



# Tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre

Kandidatnummer: 845  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9039  
Dato: 16. April 2018



LOVISENBERG  
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16. April 2018
Tittel: Tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre.	
<p><u>Problemstilling:</u>  <i>”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kenguruomsorgsmetoden tilrettelegge for trygg tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre”</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet handler om prematuritet, tilknytningsteori, kenguruomsorgsmetoden, foreldre til det premature barnet, sykepleiers funksjonsområder samt relevant jus og etikk. Dette er temaer som er relevante i forhold til å belyse problemstillingens ulike elementer.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave der relevant fag- og forskningslitteratur blir brukt for å belyse problemstillingen. Forskingen som blir brukt har stort sett blitt funnet etter manuelle søk i referanselister til de originale artiklene funnet i søkene i databasen Cinahl. Det har også blitt gjennomført ustrukturerte søk på sykepleien.no og Google Scholar.</p> <p><u>Drøfting:</u> Relevante temaer med bakgrunn i det teoretiske grunnlaget vil bli diskutert opp mot problemstillingen. Temaene som vil bli drøftet er hvorfor tidlig, trygg tilknytning er viktig. Det vil det i stor grad handle om langtidseffektene kenguruomsorgsmetoden har, selv flere tiår etter at den har blitt utført. Deretter vil det handle om hvordan sykepleieren møter familien på nyfødtintensiv og viktige faktorer som kan være avgjørende for et godt samarbeid. Videre vil ulike barrierer for utførelsen av kengurumetoden bli diskutert. Til slutt vil det diskuteres hvordan tidlig tilknytning tilrettelegges ved bruk av kengurumetoden.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Ved å skape et godt samarbeid mellom foreldre og sykepleier, i en relasjon basert på tillit og empati, kan sykepleieren legge forholdene til rette slik at barn og foreldre har mulighet til samvær ved bruk av kengurumetoden. På den måten er sykepleieren med på å gi barnet en mulighet til å oppnå trygg tilknytning til sine foreldre. Sykepleieren må se hver familie individuelt, lytte til deres behov og vise forståelse.</p>	

(Totalt antall ord:300)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Oppgavens hensikt.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Målgruppe, kontekst og avgrensing.....	2
1.5 Oppgavens gang.....	3
<b>2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 Prematuritet.....	4
2.2 Tilknytningsteori.....	5
2.3 Kenguruomsorg.....	6
2.4 Foreldre til et prematurt barn.....	7
2.5 Sykepleiers funksjonsområder.....	7
2.6 Jus og etikk.....	8
<b>3. Metode for oppgaven</b> .....	<b>10</b>
3.1 Kildekritikk.....	11
<b>4. Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>16</b>
5.1 Betydningen av tidlig, trygg tilknytning.....	16
5.2 Sykepleierens møte med familien på nyfødtintensiv avdeling.....	18
5.3 Barrierer for å utføre kenguruomsorg.....	23
5.4 Tilretteleggelse av tidlig tilknytning ved hjelp av kenguruomsorg.....	25
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>29</b>

# 1. Innledning

Temaet for denne oppgaven er tilknytningen mellom det premature barn og dets foreldre ved hjelp av kenguruomsorgsmetoden. Det finnes en rekke studier som viser at premature barn har en høyere risiko for psykologiske forstyrrelser i sin utvikling, enn barn født til termindato. Disse utfordringene inkluderer blant annet utvikling av psykologiske utfordringer som atferdsvansker, kognitive forstyrrelser i form av forsinket språkutvikling eller lærevansker. Dette er tilstander som kan ha sammenheng med opplevelser fra den tidlige tilknytningsprosessen til omsorgspersonene etter en prematur fødsel, samt etter utfordringer i det tidlige samspillet mellom foreldre og barnet.

Det gjøres for tiden spennende forskning på tilknytning hos premature barn. For eksempel forskes det nå på effekten av direkte hudkontakt de første seks levetimer. Da blir barnet lagt direkte på mors bryst etter fødsel, og umiddelbar behandling, som respirasjonshjelp eller andre prosedyrer vil skje direkte på mors bryst. Denne type direkte hudkontakt er vanlig praksis for fullbårne barn, der barnet blir lagt direkte på mors bryst etter fødselen. Denne forskningen vil potensielt kunne endre dagens nyfødtebehandling der fokuset på den tidlige tilknytningsprosessen er sentral (Current Research Information System in Norway, 2018; Kristoffersen, et al., 2016). Dette viser at kenguruomsorgsmetoden fortsatt er relevant innenfor forskning på premature barn, og det er derfor mye som tyder på at metoden fortsatt har uoppdaget potensial som behandlingsmetode.

## 1.1 Oppgavens hensikt

Denne oppgaven vil handle om tilknytning, hvilke følger som kan oppstå ved mangel på eller utrygg tidlig tilknytning, og hvordan sykepleier arbeider for å tilrettelegge for god tilknytning gjennom tiden på sykehus. Oppgaven handler også om helsefremmende stimulering med kenguruomsorgsmetoden som bakgrunn. Kengurumetoden er en anerkjent metode brukt på de fleste fødeavdelinger verden rundt, som går ut på hud-til-hud kontakt for å sikre en tidlig tilknytning mellom foreldre og barn. I forskning blir ofte begrepet hud-til-hud-kontakt brukt som et annet uttrykk for samme metode.

Det vil handle om foreldre som par, men også med individuelt fokus på mor og far hver for seg i enkelte temaer. Ofte er det morsrollen som får mest fokus i forskningen, men det er viktig å ikke utelate far, da han også er en likeverdig del av familien og går gjennom flere av de samme opplevelsene som mor.

