerne erfarte metoden som praktisk, trygg og enkel å bruke. KM bidro til å forsterke foreldrefølelsen, samt følelsen av å være viktige omsorgspersoner. Følgende negative erfaringer ble påpekt av deltakerne, de uttrykte et ønske om å fortsette å bruke KM mer enn de fikk muligheten til, men at helsepersonellet ikke hørte tilstrekkelig på deres ønsker og behov. Mangel på utstyr og skjerming påvirket hvor mye deltakerne fikk utført KM. Deltakerne uttrykte i tillegg noe misnøye om personalet, bl.a. ulik praksis av rutiner, erfaring og dårlig kommunikasjon mellom ansatte. Flere deltakere opplevde en utfordring knyttet til å ta vare på seg selv samtidig som de skulle ta vare på barnet. Metoden førte til at enkelte deltakere ble rastløse, fikk ryggplager og redusert søvn. Det ble fremhevet at sykepleierne hadde en viktig rolle knyttet til assistering og avlastning for foreldrene. Tilstrekkelig informasjon og oppmuntring fra sykepleierne bidro til økt trygghetsfølelse blant deltakerne.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte vår problemstilling: “Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, innlagt på nyfødttintensiv avdeling?”.

Diskusjonen består av to deler: resultatdiskusjon og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen drøftes forskningsartiklenes resultater knyttet opp mot vår problemstilling, faglitteratur, lovverk og etikk. I metodediskusjon drøftes styrker og svakheter knyttet til både metoden og artiklene vi har valgt.

5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet diskuteres forskningsartiklenes funn om foreldrenes erfaringer med bruken av KM. Synspunktene underbygges med tidligere presentert teori, lovverk, etikk og rammefaktorer i klinisk kontekst. Hovedfunnene som diskuteres er hvordan foreldrene gikk fra å være ambivalente til å få en trygghetsfølelse ved bruk av KM. Deretter diskuteres foreldrenes erfaringer tilknyttet sykepleiere, rammefaktorer rundt KM, samt utfordringer ved ivaretagelse av egne behov.

5.1.1 Fra ambivalens til trygghetsfølelse

I studien av Maastrup et al. (2018) uttrykte flere av deltakerne at de var engstelige for å skade barnet sitt ved bruk av KM (s. 548). Til tross for foreldrenes generelle skepsis, opplevde de et indre behov for å ha hud-mot-hud kontakt med barna sine. De mente kuvøsen var et trygt sted for barna, men den virket også som et hinder for å føle nærhet til dem (s. 548). På bakgrunn av dette erfarte de en ambivalent følelse tilknyttet utprøvingen av KM. Da sykepleierne ga dem informasjon og støtte, erfarte deltakerne at de ble tryggere. Enkelte følte de ble “lettere presset” til å prøve, men de mente likevel at det var helt nødvendig og at det ble gjort til rett tid (Maastrup et al., 2018, s. 548–549). Sykepleiere skal ikke presse foreldre til å gjøre noe de ikke ønsker, men heller ivareta deres autonomi med rett til selvbestemmelse (Kristoffersen, 2016a, s. 106). Det er viktig at foreldre føler seg lytte til, samt at deres ønsker blir respektert (Helsedirektoratet, 2019b). Det gjelder å finne den gyldne middelvei ved å motivere og oppmuntre foreldrene, uten at det går over til press og tvang (Tandberg & Bjarkø, 2009). Det er essensielt at sykepleieren tar seg tid til å utforske hver enkelt forelder sin personlige årsak til ambivalens, og tilpasser kommunikasjonen til hvert enkelt individ. Undervisning og

veiledning er viktige funksjonsområder innen sykepleie, som vi vurderer kan være en god måte å motivere og trygge foreldre.

I studien av Føreland et. al. (2022) påpekte mødrene at tilstrekkelig informasjon og tilstedeværelse av sykepleierne, var med på å trygge dem (s. 7). En av mødrene nevnte i studien at helsepersonellet var flinke til å forklare hva slags utstyr barnet var tilkoblet og hensikten med utstyret. Denne informasjonen bidro til at hun følte at sønnen hennes ble godt ivaretatt, noe som gjorde henne mindre engstelig (s. 7). Erfaringene hun formidlet tyder på at foreldre som skal utføre KM, kan ha behov for å lære om fordelene tilknyttet bruken av metoden. I tillegg bør foreldrene vite hvorfor metoden er trygg å utføre, samt hvordan de skal utføre den på riktig måte. Dersom foreldre får tilstrekkelig informasjon av sykepleier, vurderer vi at det vil kunne bidra til positive erfaringer for foreldrene. Dette er i tråd med § 3-5. i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), hvor det er lovfestet at sykepleier skal forsikre seg om at mottakeren forstår innholdet og betydningen av informasjonen som gis.

Ved prematur fødsel kan foreldrene havne i en slags krisesituasjon (Tandberg, 2009, s. 224). De kan få følelsen av at alt er utenfor deres kontroll, samt få utfordringer med å føle tilknytning til barnet (Jackson & Nykvist, 2013, s. 35–36). Deltakerne i studiene av Blomqvist og Nyqvist (2011), Blomqvist et al. (2012), Føreland et al. (2022) og Maastrup et al. (2018) erfarte at KM ga dem mulighet for å bli bedre kjent med barna sine. Dette bidro til at de følte seg viktige i rollen som omsorgspersoner, erfarte økt trygghetsfølelse og tilknytning til barna. Da sykepleierne ga god informasjon og veiledning, følte foreldrene seg tryggere på å prøve metoden. Dette bidro til at de overkom den ambivalente følelsen, begynte å bli kjent med barnet, og følte seg tryggere i rollen som barnets omsorgspersoner. Ut ifra funnene vurderer vi at sykepleierne ikke bare hadde et oppgaveorientert fokus, men også så på foreldrene som individer. Sykepleierne tok hensyn til at foreldrene stod i en ny og usikker situasjon, med behov for tilpasset informasjon. Dette er i henhold til punkt 2.5 i de yrkesetiske retningslinjene, som sier at sykepleieren skal gi tilpasset informasjon, for å bidra til at mottakeren kan ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2019).