Jeg synes det er spennende og utforske den tidlige tilknytningen mellom foreldrene og det nyfødte barnet, da dette kan ha svært stor innvirkning på barnet senere i livet. Det at de første timene av et barns liv kan ha slike ettervirkninger er noe jeg finner veldig interessant. Som sykepleier er vi der fra første stund, og har en sentral rolle for å tilrettelegge for optimal tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre. På bachelorutdanningen i sykepleie har vi dessverre svært lite om pediatri og pediatriisk sykepleie. Dette er et felt jeg ikke er alene om å ønske at vi hadde mer om i utdanningen, og derfor benyttet jeg meg denne anledningen til å fordype meg i emnet, da det er noe jeg også kunne tenke meg å arbeide med i fremtiden.

## **1.2 Problemstilling**

”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kenguruomsorgsmetoden tilrettelegge for trygg tilknytning mellom det premature barnet og dets foreldre”

## **1.3 Målgruppe, kontekst og avgrensning**

Målgruppen for oppgaven er premature barn og dets foreldre. Jeg har avgrenset til premature barn født i gestasjonsuke 28-36, da dette går igjen i utvalget i flere av forskningsartiklene som har blitt funnet. Barn født før uke 28 regnes som ekstremt premature, og er ikke en del av målgruppen for denne oppgaven. Hos ekstremt premature barn kan tilstanden være så kritisk at de ikke vil tåle forflytning fra kuvøsen, da de vil kunne ha stor risiko for blant annet hjerneblødning.

Det finnes to ulike avdelings-modeller for nyfødttintensiv behandling i Norge. Henholdsvis den tradisjonelle sykehusavdelingen med flere kuvøser plassert i samme rom, som vil innebære at foreldrene kommer tidlig på morgenen og er der stort sett hele dagen. Den andre

typen er en nyfødttintensivavdeling basert på familierom, der foreldrene er sammen med barnet sitt hele døgnet og fungerer som en større del av behandlingen. Fokuset for oppgaven er ikke på en spesiell type avdeling, men begge typer avdelinger vil bli skrevet om og sammenlignes gjennom oppgaven. Sykepleier arbeider med den hensikt å skape best mulige vilkår for modning, vekst og pleie for barnet, samtidig som fokus på familiebasert omsorg en sentral del av det daglige arbeidet, uansett hvilken type avdeling en jobber ved.

På grunn av begrenset omfang for oppgaven, har enkelte avgrensninger blitt nødt til å settes. Oppgaven vil derfor ikke handle om eller ta hensyn til kulturelle forskjeller, selv om dette er noe en vil møte på flere sykehusavdelinger. NIDCAP-modellen (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) vil bli nevnt, men tar ikke en sentral del av oppgaven, da det å skulle gå i dybden på dette vil være for omfattende i forhold til oppgavens omfang. Heller ikke amming vil ta stor del av oppgaven, selv om dette er en naturlig måte for mor å knytte bånd til sitt barn. I mange tilfeller vil mor måtte pumpe ut melk, for så å gi denne melken via sonde eller flaske, før amming vil tilstrebes når barnet har kapasitet og de rette forutsetninger for det. Temaet vil bli nevnt, men da i noe begrenset omfang.

I denne oppgaven vil den fysiologiske utviklingen som barnet gjennomgår etter en prematur fødsel nevnes, men ikke gås nevneverdig inn på. Det er viktig at sykepleieren har kompetanse og kunnskap om den fysiologiske utviklingen hos et prematurt barn, og hvilke hensyn som må tas og hvilke tiltak som iverksettes. På grunn av oppgavens begrensninger i forhold til størrelsesomfang, vil det derfor ikke gås konkret inn på dette.

Jeg har selv ikke egne erfaringer med å jobbe på nyfødttintensiv avdeling, så informasjonen har blitt brukt har jeg tilegnet med via faglitteratur, forskningslitteratur, og enkelte medieoppslag. Det kan derfor ha skjedd endringer eller utvikling som ikke er blitt gjort allment og som jeg dermed ikke har kunnskap om på dette tidspunkt.

## **1.5 Oppgavens gang**

Først vil et kapittel med det teoretiske kunnskapsgrunnlaget med relevante temaer for problemstillingen bli presentert. Deretter vil metoden brukt til å finne litteratur og forskning presenteres, før ulike temaer vil bli drøftet opp mot problemstillingen. Dette vil igjen danne grunnlaget for oppgavens avslutning og konklusjon.

## 2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil utvalgte emner basert på teoretisk kunnskap bli presentert. Teorien er i all hovedsak hentet fra faglitteratur, og vil danne grunnlag for videre drøfting av problemstillingen.

### 2.1 Prematuritet

Et prematurt barn defineres ved at det er født før svangerskapsuke 37 (Haugan & Tryti, 2009). Det å bli født for tidlig vil innebære å miste livmorens beskyttende omgivelser, i en verden der stimuli kan virke overveldende. Premature barn blir utsatt for høyt stressnivå, og ofte har de flere lidelser eller tilstander knyttet til ufullstendig utvikling. Et prematurt barn har ikke utviklet muligheten til å håndtere og selektere ut stimuli, noe som kan raskt kan føre til stress. De har ofte et stort behov for ulik medisinsk behandling og kontinuerlig overvåkning. Premature barn har i tillegg stor risiko for sykdommer, infeksjoner, respirasjonsvansker da lungene ikke er fullt utviklet, hjerneskader samt andre tilstander (Sandtrø, 2009). Et prematurt barn blir født før utviklingen i fosterlivet er ferdig, og den videre utviklingen vil skje utenfor livmoren. Omsorg som er utviklingstilpasset er derfor essensielt, og vil kunne fremme barnets fysiske og psykiske helse (Sandtrø, 2009), da det å bli født prematurt vil også innebære konsekvenser for den kognitive og sosio-emosjonelle funksjonen (Johnson, 2013). Gode sosiale funksjoner er viktig for å opprettholde helse og velvære, da et sosialt felleskap innebærer «å høre til». Dette er grunnleggende hos mennesker, da vi identifiserer oss med andre personer som er viktige for oss. Gode sosiale funksjoner vil også fremme utviklingen som gjør oss til selvstendige individ (Grønseth & Markestad, 2011). For at barnet skal kunne oppnå optimal vekst og utvikling er det også sentralt at barnet får i seg nok næring, og at det er et næringsoverskudd (Steinnes, 2009).

Hos et ekstremt prematurt barn eller et ustabil prematurt barn vil intensivbehandling og overvåkning ha høyeste prioritet. Hud-til-hud kontakt og da helst gjennom kengurumetoden, vil tilstrebes og gjennomføres så snart det gjør seg mulig. Et barn som ikke er født til termin vil dog ikke alltid ha muligheten til å ligge på mors bryst i intensivfasen, men mors eller fars varme hender kan være en måte å vise omsorg og knytte kontakt til sitt nyfødte, premature barn og på. Slik vil de kunne ivareta barnets behov for hudkontakt, som er et grunnleggende behov hos det premature barnet (Steinnes, 2009).

## 2.2 Tilknytningsteori

Tilknytningsteori basert på følelsesmessig tilknytning til omsorgsgiver ble utviklet av den britiske barnepsykiateren og psykoanalytikeren, John Bowlby (1907-1990). Han forstod tilknytning som en prosess som er med på å skape et psykologisk bånd mellom mor og barnet. Mors respons på barnet som gir signaler om søken etter beskyttelse, trygghet og trøst, er avgjørende for tilknytning og kvaliteten på denne. Han fant ut at denne følelsesmessige tilknytningen har fundamental betydning for barnets psykologiske utvikling. Han observerte at mangel på tidlig tilknytning vil være traumatisk for barnet. Bowlby la grunnlaget for den holdningen vi har i dag, at foreldre er delaktige og er tilstede i behandlingen til sine syke barn (Hammonds, 2012; Hart & Schwartz, 2009; Skre, 2017). Ravn (2009) forklarer hvordan foreldrenes evne til å være sensitive i sin omsorg er med på å legge grunnlaget for utviklingen av barnets emosjonelle bånd til foreldrene. Tilknytning er noe som er aktuelt og påvirker en gjennom hele livet. Tidlig tilknytning henger sammen med senere tilknytningsrelasjoner i voksen alder, slik som tilknytning til partner og egne barn (Steen, 2012).

Hensikten med tilknytning handler om at barnet skal ha en tilknytningsperson å søke til når barnet har behov for beskyttelse. Dette fører til at barnet opplever trygghet og får hjelp ut av farlige situasjoner. De erfaringene barnet har av tilknytning, vil så danne grunnlag for hvordan forholdet til andre mennesker gir i voksen alder. Når barnet opplever tilknytning som trygg og stabil fra omsorgspersonen eller omsorgspersonene, vil barnet dermed opparbeide seg gode måter å forholde seg til andre mennesker til videre i livet. Dette virker altså også motsatt ved usikker tilknytning. Erfaringene barnet har fra sin egen tilknytning til sine omsorgspersoner, er altså med inn i voksenlivet og til senere relasjoner og måter å forholde seg til andre mennesker på (Håkonsen, 2014).

Håkonsen (2014) forklarer videre hvordan barn med nære og varme relasjoner til sine foreldre, vil ha lettere for å danne nye relasjoner til venner og andre lekekamerater. De vil også ha en større evne til å gjennomgå og takle utfordrende situasjoner i voksenlivet. Barna vil også ha lettere for å uttrykke egne følelser og utvise større grad av empati gjennom å forstå andres tanker og følelser.



Tilknytning som preges av utrygghet og usikkerhet, vil kunne svekke evnen til selvrefleksjon, i tillegg til vanskeligheter med å forstå andre mennesker. Barn som har opplevd svikt i sin relasjon til omsorgspersoner, mangler den grunnleggende tryggheten vi etterstreber i de første leveårene. Disse barna vil senere kunne utvikle personlighetsforstyrrelser og kan være sterkt preget av frykt og usikkerhet. Selvtilliten kan være lav eller manglende. Evnen til å forholde seg til andre mennesker kan bli mangelfull, og empati ovenfor andre mennesker kan være dårlig eller fraværende (Håkonsen, 2014).

### **2.3 Kenguruomsorg**

Kenguruomsorg er en metode som ble innført i Colombia på 70-tallet. Metoden ble innført på grunn av mangel på kuvøser og fulle sykehusavdelinger. Da skulle barnet ligge hud-mot-hud i kenguruposisjon mellom mors bryster 24 timer i døgnet. Det viste seg at dette ga uventede fordeler for disse barna; temperaturen stabiliserte seg, vektøkningen ble bedre, stress hos mor ble redusert, og barnet fikk bedret kognitiv utvikling og fikk en bedret tilknytningsprosess med mor (Steinnes, 2009). I Norge vil kenguru-metoden i utgangspunktet være supplerende til annet utstyr og medisinsk kompetanse, men metoden er svært så viktig da det er med på å gjøre nyfødtsorgen mer human. Det gjør også foreldrene mer delaktige i barnets omsorg og styrker deres foreldrerolle, samt deres opplevelse av mestring (Steinnes, 2009).