5.1.2 Erfaringer med metoden knyttet mot sykepleiere

Noen av deltakerne i studien av Maastrup et. al. (2018) uttrykte at de syntes ansatte på avdelingen anerkjente foreldrerollen for lite. Dette ble trukket frem som en negativ erfaring knyttet til KM. Ifølge Eide & Eide (2019), har sykepleiere en maktposisjon når det kommer til

pårørendes kunnskap og forståelse (s. 217). Dette kan påvirke hvordan foreldrene opplever situasjonen de står i. Dersom sykepleieren ikke anerkjenner pårørendes foreldrerolle, vil det stride mot foreldrenes rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Andre deltakere i studien av Maastrup et. al. (2018) og Gulla et al. (2017), erfarte at sykepleierne var for lite synlige, og foreldrene ønsket mer oppfølging i forhold til KM. I studien av Blomqvist og Nyqvist (2011) gjorde deltakerne seg liknende erfaringer. De ga uttrykk for at sykepleierne ikke var følsomme for ønskene og behovene foreldrene hadde. Basert på disse resultatene vurderer vi at foreldre kan bli usikre på hva de kan og ikke kan gjøre med barnet, dersom sykepleier ikke gir dem tilstrekkelig oppfølging. Ifølge § 6 i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), skal sykepleier avklare hvilke oppgaver foreldrene ønsker å bidra med. Selv om foreldrene bidrar i pleien av barnet, skal de ikke erstatte oppgavene til sykepleierne. Dersom informasjon og oppgavedeling blir avklart, vurderer vi at det kan bidra til at foreldrene opplever økt trygghets- og mestringfølelse på avdelingen.

I studien til Blomqvist et. al. (2012) fremkom det misnøye vedrørende kommunikasjon mellom helsepersonellet, samt at rutinene tilknyttet KM varierte. Flere deltakere opplevde usikkerhet rundt vaktskiftene, og bekymret seg for hvem som skulle på jobb neste vakt. Enkelte deltakere følte de måtte ha mye omsorg for barnet, ettersom det var stor variasjon blant sykepleiernes forventninger. Helsepersonell er pliktig til å skrive opplysninger i journalen til pasienten (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Det innebærer informasjon som er gitt til pårørende. Ved å journalføre blir det lettere for sykepleieren som kommer på neste vakt, å følge opp de samme rådene og informasjonen som er gitt. Foreldre mottar informasjon fra flere ansatte på avdelingen, derfor bør personalet prøve å være samkjørte og gi lik informasjon (Sjøbjerg, 2013, s. 192). Dersom foreldre får motstridende beskjeder rundt utførelse av KM, vurderer vi at det kan bidra til unødvendig bekymring og usikkerhet for foreldrene. Det kan i tillegg innebære at sykepleiere ikke ivaretar pårørendes rett til informasjon på tilstrekkelig vis (NSF, 2019, punkt 3.1).

5.1.3 Erfaringer rundt rammefaktorer tilknyttet kengurumetoden

Deltakerne i studien til Gulla et. al. (2017) erfarte det som utfordrende å utføre KM, på grunn av mangel på utstyr og skjerming. En av mødrene hadde sitt premature barn på flermannsrom, og fortalte hun fikk en ukomfortabel følelse av å måtte å kle av seg selv og barnet foran de

andre familiene (s. 255). Hun hevdet at det var en årsak til at hun ikke utførte KM så mye som hun i utgangspunktet ønsket. Morens erfaring med mangel på skjerming strider med de yrkesetiske retningslinjene, som handler om at sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet (NSF, 2019, punkt 2). Selv om dette punktet omhandler pasienten, vurderer vi det også som viktig at pårørendes integritet og verdighet ivaretas. I samme studie var det mangel på antall stoler egnet for KM, slik at flere mødre måtte vente på å få bruke dem (Gulla et al., 2017, s. 255). I tillegg uttrykte moren et ønske om å kunne ligge i en seng mens hun utførte KM. I motsetning kom det frem i studien av Blomqvist et al. (2012) at fedrene tilbrakte mye av tiden i sengen under bruken av KM. Det medførte at flere av deltakerne fikk ryggplager og redusert søvn. Ut ifra deltakernes erfaringer i de to studiene, kan det tyde på at det verken er gunstig å ligge for mye eller for lite i seng mens KM utføres. Dersom det er mulig, bør sykepleieren tilrettelegge og motivere foreldrene til å variere mellom å sitte i en stol og ligge i en seng ved utførelse av KM. I tillegg bør foreldrene være i aktivitet og bevege seg i løpet av dagen. Det kan bidra til at foreldrene får mindre ryggplager og bedre søvnkvalitet (BMJ Publishing Group, 2020). Dette er i tråd med punkt 2.1 i yrkesetiske retningslinjer (2019), som sier at sykepleierne skal fremme helse og forebygge sykdom. Ved å iverksette slike tiltak, vurderer vi at det kan bedre foreldrenes erfaringer med bruken av KM.

Barn innlagt på sykehus, har rett til å ha minst én av foreldrene til stede (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2). Flere nyfødttintensiv avdelinger i Norge bruker fortsatt flermannsrom. Det kan føre til utfordringer tilknyttet opprettholdelsen av taushetsplikten, ettersom flere foreldre er til stede når medisinsk behandling og veiledning foregår inne på rommet (Helsepersonelloven, 1999, § 21; Korsvold, 2009, s. 33–34). I studien til Blomqvist og Nyqvist (2011) og Gulla et. al. (2017), var deltakerne på sykehus der det var tilgang på familierom. Flere foreldre satte pris på å få egne rom, men uttrykte likevel misnøye rundt størrelsen og utformingene på rommet. I tillegg uttrykte deltakerne i studien til Blomqvist og Nyqvist (2011) at sovesofaene på rommene var ubehagelige å sove på (s. 1476). Slike faktorer kan være med på å påvirke hvordan foreldrene erfarer utførelsen av KM. Det er viktig å tilrettelegge for hver enkelt familie så godt det lar seg gjøre. Likevel er det begrenset hvor mye sykepleieren får gjort med antall familierom, størrelsen på rommet og tilgang på utstyr. Slike valg bestemmes på et høyere nivå i helsesystemet, og avgjøres i stor grad av økonomi og er tidkrevende prosesser (Helsedirektoratet, u.å., kapittel 4). I studien til Blomqvist og Nyqvist (2011) kom det også frem at mødrene var misfornøyde med mengden medisinsk utstyr på rommet (s. 1476). Er barnet tilkoblet utstyr via lange tuber og slanger, kan det føre

til økt behov for assistanse av sykepleieren for å utføre KM (Steinnes, 2009, s. 55). Likevel er det viktigst å prioritere ivaretagelsen av barnets helse. Dette fremkommer i Helsepersonelloven § 4 (1999), som omhandler at helsepersonell er pålagt å utføre faglig forsvarlig arbeid og omsorgsfull hjelp. Sykepleiere kan derfor ikke unnlate å bruke det medisinske utstyret, men kan tilrettelegge og assistere så godt det lar seg gjøre. Tilstrekkelig informasjon om hvorfor barnet er tilkoblet de ulike maskinene, kan bidra til å øke foreldrenes forståelse og aksept (Søbjerg, 2013, s. 194–195).

5.1.4 Utfordringer knyttet til ivaretagelse av egne behov hos foreldrene

I studien til Blomqvist et al. (2012) erfarte fedrene det som utfordrende å spise og sove med barnet på brystet. Foreldrene prøvde å utføre KM så mye som mulig, men hevdet det var mest utfordrende om natten. De følte de måtte ligge helt stille i samme posisjon. I likhet uttrykte enkelte mødre i studien til Blomqvist og Nyqvist (2011), at utførelsen av KM om natten førte til redusert søvnkvalitet. Det igjen førte til at de ble mer slitne. De erfarte at sykepleierne hadde varierende holdninger tilknyttet assistering på natten. Disse erfaringene motstrider med § 6 i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), hvor foreldrene har rett på å bli avlastet av sykepleieren, ut ifra deres behov. Ved utilstrekkelig avlastning, kan det påvirke foreldrenes ivaretagelse av egne grunnleggende behov som søvn, hvile og ernæring (Søbjerg, 2013, s. 197). Funnene fra Blomqvist og Nyqvist (2011) og Blomqvist et al. (2012) trakk frem at sykepleieren har en viktig assisterende rolle. Sykepleier bør informere foreldrene om hva de kan gjøre for å ivareta sin egen helse (Helsedirektoratet, 2019b). Det kan innebære at begge foreldrene bidrar med omsorgen og utførelsen av KM, slik at de kan avlaste hverandre. I tillegg kan de oppmuntres til å søke støtte hos familie og venner, samt snakke med andre foreldre i samme situasjon (Grønseth & Markestad, 2022, s. 85). Dersom foreldrenes grunnleggende behov blir dekket, vurderer vi at det kan bidra til å bedre foreldrenes erfaringer med utførelsen av KM.

I studien av Føreland et. al. (2022) ble deltakernes erfaring med amming når de utførte KM trukket frem. Deltakerne erfarte at KM stimulerte til amming, og i studien av Blomqvist og Nyqvist (2011) var det delvis enighet om at metoden hadde positiv effekt på amming. Det er flere faktorer som kan føre til utfordringer med amming. Både stress og adskillelse fra barnet kan føre til redusert produksjon av melk (Folkehelseinstituttet, 2021). Det igjen kan påvirke mor sitt psykososiale behov, ved at hun kan føle skyld og mislykket i morsrollen (Häggkvist,

2009, s. 332). Ved en prematur fødsel blir ofte barnet skilt fra mor og lagt i kuvøse. Adskillelsen og usikkerhet rundt barnets helsetilstand kan føre til stress for mor. I tillegg har premature barn redusert sugestyrke og trenger ofte lengre tid på å komme i gang med amming (Grønseth & Markestad, 2022, s. 127). Sykepleier bør ta hensyn til om mødre ønsker å amme eller ikke. Ut ifra autonomiprinsippet har en person rett til å ta egne beslutninger som angår vedkommende selv (Lillemoen, 2015, s. 306). Basert på mødrenes erfaringer og autonomiprinsippet, vurderer vi det som viktig at sykepleieren har respekt for om mødre ønsker å amme eller ikke. For de som ønsker å amme det premature barnet sitt, kan KM være en faktor som bidrar til vellykket amming.

5.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet blir styrker og svakheter knyttet til litteraturstudie som metode, litteratursøk og utvelgelse/inkludering av artikler diskutert.

5.2.1 Litteraturstudie som metode

Som nevnt i kapittel 3.1 har vi brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Når man utfører en litteraturstudie kan man finne mye informasjon og danne seg oversikt over nåværende kunnskap på det temaet man undersøker (Popenoe et al., 2021). Artikler som inkluderes i en litteraturstudie kan ha brukt kvalitative eller kvantitative metoder (Sverdrup, 2020, s. 56). I denne oppgaven valgte vi å bruke kvalitative artikler, siden kvalitativ metode er egnet for å undersøke individers erfaringer (Sverdrup, 2020, s. 58). For sykepleiere er litteraturstudier relevante, ettersom et krav til sykepleiere er at de skal holde seg faglig oppdatert innen forskning, samt at de skal bidra til anvendelse av ny kunnskap i praksis (NSF, 2019, punkt 1.4). Dette er i tråd med at sykepleie er et fagfelt som er under stadig utvikling (Kristoffersen et al., 2016, s. 15). Ved at sykepleier tar faglig avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringer og pasientens preferanser, utfører sykepleier kunnskapsbasert praksis (Kristoffersen, 2016b, s. 144). Litteraturstudier kan dermed være nyttige, da de gir oversikt over relevant kunnskap innenfor yrkesområdet. Personsentrert sykepleie forutsetter at sykepleieren setter seg inn i hvordan pasienten har det (Kim, 2015, s. 150). For sykepleiere som skal jobbe på en nyfødtintensiv avdeling, vurderer vi det som nyttig at sykepleiere har kunnskap om foreldres erfaringer med bruk av KM. Det kan bidra til å gi sykepleiere innsikt i foreldres positive og negative erfaringer, slik at de kan tilrettelegge og tilpasse sykepleien. I tillegg vurderer vi det som nyttig at ledelsen og fagpersonell har kunnskap om foreldres erfaringer med bruken av KM. Videre anser vi at det kan ha en viktig påvirkning ved utbygging av nye avdelinger med tanke på familierom, tilgang på utstyr på avdelingen, samt utforming av nye retningslinjer og prosedyrer for utførelsen av KM.

På bakgrunn av høgskolens føringer for denne oppgaven hadde vi begrenset tid på å skrive. Det kan være en ulempe, da det kan resultere i at relevant litteratur og artikler har uteblitt. I tillegg var det begrensning på at 4-6 artikler kunne inkluderes i dette litteraturstudiet. Begrensningen på antall artikler kan ha ført til at relevante artikler ble ekskludert. For vår oppgave vurderer vi det likevel som tilstrekkelig med 5 artikler, da det fremkom mange

erfaringer fra foreldrene i artiklene. En utfordring ved utførelse av litteraturstudie, kan være at man ikke klarer å være objektiv, slik at tolkning av forskningsresultater påvirkes av egne meninger (Popenoe et al., 2021, s. 183). Forforståelsen vi har for temaet kan også påvirke hvordan vi har tolket resultatene.