Kenguru-metoden har fordeler både på kort og på lang sikt. På kort sikt stabiliseres fysiologiske mål der og da. Temperaturen og respirasjonen stabiliseres, og oksygenmetningen i blodet øker. Videre vil barnet oppleve umiddelbar trygghet og omsorg ved nærhet til sine foreldre. På lengre sikt vil metoden kunne fremme amming, da det øker morsmelkproduksjon. Samtidig vil økt forekomst av amming gi mestring hos mor, og det er en anledning for mor å knytte seg til barnet sitt. Ved å ta i bruk kengurumetoden vil foreldrene kunne utvikle en større omsorgsevne som er mer beskyttende og nærende ovenfor barnet, da det reduserer stress hos foreldrene (Steinnes, 2009). Kenguruomsorg vil kunne gi foreldrene en mulighet til å tidligere bli kjent med barnet sitt ved utførelse av metoden. For barnet vil metoden føre til forbedret vektutvikling, da det opplever lengre perioder med dyp søvn som fører til energisparing som igjen fører til bedre vekst og utvikling. Videre vil dette kunne føre til tidligere hjemreise for familien (Steinnes, 2009).

I dag kan kengurumetoden utføres av både mor og far, men også andre familiemedlemmer. Det kan og har blitt implementert på forskjellige måter, enten ved at det utføres ved at barnet får hud-til-hud kontakt 24 timer i døgnet, eller ved at det blir brukt som en avlastning og utføres sporadisk når det passer for barnet eller foreldrene. Metoden bør helst anvendes i minst to timer om gangen, da dette er med på å stimulere mors melkeproduksjon som igjen vil fremme amming (Charpak, refert i Steinnes, 2009).

## **2.4 Foreldre til et prematurt barn**

For foreldre vil en prematur fødsel kunne føre med seg en viss grad av stress og bekymringer, og det ble kanskje ikke det svangerskapet eller den fødselen som de hadde sett for seg. De kan være preget av skyldfølelse og de kan bli svært redde for sitt nyfødte barn, i tillegg til at de går en uviss tid i møte. De er mest sannsynlig ikke forberedt psykologisk eller fysiologisk, ei heller med tanke på det praktiske. Har mor forut for fødselen vært innlagt til observasjon for eksempel på grunn av komplikasjoner kan foreldrene ha fått forberede seg bedre enn om det skjer akutt. Da vil de kunne forberedes med samtale med barnelege og få omvisning på avdeling, og de stiller derfor bedre mentalt forberedt (Haugan & Tryti, 2009). Det vil likevel være vanskelig for foreldrene uansett hvordan situasjonen har vært. Foreldrene må overlate ansvaret for barnet til andre, og dette strider mot det som føles naturlig. De kan kjenne seg hjelpeløse og må våge å stole på at sykepleierne gjør alt de kan for å ta vare på deres barn.

Mor og far vil kunne ha forskjellige måter å reagere på. Fedrene har andre reaksjonsmønstre og behov enn mødre. For eksempel kan fedrene ha et behov for å føle at de også er til nytte i situasjonen, enten ved å støtte mor eller ved å utføre spesifikke oppgaver knyttet til barnet. Mødrene vil gå fra opplevelser der de føler seg fremmedgjort, og opplevelser av desperasjon og sorg. Separasjonen de opplever etter fødsel gjør at de ikke føler seg som mødre. Etterhvert vil dette endres og morsfølelsen vil kunne stige samtidig som opplevelsen av kontroll stiger (Tandberg, 2009).

## **2.5 Sykepleiers funksjonsområder**

Sykepleier som jobber på nyfødteintensiv avdeling har flere sentrale funksjoner, funksjoner

ovenfor barnet, foreldrene og avdelingen. Ovenfor barnet handler det om å ivareta barnets helse og sørge for best mulige vilkår for modning og vekst, og samtidig pleie barnet. Dette er en del av sykepleien der sykepleieren jobber med familiebasert omsorg, da også foreldre skal ivaretas og inkluderes i pleien av sitt barn. Dette gjør sykepleier gjennom formidling av kunnskap og veiledning (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon dreier seg om at mottakeren skal oppleve læring, utvikling og mestring. Det retter seg både mot pasient og pårørende, men hos denne pasientgruppen handler det også i stor grad om de pårørende som er omsorgspersonene til pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011).

Familiesentrert omsorg er en viktig tilnærming når et barn blir født prematurt. I tråd med NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) så handler det om å behandle barnet, men i tillegg det å ta vare på foreldrene og familien rundt. Dette er en modell som gir familien den omsorgen de har behov for. Det handler om å se at hvert menneske er unikt og vil ha spesielle behov. NIDCAP handler om å gi pleie til barnet, ut i fra barnets signaler å tilpasse pleien etter barnets utviklingsnivå (Sandtrø, 2009).

Sykepleieren tilrettelegger for at foreldrene kan oppleve tilknytning og mestring i pleien av sitt barn, og føle seg delaktige og klare å ta plass i en foreldrerolle i en ellers uventet situasjon. Sykepleien handler om å styrke samspillet mellom barnet og foreldrene, og har som mål at foreldrene gradvis vil kunne ta over omsorgen for sitt barn (Tveiten, 2000). Tandberg (2009) beskriver hvordan sykepleieren, for å kunne veilede foreldrene på en god måte, må være bevisst viktigheten av god kommunikasjon og det å gi informasjon til foreldrene. Det kan være hensiktsmessig med faste systemer for informasjonsutveksling for å unngå tilfeldigheter for hvilken informasjon som blir gitt, dermed kan en også få vurdert foreldrenes behov for informasjon.

## **2.6 Jus og etikk**

Innenfor nyfødtsomsorgen står barns rettigheter ved opphold på sykehus svært sentralt. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2, (1999) og Forskrift om barns opphold i

helseinstitusjon §6 (2000), er begge sentrale. Dette handler i korte trekk om barns rett til samvær med foreldre. Dette innebærer at helsepersonell er pliktig til å legge til rette for at det nyfødte barnet skal kunne ha samvær med sine foreldre (Forskrift om barns opphold i institusjon, 2000, § 6). Samtidig plikter helsepersonellet å avklare hva slags oppgaver foreldrene kan eller ønsker å gjøre for barnet sitt under oppholdet. Med dette innebærer det også at foreldrene har rettigheter; de har rett til å delta i pleien av sitt barn dersom dette er noe de ønsker (Forskrift om barns opphold i institusjon, 2000, § 6).

Som sykepleier har vi de yrkesetiske retningslinjene til grunn i vår praksis. Dette handler om sykepleierens grunnleggende verdier og beskriver hvordan sykepleierens praksis bør være. Sykepleier skal i følge de yrkesetiske retningslinjene blant annet ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg og lindre lidelse. Sykepleieren skal gjennom sin praksis fremme helse og forebygge sykdom. Sett i lys av prematuritet, vil dette handle om helhetlig omsorg ovenfor barnet, og ovenfor familien (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016).

Nyfødtmedisinen preges også av ulike etiske dilemmaer og problemstillinger. På nyfødtintensivavdelingen møter vi barn med komplekse situasjoner der prognose av behandlingen er usikker. En problemstilling kan for eksempel være om mor vil holde eller ordne med barnet sitt, når du som sykepleier ser at barnet er stresset og ikke vil ha godt av det. Det kan være noe hos et annet barn som trenger din oppmerksomhet eller hjelp fra flere sykepleiere. Etiske utfordringer i nyfødtsykepleien kan handle om alt fra utfordringer i samhandling med foreldre til kollegaer, til kompliserte etiske dilemmaer som kan resultere i liv eller død for de små, sårbare pasientene (Tandberg & Bjarkø, 2009).

### 3. Metode for oppgaven

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er litterær studie. Det blir brukt både fag- og forskningslitteratur for å kunne belyse oppgavens tema med relevant teori. Slik vil en kunne se problemstillingen med ulike perspektiver for å bidra til en helhetlig drøfting av problemstillingen. Ved å gjøre en litteraturstudie, har en mulighet til å se på forskning og faglitteratur, for så å sette dette opp mot hverandre og finne likheter, ulikheter og utvikling av et tema (Dalland, 2017).

Relevant litteratur har blitt funnet ved å bruke tilgjengelig faglitteratur, og gjennom strukturerte søk etter forskningsartikler på databasen CINAHL. Videre ble det avgrenset til siste ti år, fagfelleverdert og publisert forskning. Det ble også selektert bort artikler fra land som ikke er sammenlignbare med tanke på helsevesenet i Norge, da det som blir funnet også skal være overførbart til norske forhold.

Til denne litteraturstudien var det ønskelig å supplere med studier utført med longitudinell metode, da dette vil kunne gi et bedre bilde av langtids-effektene av tidlig tilknytning ved bruk av kenguruomsorgsmetoden. Det resulterte i et funn av tre artikler fra henholdsvis Israel, Colombia og et samarbeid mellom Russland og Sverige. Disse vil bli diskutert i oppgavens drøftingskapittel.

Det ble tatt i bruk PICO-skjema for å strukturere søket og identifisere og organisere de rette søkeordene. Deretter ble det foretatt to hovedsøk i databasen Cinahl.

Det ble brukt følgende mal for et strukturert søk, med anvendte søkeord:

		1.søk	2.søk
<b>1.</b>	<b>Pasientord 1</b>	<i>Premature infants</i>	<i>Infant</i>
<b>2.</b>	<b>Pasientord 2</b>	<i>Parents</i>	<i>Premature infants</i>
<b>3.</b>	<b>1 OR 2</b>		
<b>4.</b>	<b>Intervensjoner 1</b>	<i>Kangaroo Care</i>	<i>Attachment behavior</i>
<b>5.</b>	<b>Intervensjoner 2</b>	<i>Infant warmers (incubator)</i>	<i>Parent-infant bonding</i>

6.	4 OR 5		
7.	3 AND 6		
8.	Filter/avgrensing	2007-2017	2007-2017
9.	7 AND 8		
	Resultat	282 artikler. 17 artikler ble funnet relevante, og ble lest. Deretter ble 3 av disse funnet relevante for denne oppgaven og blir brukt i drøftingskapittelet.	487 artikler. 8 artikler ble funnet relevante, og ble lest. Deretter ble kun en artikkel funnet relevant for denne oppgaven. Dette er en systematisk review og blir brukt under teorikapittelet.