På bakgrunn av problemstillingen til denne oppgaven “*Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, innlagt på nyfødtintensiv avdeling?*”, mener vi at litteraturstudie som metode er godt egnet for å svare på problemstillingen. Resultatene i de utvalgte artiklene svarte godt på problemstillingen vår. Dette begrunner vi med at vi har fått god innsikt i hvilke erfaringer foreldrene hadde. Basert på resultatene i de utvalgte studiene, valgte vi underveis i skrivingen å endre problemstillingens formulering fra “*hvilken erfaring*” til “*hvilke erfaringer*”. Dette valget ble basert på at det i studiene fremkom flere forskjellige erfaringer, og ikke en spesifikk erfaring knyttet til KM. Resultatene i denne oppgaven ble analysert i henhold til fremgangsmåten presentert i artikkelen til Popenoe et al. (2021, s. 182).

5.2.2 Litteratursøk

Litteratursøket ble utført via én søkestreng i databasen Cinahl. En føring for oppgaven var å bruke databasen Cinahl, med mindre søket resulterte i færre enn 4 artikler. Da kunne søket utføres i andre databaser, for å finne de resterende artiklene. En styrke ved å bruke én søkestreng i samme database, er at det gjør det enkelt for andre å reprodusere søket. For å finne ønskede artikler, utførte vi et strukturert litteratursøk. Ut ifra problemstillingen vår, ble søket bygget opp ved hjelp av relevante emneord. De ble kombinert med «and»/«or» for å spesifisere søket. Etersom vi ønsket å undersøke både mors og fars erfaringer, valgte vi å bruke søkeordene “*mothers*”, “*fathers*” og “*parents*”. Både “*Kangaroo care*” og “*Skin to skin*” brukes i artikler som omhandler metoden, derfor valgte vi å inkludere begge søkeordene. Søkeordet “*postpartum experiences*” gjelder mange ulike erfaringer som oppstår etter fødsel, det inkluderer også erfaringer med KM. Derfor valgte vi å inkludere dette søkeordet. Vi erfarte det som tilstrekkelig å bruke søkeordet “*infant, premature*”, i stedet for å inkludere “*Neonatal Intensive Care Unit*”. En årsak til dette kan være at premature barn som regel er innlagt på en nyfødtintensiv avdeling.

Søket ble først avgrenset til engelske artikler utgitt siste ti år, og resulterte da i 30 artikler. Det anser vi som et smalt treff. En svakhet med et smalt treff kan være at aktuelle artikler uteblir

fra søket. I motsetning vil et stort treff indikere at søkeordene ikke treffer presist, som fører til at det tar lang tid å gå gjennom alle artiklene (Thidemann, 2019, s. 88). Et smalt treff kan derfor indikere at søkeordene er presise og finner de mest relevante artiklene på ett treff, som er mer tidsbesparende. Ettersom forskning innen helse er under stadig utvikling, ønsket vi å søke på artikler fra de siste 10 år (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Basert på vår undersøkelse er det relativt lite forskning på foreldres erfaringer tilknyttet KM i Skandinavia. Derfor utvidet vi søket med 1 år, som resulterte i et tilstrekkelig antall relevante artikler. Basert på problemstillingen, fant vi 5 relevante artikler. En ulempe med å bruke eldre artikler, kan være at kunnskapen har endret seg de senere årene. Ut ifra resultatene i de 5 artiklene denne oppgaven er basert på, ser det ut til at deltakerne hadde lignende erfaringer, til tross for at den eldste studiene var over 10 år gammel. Selv om vi fant 4 relevante artikler ved å søke på de 10 siste årene, valgte vi å inkludere artikkelen av Blomqvist og Nyqvist (2011) som fremkom da søket ble utvidet med 1 år. Denne studien undersøkte mødrenes perspektiv, mens artikkelen av Blomqvist et al. (2012) så på fedrenes perspektiv. Begge artiklene vurderte vi derfor som relevante, da vi ønsket å undersøke både mødrenes og fedrenes erfaringer.

5.2.3 Utvelgelse/inkludering av artikler

Til denne oppgaven ble det valgt fem forskningsartikler. Disse ble valgt på bakgrunn av at de skulle belyse problemstillingen: *“Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, innlagt på nyfødtingintensiv avdeling?”*. For å finne relevante artikler, startet vi med å lese titlene og ekskluderte artiklene som ikke hadde relevante titler. Dette kan ha ført til at noen relevante artikler ikke ble inkludert i denne litteraturstudien. Deretter leste vi gjennom abstrakter, og dersom de så ut til å være relevante for problemstillingen leste vi gjennom artiklene. På bakgrunn av at helsesystemer i andre land er annerledes bygd opp enn i Norge, valgte vi å ekskludere artikler utenfor Skandinavia (European Observatory on Health Systems and Policies, 2021b; World Health Organization, 2018). Dette ble gjort selv om studiene kunne svart på vår problemstilling. I Sverige og Danmark har de et mer lignende helsesystem som i Norge (European Observatory on Health Systems and Policies, 2021a, 2021c). På bakgrunn av dette vurderer vi at funnene i disse artiklene er overførbare til Norge.

Hvordan de ulike avdelingene var utformet, kom lite tydelig frem i studiene. I enkelte av studiene virker det som at foreldrene bodde på familierom sammen med sitt premature barn. I andre studier ser det ut til at mødrene måtte sove på barselavdeling eller pasienthotell, mens

barna var innlagt på nyfødttintensiv avdeling. Enkelte funn var gjentakende i de utvalgte artiklene, uavhengig av avdelingens utforming. Derimot fremkom det ulike negative erfaringer blant foreldrene som hadde tilgang på seng, og de som ikke hadde tilgang på det. I alle studiene hadde foreldrene likevel mange positive erfaringer med KM. Erfaringer er generelt ikke overførbare. Likevel vurderer vi det slik at KM kan gi foreldre gode erfaringer, uavhengig av hvilken type avdeling spedbarna ligger på. Her tenker vi at sykepleier får en viktig rolle med å tilrettelegge for foreldrene, så langt det lar seg gjøre.

Ved utvalgelse av fagartikler så vi etter artikler som brukte kvalitativ metode, ettersom vi ønsket å undersøke foreldres erfaringer. En styrke med kvalitativ design er at den er egnet for å gå i dybden for å undersøke komplekse problemstillinger (Busch, 2021, s. 53). Kvalitative studier har som regel færre deltakere enn kvantitative studier, noe som gjelder artiklene i denne oppgaven. Et lite utvalg kan være negativt, men ved kvalitative studier ser man heller på hvor utfyllende svarene er enn på hvor stort utvalget er. En annen ulempe som kan påpekes ved kvalitative studier er at resultatene ikke kan generaliseres, det er derfor krevende å overføre funnene til andre kontekster (Busch, 2021, s. 53). Selv om individers erfaringer ikke kan generaliseres, kan man se om flere individer har like erfaringer (Sverdrup, 2020, s. 60). I denne litteraturstudien undersøkes foreldres erfaringer ved bruk av KM, som vi vurderer sykepleiere kan ha nytte av ved utøvelse av personsentrert sykepleie.

De 5 utvalgte artiklene til oppgaven er alle fagfelleverderte. Det innebærer at tekstene har blitt godkjent og kommentert av anerkjente forskere, før artikkelen er blitt utgitt og offentliggjort (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 78). Ved bruk av forskningslitteratur er det viktig å kritisk vurdere den vitenskapelige kvaliteten og troverdigheten til selve studien. Til tross for at forskningsartiklene hadde gjennomgått en fagfellevurdering, betyr ikke det nødvendigvis at studiene har tilstrekkelig vitenskapelig kvalitet (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 77). For å danne en egen mening om kvaliteten på artiklene brukte vi sjekklister. På bakgrunn av artiklenes metode, brukte vi sjekklister for kvalitative studier, som lå tilgjengelig på helsebiblioteket.no. Helsebiblioteket har flere ulike sjekklister som kan brukes for å vurdere en forskningsartikler (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 78). En svakhet ved å bruke sjekklister for å vurdere kvaliteten til artiklene, kan være at vi ikke har erfaring med det fra tidligere. Det kan ha resultert i mistolkning av noen punkter. Ettersom vi har vært to personer, har vi diskutert sjekklistene og kommet frem til samme konklusjoner. Artikkelen av Blomqvist og Nyqvist (2011) brukte et retrospektivt undersøkelsesdesign. Likevel valgte vi å bruke en

kvalitativ sjekklister, da det ikke lå sjekklister for retrospektive studier på nettsiden til helsebiblioteket.no. På bakgrunn av at store deler av resultatene i studien baserte seg på et åpent spørsmål, mener vi at en kvalitativ sjekklister likevel var egnet. De fem utvalgte artiklene drøftet både deltakernes positive og negative erfaringer med utførelsen av KM. Det øker studienes troverdighet. Ved bruk av sjekklister fikk alle artiklene 8-10 av 10 poeng. Det vurderer vi som høy skår, som tilsier at artiklene er av god kvalitet.

6 Konklusjon

I denne oppgaven var hensikten å besvare problemstillingen: *“Hvilke erfaringer har foreldre med å utøve kengurumetoden på premature barn, innlagt på nyfødtintensiv avdeling?”*. I de utvalgte artiklene kom det frem at foreldrene hadde flere ulike erfaringer med utøving av KM. De fleste foreldrene fra studiene uttrykte at de hadde gode erfaringer med å utføre KM på sine premature barn. De erfarte økt trygghetsfølelse, positiv effekt på amming, styrket foreldrerolle og følelsen av å være viktige omsorgspersoner for barna sine. De hevdet at sykepleierne hadde en viktig rolle når det kom til veiledning og informasjon. Flere foreldre erfarte også enkelte utfordringer tilknyttet metoden, deriblant ambivalens, mangel på utstyr, tid til å ivareta sine egne behov, samt sykepleiernes varierende holdninger og kompetanse. Foreldrene uttrykte at sykepleiers assisterende rolle var viktig. Resultatene fra studiene svarte på problemstillingen vår, om hvilke erfaringer foreldre har med å utøve KM.

På bakgrunn av at erfaringer er subjektive, kan det være utfordrende å trekke en spesifikk konklusjon om kengurumetoden. Basert på resultatene som er presentert i diskusjonen, vurderer vi det likevel som viktig at sykepleiere som jobber med premature barn, får kunnskap og forståelse for foreldres perspektiv og erfaringer ved bruk av KM. Alle familier har sine egne livshistorier, erfaringer og kunnskap, som vil kunne ha innvirkning på deres opplevelse av å få et prematurt barn. Det igjen kan påvirke deres erfaringer med kengurumetoden. Denne oppgaven er basert på resultatene fra 5 artikler, det kan derfor hende at det er andre erfaringer knyttet til kengurumetoden som ikke kommer frem i denne oppgaven. Det er relativt lite forskning på foreldres erfaringer med kengurumetoden. Mer forskning på temaet hadde vært ønskelig for å kunne undersøke og belyse flere erfaringer. Det kan bidra til at sykepleiere kan tilpasse og utføre personsentrert sykepleie, slik at hver familie kan få gode erfaringer med bruken av kengurumetoden.

7 Referanseliste

- Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q. & Stray Jørgensen, P. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9–10), 1472–1480.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x>
- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K. & Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1988–1996. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x>
- BMJ Publishing Group. (2020, 6. august). *Back pain (lower back)*. BMJ Best Practice.
<https://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/en-gb/html/1550903709967/Back%20pain%20%28lower%20back%29>
- Brataas, H. V., Evensen, A. E. & Ingstad, K. (2019). Pedagogisk praksis i sykepleie. I H. V. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 16–26). Gyldendal Akademisk.
- Busch, T. (2021). *Akademisk skriving: For bachelor- og masterstudenter* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Cong, X. (2016). Developmental Care. I C. Kenner & J. W. Lott (Red.), *Neonatal nursing care handbook: An evidence-based approach to conditions and procedures* (2. utg., s. 403–412). Springer Publishing Company, LLC.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887–907). Cappelen Damm akademisk.

European Observatory on Health Systems and Policies. (2021a). *State of Health in the EU: Danmark National sundhedsprofil 2021*. OECD & World Health Organization.
https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2021pdf/denmark-countryhealthprofile2021.pdf?sfvrsn=e79f1c55_7&download=true

European Observatory on Health Systems and Policies. (2021b). *State of Health in the EU: Norge Landshelseprofil 2021*. OECD & World Health Organization.
https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2021pdf/norway-countryhealthprofile2021.pdf?sfvrsn=b234aa13_5&download=true

European Observatory on Health Systems and Policies. (2021c). *State of Health in the EU: Sverige Landsprofil hälsa 2021*. OECD & World Health Organization.
https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2021pdf/sweden-countryhealthprofile2021.pdf?sfvrsn=ab3f1ff_5&download=true

Folkehelseinstituttet. (2021, 17. desember). *Melkeproduksjon: Økning, reduksjon, avslutning*. FHI. <https://www.fhi.no/ml/amming-og-morsmelk/komplikasjoner/melkeproduksjon-okning-reduksjon-avslutning/>