Videre er de fleste artiklene som blir brukt i oppgaven funnet via manuelle søk i referanselistene til de artiklene som ble lest under de opprinnelige søkene, i fagbøker og gjennom mer ustrukturerte søk på sykepleien.no, og Google Scholar. Det er også blitt brukt anerkjente nettsider til kunnskapsstoff, som for eksempel Lovdata, som er blitt brukt for å undersøke relevant lovverk. Norsk sykepleierforbund sine nettsider er blitt brukt for de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere.

### 3.1 Kildekritikk

I følge Dalland (2017) er kildekritikk nødvendig for å vise at en kan forholde seg kritisk til litteratur som brukes i litterære oppgaver. Det viser også evne til refleksjon, da en ser om litteraturen er relevant for å belyse ens problemstilling.

Av faglitteratur er det dessverre mye som er lite oppdatert, derav flere kilder fra for eksempel 2000 og 2009, i tillegg til faglitteratur av nyere dato. Det har derfor også blitt brukt en god del forskning for å oppnå en større andel av oppdatert og presis informasjon. Faglitteraturen som er blitt brukt er hentet fra skolens pensumlister, i tillegg til andre tilgjengelige bøker fra skolens bibliotek.

Artiklene brukt i denne litteraturstudien er utvalgt etter tone-prinsippet, da dette sier noe om artiklenes troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet. Det har blitt sett på artiklenes

troverdighet ut i fra hvor de er blitt publisert og om de har undergått kvalitetskontroll. Videre har de blitt vurdert til å være objektive artikler, da de ikke prøver å overbevise meg som leser noe, men har en grundig gjennomgang av intervensjonen eller forskningsobjektet hvor både med positive og mindre positive resultater er presentert. Videre ble det fokusert på å finne artikler av nyeste, mulige dato for å sitte med presise og oppdaterte forskningsresultater. Det blitt etterstrebet å finne nyeste forskning tilgjengelig på de ulike temaene, for å innhente mest mulig presis og oppdatert kunnskap. I utvalget ble det tatt sterkt hensyn til hvilke land artiklene stammer fra for å innhente mest mulig overførbar informasjon. I tillegg har artiklenes etiske hensyn blitt vurdert, spesielt med tanke på at barn er involvert i forskningen.

Artikkelen fra Colombia er tatt med på grunn av et omfattende og presist arbeid som viser fordelene kengurubehandlingen har hatt etter 20 år, selv om den stammer fra et land som etter antagelse ikke er direkte overførbar til norske forhold, men det er også i det landet metoden først ble utviklet. Artikkelen handler i stor grad om selve metoden og dens fordeler. Det kan være grunn til å anta at en slik human metode vil ha samme fordeler uavhengig av hvor den utføres.

Flere av artiklene som er blitt brukt i oppgaven er skrevet på engelsk, dermed kan det i oversettelsen ha forekommet feiltolkninger, eller i mangel på norske ord og uttrykk forståelser som kan være uriktige. Korrekt oversettelse og forståelse har blitt tilstrebet så godt som mulig ved å søke opp ord og uttrykk i ordlister og annen faglitteratur.

## 4. Presentasjon av forskningsresultater

Her vil forskningsresultater brukt for å belyse problemstillingen bli presentert. De er presentert etter hvilket år de er publisert, og deretter alfabetisk etter fornavn til første forfatter.

Forfatter, årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode og utvalg	Funn
Ksenia Bystrova, Valentina Ivanova, Maigun Edhborg, Ann-Sofi Matthiesen, Anna-Berit Ransjö-Arvidson, Rifkat Mukhamedrakhi mov, Kerstin Uvnäs-Moberg og Ann-Marie Widström. 2009	Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later	Birth	Evaluere og vurdere mulige langtidseffekter på mor-barn interaksjon etter praksis brukt på føde- og barselavdeling. Inkludert rutiner for å skille mor og barn, eller nærhet.	Prospektiv longitudinell design. Totalt 176 mødre med sine barn deltok i studien, som ble randomisert i fire forskjellige eksperimentgrupper.	Hudkontakt i 25 til 120 min etter fødsel, tidlig sugerefleks, eller begge har innvirkning på mor-barn interaksjonen ett år senere når sammenlignet med rutiner som inkluderer separasjon av mor og barn etter fødsel.
Ellen Sæter Hansen. 2010	Fødselen kom som et sjokk: Ni foreldrepars opplevelse av for tidlig fødsel	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning	Undersøke foreldrenes opplevelse av for tidlig fødsel, og hvordan dette påvirker samspillet i familien.	Kvalitative, semi-strukturerte intervjuer av ni foreldrepar.	Begge foreldre uttrykte sammenlignbare følelser knyttet til den for tidlige fødselen, men tok ulike roller i situasjonen.
Ylva Thernström Blomqvist, Christine Rubertsson, Elisabeth Kylberg, Karin Jöreskog og Kerstin Hedberg Nyqvist. 2012	Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role	Journal of Advanced Nursing	Hensikten med studien var å beskrive hvordan fedrene opplevde å utføre kengurumetoden til sine premature barn.	Individuelle intervju med syv fedre, som ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.	Fedrene beskriver hvordan kengurumetoden fører til at de er en viktig deltaker i pleien til barnet, og anser nærhet til barnet sitt som svært viktig
Bente Silnes Tandberg, Hege Pettersen Sandtrø, Mari Vårdal og Arild Rønnestad. 2013	Parents of preterm evaluation of stress and nursing support	Journal of Neonatal Nursing	Evaluere foreldrenes stressnivå fra de innskrives til utskrivning, for å se om det var signifikante endringer i løpet av oppholdet, og hvilke variabler som førte til stress.	Beskrivende, komparativ undersøkelsesdesign der 82 foreldre (41 mødre og 41 fedre) deltok i studien.	Det kunne ikke finnes forskjeller knyttet til kjønn når det gjaldt opplevelsen av støtte fra sykepleier. Begge foreldrene hadde høyt stressnivå når det gjaldt barnet. Noen opplevde stress relatert til foreldrerollen og tilpasningen til å ta