Folkehelseinstituttet. (2022). *Medisinsk fødselsregister: Statistikkbank*. Folkehelseinstituttet.
<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Føreland, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L. & Fegran, L. (2022). Postpartum Experiences of Early Skin-to-Skin Contact and the Traditional Separation Approach After a Very Preterm Birth: A Qualitative Study Among Mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, 9. <https://doi.org/10.1177/23333936221097116>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Gulla, K., Dahlø, R. & Eilertsen, M.-E. B. (2017). From the delivery room to the neonatal intensive care unit—Mothers' experiences with follow-up of skin-to-skin contact after premature birth. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 253–257.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.06.002>
- Helsebiblioteket. (2013, 14. februar). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/nyheter/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nyfodtintensivavdelinger-kompetanse-og-kvalitet>
- Helsedirektoratet. (2019b, 28. januar). *Pårørendeveileder*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/planlegge>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 107–117). Cappelen Damm Akademisk.
- Häggkvist, A.-P. (2009). Amming. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (s. 301–334). Cappelen akademisk.
- Jackson, K. & Nykvist, K. H. (2013). Att bli förälder till ett för tidigt fött eller nyfött sjukt barn. I K. Jackson & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (s. 31–73). Studentlitteratur AB.
- Johannessen, K. R. (2018, 18. februar). *En god stol betyr alt*. NRK. https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/_-en-god-stol-betyr-alt-1.13920127
- Kim, H. S. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn—Det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 142–155). Cappelen Damm Akademisk.
- Kleberg, A. & Aagaard, H. (2013). Familjecentrerad utvecklingsstödjande vård enligt NIDCAP. I K. Jackson & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neonatalvård* (s. 77–91). Studentlitteratur AB.
- Korsvold, L. (2009). Jus og nyfødtsykepleie. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature* (s. 28–37). Cappelen akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Pasient og sykepleier—Verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 89–138). Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleie—Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 139–192). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 15–28). Gyldendal akademisk.
- Kymre, I. G., & Bondas, T. (2013). Balancing preterm infants' developmental needs with parents' readiness for skin-to-skin care: A phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, 10.3402/qhw.v8i0.21370. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21370>
- Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 297–335). Cappelen Damm AS.
- Maastrup, R., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L., & Zoffmann, V. (2018). 'Now she has become my daughter': Parents' early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 545–553. <https://doi.org/10.1111/scs.12478>
- Norsk Helseinformatikk. (2021, 15. april). *For tidlig fødsel (prematurnitet)*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/barn/nyfodtmedisin/for-tidlig-fodsels-prematurnitet/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Utvikle helse- og omsorgstjenestene*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene>

- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Oslo Universitetssykehus. (2021, 26. november). *Nyfødtintensivpasient: Standard sykepleie*. E-håndboken. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/56594>
- Oslo Universitetssykehus. (u.å.). *Nyfødtintensiv avdeling*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtintensiv-avdeling>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (s. 244–258). Cappelen Akademisk Forlag.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NICAP. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 57–79). Cappelen akademisk.
- St. Olavs hospital. (u.å.). *Nyfødt intensiv*. St. Olavs hospital - Universitetssykehuset i Trondheim. <https://stolav.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodt-intensiv>
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*. (s. 27–56). Cappelen Akademisk Forlag.

- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag—Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm Akademisk.
- Sweet, D. G., Carnielli, V., Greisen, G., Hallman, M., Ozek, E., te Pas, A., Plavka, R., Roehr, C. C., Saugstad, O. D., Simeoni, U., Speer, C. P., Vento, M., Visser, G. H. A., & Halliday, H. L. (2019). European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome—2019 Update. *Neonatology*, *115*(4), 432–450. <https://doi.org/10.1159/000499361>
- Sykehuset Østfold. (u.å.). *Nyfødtintensiv*. Sykehuset Østfold. <https://sykehuset-ostfold.no/avdelinger/klinikk-for-kvinne-barn/barne-og-ungdomsklinikken/nyfodtintensiv>
- Søbjerg, I. L. (2013). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 186–199). Gyldendal akademisk.
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (s. 224–243). Cappelen Akademisk Forlag.
- Tandberg, B. S., & Bjarkø, L. (2009). Etikk i nyfødtmedisinen. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn* (s. 64–82). Cappelen akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2018). *Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274310>

World Health Organization. (2022a). *Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population)*. World Health Organization.

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population))

World Health Organization. (2022b, 14. november). *Preterm birth*. World Health

Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

8 Vedlegg

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Blomqvist, Y. T., & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9–10), 1472–1480.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03369.x>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studien kom klart frem. Forskerne ønsket å undersøke mødrenes erfaringer ved bruk av kengurumetoden.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien hadde som mål å belyse mødrenes erfaringer og opplevelser med bruken av KM, derfor egner det seg med kvalitativ studie. Metoden og designet forskerne valgte var retrospektiv undersøkelsesdesign. Spørreskjemaet inkluderte både lukkede og åpne spørsmål. Deltakernes erfaringer kom frem i resultatene via de åpne spørsmålene.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Utformingen av studien var hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen. Det kom ikke tydelig frem hvordan forskerne bestemte hvilken metode de skulle bruke.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som ble valgt, hvorfor og hvordan de ble valgt. 17 av 23 mødre svarte på spørreskjemaene, men det kommer ikke frem hvorfor de resterende seks valgte å ikke svare. Ti av mødrene svarte på de åpne spørsmålene. Det kommer frem at det kun er mødre de har spurt, men deres alder, yrke, sosioøkonomisk status osv. kommer ikke frem i studien.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Dataene ble samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart. Valg av setting og valg av metode for å samle inn data ble begrunnet. Dataene ble samlet inn via spørreskjema som ble sendt i posten. Metoden ble ikke endret i løpet av studien. Forskerne har ikke diskutert metning av data.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

To erfarne sykepleiere, fire mødre og en far leste gjennom skjemaet og kom med tilbakemeldinger. Det førte til at forskerne gjorde noen små endringer i formuleringene av spørsmålene, før de ble sendt ut til deltakerne. Forskerne mente selv at det hadde vært bedre og valgt kvalitativt studiedesign med intervju med åpne spørsmål, istedenfor spørreskjema med mange lukkede spørsmål.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Mødrene ble informert om at det var frivillig å delta i studien og at spørreskjemaene ble anonymisert.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det er gjort rede for de ulike trinnene i hvordan analysen ble gjennomført. Det kommer tydelig frem sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene forskerne kom frem til. Tilstrekkelig data ble presentert for å underbygge funnene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene er klart presentert. Andre kilder er trukket inn for å underbygge funnene. De to forskerne utformet egne kategorier hver for seg, for deretter å sammenligne resultatene. Funnene ble diskutert opp mot problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Studien så på mødres opplevelse av kontinuerlig bruk av kengurumetoden i en høyteknologisk nyfødtintensivavdeling. Mødrene hadde positive erfaringer med kengurumetoden, men savnet tilstrekkelig informasjon om bruk av metoden. De følte også at de fikk lite hjelp og støtte om natten og at det ble veldig slitsomt å bruke metoden om natten. Dette kan være nyttig info for sykepleiere som skal jobbe med foreldre med premature barn og kengurumetoden.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

8.1 Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

8.2 Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

8.2.1 Kritisk vurdering av:

Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., & Nyqvist, K. H. (2012).

Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role.

Journal of Advanced Nursing, 68(9), 1988–1996. [https://doi.org/10.1111/j.1365-](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x)

[2648.2011.05886.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x)<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0955-3>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Problemstillingen kommer tydelig frem i studien, forskerne ønsket å undersøke fedres erfaring med å bruke KM på sine premature barn.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å belyse fedres erfaringer og opplevelser med bruken av KM, derfor egner det seg med kvalitativ studie.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Utformingen av studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen. Forfatterne valgte kvalitativ og beskrivende metode, som de mener er best egnet for beskrivelser av fenomener.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Utvalgsstrategien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Forfatterne gjør rede for at det tidligere har vært lite forskning på fedrenes perspektiv, og at de derfor ønsker å fokusere på fedrenes erfaringer i denne studien. Utvalget består av syv fedre til premature barn. Alle var førstegangsfedre, i alderen 25-36 år. Det var et krav at de premature barna ikke hadde en livstruende tilstand. Morsmål og sivilstatus til deltakerne ble beskrevet. Fem av 12 fedre valgte å ikke delta grunnet mangel på tid.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det kommer klart frem setting og hvilke metoder som ble brukt for å samle inn data. Det ble utført lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert og skrevet ned til mindre segmenter og temaer. Til slutt ble ett tema identifisert. Det var individuelle semi-strukturerte intervjuer som ble utført i deltakernes hjem. Det er beskrevet at det ble brukt en intervjuguide, som var basert på litteratur og forfatterens kliniske erfaring.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det ble gjort rede for hvordan data ble tolket. Underveis i analyse-prosessen, diskuterte forskerne resultatene frem til en felles enighet ved tolkning av dataene. De hevdet det var med på å styrke påliteligheten til resultatene. Det kom ikke tydelig frem i studien om forskerne vurderte deres rolle i utformingen av problemstilling, utvalgsstrategi og setting. Det kom heller ikke frem i studien om forskerne gjorde endringer i utformingen av studien.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det kommer klart frem at etiske forhold er vurdert. Deltakerne signerte samtykkeskjema, samt fikk beskjed at studiet var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst. Navnene til deltakerne og deres spedbarn ble ikke skrevet ned. Regional etisk komité godkjente studien.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det kommer klart frem hvordan analysen ble gjennomført. Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse. De ulike trinnene i analysen er beskrevet i artikkelen. Sitater fra deltakerne har en sammenheng med kategoriene forskerne kom frem til. Syv fedre deltok i studien, og det utdypes i artikkelen at intervjuene var rike på informasjon og derfor ble ansett som tilstrekkelig mengde for å underbygge funnene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene er klart presentert. Det er trukket inn andre kilder for å underbygge funnene. I resultatdelen valgte forskerne å ta med relevante sitater fra intervjuene, slik at leserne kunne vurdere troverdigheten til analysen av intervjuene. Det kom frem i studien at forskningsgruppen møttes flere ganger for å diskutere analysen, noe som underbygget funnenes troverdighet. Funnene ble diskutert opp mot studiens problemstilling.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Resultatene kan bidra til å gi sykepleiere mer kunnskap om fedres perspektiv på bruk av kengurumetoden. Det kom også frem i studien at fedre bør få informasjon tidlig, slik at de kan bruke kengurumetoden og føle seg trygge i utførelsen av metoden.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Føreland, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L., & Fegran, L. (2022). Postpartum Experiences of Early Skin-to-Skin Contact and the Traditional Separation Approach After a Very Preterm Birth: A Qualitative Study Among Mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, 9. <https://doi.org/10.1177/23333936221097116>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studien var å undersøke mødres erfaringer med tidlig hud mot hud kontakt og den tradisjonelle separasjonsmetoden etter en veldig prematur fødsel.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studien har som mål å forstå mødres erfaringer med hud mot hud. Kvalitativ metode er egnet for å få svar på problemstillingen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Forskerne begrunnet valg av kvalitativ design med at det kunne gi dybdeinformasjon og et mer omfattende bilde av mødres erfaringer.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for at utvalget bestod av norske mødre som fødte mellom uke 28 og 32 i svangerskapet. Det er beskrevet hvilke spedbarn og mødre som ble ekskludert fra studien, men ikke hvorfor. Det er diskutert hvorfor noen av de aktuelle deltakerne ikke ble med i studien. Det er ikke begrunnet hvorfor deltakerne ble valgt, men det påpekes at deltakerne ble invitert etter å ha deltatt i en RCT studie. Det er ikke beskrevet karakteristika ved utvalget annet enn at det bestod av mødre som snakket norsk.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Setting for intervjuene er beskrevet med at de foregikk på nyfødttintensiven på et familierom uten forstyrrelser. Valg av setting ble ikke begrunnet. Dataene ble samlet inn via semistrukturerte intervjuer. Metoden er begrunnet med at den kunne gi dybdeinformasjon om mødrenes erfaringer. Det er beskrevet hvem som utførte intervjuene og hvordan de ble utført, med eksempler. Det er tydelig beskrevet at intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert ordrett. Metning av data er ikke diskutert.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
- utforming av problemstilling
- datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
- analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Sykepleierne som utførte intervjuene jobbet på avdelingen, men var forsiktige med å ikke ha nærkontakt med de som skulle intervjues på forhånd. De gjorde rede for at deres tilknytning til avdelingen kunne påvirke fortolkningen av resultatene. De forsvarte dette med at de kontinuerlig mente hverandre på å være åpen gjennom planleggingen og utførelsen av intervjuene samt analyser.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Forskerne har gjort etiske vurderinger rundt datalagring, informert samtykke til studien og utførelse av intervjuene. Mødrene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien. De fikk tilstrekkelig tid til å vurdere om de ønsket å delta eller ikke. Data ble lagret etter retningslinjer og ble slettet etter transkripsjon. Noen av deltakerne ble veldig emosjonelle under intervjuene, de fikk pause og mulighet til å hente seg inn igjen før de svarte på spørsmålene. Etikk rundt det å fortsette intervjuene i disse tilfellene ble diskutert i forskningsgruppen. Ansatte på avdelingen ble forberedt på å ivareta deltakere som ble emosjonelle under intervjuene. Studien ble godkjent av Regional Etisk Komite og av forsøksavdelingen på sykehuset.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det ble utført en kvalitativ innholdsanalyse, hvor de ulike stegene ble er godt beskrevet i artikkelen. Det er tydelig sammenheng mellom innsamlede data og sitatene fra intervjuene. Tilstrekkelig data ble presentert og delt inn i tre temaer for å underbygge funnene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Det er trukket inn flere andre kilder for å underbygge funnene. Troverdigheten til studien er drøftet i diskusjonen. Flere av forskerne var med på å analysere resultatene. De diskuterte funnene til de kom frem til en felles enighet. Funnene blir diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Resultatene tyder på at sykepleier kan utøve en viktig rolle når det kommer til å ivareta mødre etter veldig premature fødsler. Studien avdekket behov for mer forskning på tidlig utførelse av kengurumetoden, på veldig premature barn i ulike settinger. Forskerne har diskutert overførbarheten til andre populasjoner og trukket inn at funnene er relevante, men at redusert tilgang på teknologi og ressurser kan påvirke overførbarheten.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Gulla, K., Dahlø, R., & Eilertsen, M.-E. B. (2017). From the delivery room to the neonatal intensive care unit—Mothers' experiences with follow-up of skin-to-skin contact after premature birth. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 253–257.
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.06.002>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studiet var å undersøke mødrenes erfaringer med bruk av kengurumetoden under sykehusinnleggelse. Det gjaldt mødre til moderat premature spedbarn. Det ble undersøkt om det var ulike erfaringer for mødrene som utførte kengurumetoden umiddelbart etter fødsel og de som ble separert fra sine spedbarn.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Forfatterne vil belyse mødrenes erfaringer med bruk av kengurumetoden. Det ble gjort via intervjuer. Det egner seg derfor med kvalitativ metode.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ analyse for å undersøke mødrenes erfaringer. Forfatterne har diskutert utvalget, men valg av forskningsdesign var ikke tydelig begrunnet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut, men ikke forklart hvorfor inklusjonskriteriet var kun friske moderate premature barn. Det er delvis diskusjon rundt utvalget, deriblant at to mødre ikke dukket opp, men det ikke forklart hvorfor de valgte å ikke delta. Det er delvis begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt. Det kommer frem hvilken utdanning mødrene har, deres alder, hvor mange barn de har og yrkesstatus.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Valg av setting for datainnsamling var et møterom i samme bygning som nyfødteintensivavdelingen. Det beskrives at tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført 7-12 mnd etter fødsel. Forfatterne av studien utviklet en intervjuguide ut ifra kliniske erfaringer og litteratur. Det ble argumentert for endringer som ble gjort underveis i studien. Det ble tatt i bruk lydopptak under intervjuene, som senere ble transkribert.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Bakgrunnsforhold er i liten grad gjort rede for. Det kommer frem at forskerne er en jordmor og en spesialist innen folkehelse. Likevel det kommer ikke frem om de har vurdert sin egen rolle og mulige påvirkninger på studien. Det ble gjort endringer underveis i studien, grunnet funn underveis i forskningsprosessen. Fokuset var først på erfaringer ved umiddelbar bruk av kengurumetoden, men ble endret til erfaringer ved bruk av kengurumetoden etter overflytting