			De ønsket også å undersøke forskjeller relatert til foreldrenes kjønn, når det gjelder erfaringer knyttet til stress og støtte fra sykepleier når barnet er på nyfødtintensiv avdeling.		denne rollen. Det var få som opplevde stress relatert til miljøet med tanke på de de så og hørte. Resultatene tyder på at sykepleierens kommunikasjonsferdigheter er essensielt når det gjelder pleien av premature barn og dets foreldre.
Ruth Feldman, Zehava Rosenthal og Arthur I. Eidelman. 2014	Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiological organization and cognitive control across the first 10 years of life	Biological psychiatry	Evaluerer langtidseffektene av fysiologiske systemer som stress-reaksjon, autonomisk funksjon, søvnmønster og kognitiv og atferdskontroll, når barnet blir eksponert for hudkontakt med mor etter fødsel, i stedet for separasjon.	Prospektiv longitudinell. Totalt 146 barn er med i studien. 73 barn i hver gruppe. Intervensjonsgruppen med kenguruomsorg i 14 dager, sammenlignet med 73 barn som får standard behandling med kuvøse. Deretter ble de fulgt opp syv ganger til barna ble ti år.	Kengurumetoden forbedret autonome funksjoner som respiratorisk sinusarytmi. Metoden virket også positivt inn på mors tilknytningsatferd og reduserte angst hos mor. Barnets kognitive utvikling og utøvende funksjoner ble bedre. Ved ti års alder viste barna redusert stressrespons, bedre organisert søvn og bedre kognitiv kontroll.
Synnøve Drejer, og Dag Vegard Skjelstad. 2014	Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer.	Tidsskrift for Norsk Psykologforening	Å undersøke hvordan foreldrene til premature barn opplever bruken av heldøgns kenguruomsorg og personalets veiledning.	Kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode i form av spørreskjema og dybdeintervju. 30 familier ble inkludert i studien.	Hovedfunn: de fleste foreldrene var fornøyde med bruken av kenguruomsorg, metoden innvirket positivt på forholdet mellom foreldrene og barnet.
BK Srinath, J Shah, P Kumar og PS Shah. 2016	Kangaroo care by fathers and mothers: comparison of physiological and stress responses in preterm infants	Journal of Perinatology	Sammenligne fysiologiske og biokjemiske responser hos stabile premature og deres foreldre under kenguru utført av mor vs far.	Prospektiv sammenligningsstudie av premature født før uke 35. Hjerterytme, temperatur, blodtrykk, oksygenmetning og cortisol nivå ble målt før og etter utførelsen av kengurumetoden. De målte også hjerterytme, temperatur og cortisolnivå hos foreldrene før og etter. Deretter ble dette sammenlignet.	Det ble ikke funnet forskjeller i de vitale målene til barnet ut fra hvilken forelder som utførte kengurumetoden.
Emma Olsson, Mats Eriksson og Agneta Anderzén-Carlsson. 2017	Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood	Journal of Pediatric Nursing	Gjennom dybdeintervjuer vil forskerne finne ut om: - Fedrenes følelser knyttet til opplevelsen	20 fedre ble intervjuet med semi-strukturerte intervju. Intervjuene ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse, for å identifisere	Fedrenes samlede erfaringer med kengurumetoden var positive. De opplevde det både med glede, men også utfordring. De følte seg mer inkludert, og like

	– A Qualitative Study from Fathers’ Perspective		med kengurumetode n - Det fysiske miljøet på nyfødttintensiv - Opplevelse av de ansattes holdning - Om kengurumetode n hadde innvirkning på forholdet til partneren og andre barn i familien	gjentakende temaer og mønstre.	viktig som mor da kengurumetoden og kravene som ble stilt til dem ved en for tidlig fødsel hjalp dem med å oppnå mer likeverdighet mellom foreldrene.
Karen Moe, Anne Valen- Sendstad Skisland og Ulrika Söderhamn. 2017	Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn	Sykepleien forskning	Å beskrive sykepleieres erfaringer med hva som er viktig i møtet og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn.	Kvalitativ metode, fenomenologisk tilnærming. Fem sykepleiere ble individuell intervjuet.	Det er avgjørende å etablere en relasjon basert på empati. Resultatene understreker at sykepleiere har ansvar for å etablere en empatisk relasjon, og å møte hver enkelt forelder der de er i prosessen for å hjelpe dem å mestre den sårbare livssituasjonen de befinner seg i.
Nathalie Charpak, Rejean Tessier, Juan G. Ruiz, Jose Tiberio Hernandez, Feilipe Uriza, Julieta Villegas, Line Nadeau, Catherine Mercier, Francoise Maheu, Jorge Marin, Darwin Cortes, Juan Miguel Gallego og Dario Maldonado. 2017	Twenty- year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care	American Academy of Pediatrics	Oppfølgingsstudie, for å undersøke om tidligere resultater fortsatt er synlige i ungdomsårene.	Longitudinell, retrospektiv oppfølgingsstudie, der barn som var med i studien med kengurumetoden som intervensjon 20 år tidligere, igjen blir vurdert for å se tilstedeværelsen av tidligere resultater.	Effektene av kengurumetoden som var tilstede ved ettårsalder, er fortsatt gjeldende 20 år senere. Det konkluderes med at kengurumetoden bidrar til signifikante langtidseffekter på sosiale og beskyttende faktorer 20 år etter intervensjonen.