til nyfødttintensiv avdeling. Endringen ble gjort på bakgrunn av mødrenes hovedfokus under intervjuene.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke. Studien ble godkjent av Regionutvalget for Medisinsk forskningsetikk. Forfatterne nevnte i studien at noen deltakere valgte å ikke stille til intervju, men at studien likevel ble gjennomført. Forfatterne sa avgjørelsen med å fortsette tross liten gruppe, både var en metodisk og etisk utfordring. Utvalget var lite, men ettersom det var en kvalitativ studie hevdet forskerne at det var akseptabelt.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det ble utført kvalitativ innholdsanalyse, der de ulike trinnene i analysen er beskrevet. Ser en klar sammenheng mellom deltakernes sitater og kategoriene forskerne har kommet frem til. 9 mødre ble intervjuet, der deres sitater var med på å underbygge funnene. Fortolkningen fra forfatterne er tydelig og forståelig.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene er klart presentert og diskutert opp mot studiens problemstilling. Funnene er diskutert både for og imot forskernes argumenter. Forskerne har diskutert funnene troverdighet, ved at flere enn en gjorde analysen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Resultatene kan være til hjelp i praksis, ettersom studien får frem flere fordeler ved å ta vare på det premature barnet og mor i samme avdeling. Det sikrer tilstrekkelig omsorg for dem begge. Det kommer frem at tidlig oppstart av kengurumetoden fremmer helse. Separasjon kan derimot være svært smertefullt, hindrer bruken av kengurumetoden, er i strid med lovgivning og bør derfor unngås om det er mulig.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Maastrup, R., Weis, J., Engsig, A. B., Johannsen, K. L., & Zoffmann, V. (2018). 'Now she has become my daughter': Parents' early experiences of skin-to-skin contact with extremely preterm infants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 545–553. <https://doi.org/10.1111/scs.12478>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studiet kommer tydelig frem i studien. Forskerne ønsket å undersøke foreldres opplevelser av KM med deres ekstremt premature barn. Deres problemstilling er relevant for studien.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Ettersom forskerne ønsker å undersøke deltakernes erfaringer, er kvalitativ metode hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Utformingen av studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen. Valg av forskningsdesign er nevnt, men ikke begrunnet. Forfatterne har ikke diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Utvalgsstrategien er hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvordan det ble gjort. Det er forklart hvorfor noen deltakere ikke deltok i studien. Karakteristika ved utvalget er skrevet i en tabell.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Dataene som ble innsamlet på en måte så problemstillingen ble besvart. Valg av setting er begrunnet. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer, og intervjuguiden som ble brukt er beskrevet i artikkelen. Hvilken form dataene har, er gjort rede for.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det kommer ikke tydelig frem om forskernes bakgrunnsforhold kan ha påvirket fortolkningen av data.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Etiske forhold er vurdert. Deltakerne fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien, og det var frivillig å delta. Deltakerne ble sikret taushetsplikt og anonymitet. Regional Etisk Komite og Dansk Datatilsyn godkjente studien.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det er gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, samt hvordan analysen ble gjennomført. I artikkelen forklares de ulike trinnene i analysen. Ser en klar sammenheng mellom sitater og kategoriene forfatterne har kommet frem til. Tilstrekkelig data er presentert for å underbygge funnene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene er klart presentert. Andre kilder er trukket inn for å underbygge funnene. Forskerne har diskutert funnenes troverdighet. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Resultatene fra studiet kan være til hjelp i praksis, ettersom det kom frem at foreldrene gikk fra å være usikker på kengurumetoden, til å føle det var en verdifull metode. Den økte kunnskapen fra foreldrenes erfaringer, kan bidra til at helsepersonellet blir mindre tvilsumme til å bruke kengurumetoden på ekstremt premature barn. Det vil igjen øke bruken i praksis.