## 5. Drøfting

Som vi ser av det teoretiske grunnlaget, preges nyfødtsomsorgen av mange ulike aspekter. Hovedfokuset er hos det nyfødte, sårbare barnet og deres foreldre. Sykepleieren jobber for å skape best mulige vilkår for vekst og modning hos barnet, med bakgrunn i hvilken utviklingstilpasset omsorg barnet trenger. Dette bør gjøres i et tett samarbeid med foreldrene til barnet. Med dette som bakgrunn, har denne oppgaven fokusert på problemstillingen: ”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kenguruomsorgsmetoden tilrettelegge for trygg tilknytning, mellom det premature barnet og dets foreldre”.

### 5.1 Betydningen av tidlig, trygg tilknytning

Håkonsen (2014) sier at tidlig, trygg tilknytning er viktig for barnet på grunn av opplevelsen der og da, men også at det har mye å si for fremtiden og senere tilknytningssituasjoner. Forskeren Bowlby var antageligvis den første med å antyde en sammenheng mellom tilknytning og senere utvikling av relasjoner. Bowlby mente at tilknytningen hos det nyfødte barnet oppstår i relasjonen til en omsorgsfigur, som kan beskytte og gi sikkerhet (Hart & Schwartz, 2009). Barn med nære og varme relasjoner til sine foreldre, vil ha en større evne og kapasitet til å gjennomgå og håndtere utfordrende situasjoner senere i livet. Det setter dem også i stand til å forstå andres tanker og følelser og vise empati (Håkonsen, 2014).

En trygg tilknytning avfører høy selvtillit, mindre hjelpeløshet og større beredskap til å inngå i tilfredsstillende relasjoner med andre mennesker, som utgjør en trygg base som man kan undersøke verden ut fra og søke tilbake til når man blir urolig, engstelig eller trett. (Hart & Schwartz, 2009, s. 67)

Flere longitudinelle studier viser hvorfor det tidlige samværet mellom mor og barn er viktig, og hvilke fordeler kenguru-metoden har på lang sikt. Bystrova et al., (2009) viser at kontakt mellom mor og barn gjennom hud-til-hud kontakt, utført i de to første timene etter fødsel hadde signifikant fordel for mors sensitivitet, barnets evne til selvregulering og irritabilitet, samt for gjensidig samspill da barnet var ett år. Derom hud-til-hud kontakt ikke var en del av intervensjonen, ville de barna som lå i mors armer med klær, men som hadde tidlig sugerefleks kunne kompensere for manglende hudkontakt. Hos mødrene til barna som ble svøpet etter fødsel, førte det til lavere følelsesmessig involvering til barnet, samtidig som det hadde negativ effekt på samspillet i form av manglende gjensidig respons. Grønseth og

Markestad (2011) påpeker viktigheten av at foreldrene er var på de signalene barnet gir, og responderer på disse. Det å trøste det gråtende barnet er et eksempel på slik gjensidig atferd som er viktig for et godt samspill.

Videre viser Feldman, Rosenthal og Eidelman (2014) hvordan kengurumetoden øker moderlig tilknytningsatferd etter fødsel, reduserer angst hos mor og forbedrer barnets kognitive utvikling og utøvende funksjoner. Ved ti års alder viste barna i kengurugruppen mindre aktiv stressrespons, bedre organisert søvn og bedre kognitiv kontroll enn barna i kontrollgruppen. Kengurumetoden økte også barnets autonome funksjon, med økt respiratorisk sinusarytmi (Feldman et al., 2014). Dette innebærer at hjertet slår litt raskere på innpust enn på utpust, som kan stabilisere blodtilførselen til kroppen, som igjen er et tegn på et friskt hjerte (Elstad, 2015). Feldman et al., (2014) fant videre en sammenheng mellom respiratorisk sinusarytmi og mors moderlige atferd. Dette viste seg å være dynamisk og gjensidig over tid, dette førte til forbedret fysiologi, forbedret utøvende funksjoner og større gjensidighet mellom mor og barn.

I en nyere studie viser Charpak et al., (2017) til hvordan kengurumetoden 20 år intervensjonen først ble tatt i bruk, fortsatt hadde langvarig effekt på sosial og atferdsmessig beskyttelse. Det studien ikke kunne vise var fordeler når det gjaldt barnets IQ fra intervensjons- til kontrollgruppen. Likevel hadde barna i intervensjonsgruppen lavere skolefravær. Studien viser også at flere barn i kenguru-gruppen bodde hjemme hos foreldrene, og satt dette i sammenheng med fars deltakelse av pleien til barnet i løpet av barnets første leveår. Dette hadde videre sterk relasjon med familiestabiliteten 20 år senere med tanke på skilsmisse hos foreldrene. Kenguru-familiene hadde et mer stimulerende, men også beskyttende hjemme-miljø. Dette handler i stor grad om dedikasjonen hos foreldrene som starter med kenguru-metoden, men som blir en permanent faktor hos foreldrene. Ved 20 år var barna i kengurugruppen mindre aggressive, mindre impulsive og hyperaktive. De viste også bedre utvikling av sosial atferd, som kan assosieres med samværet barnet hadde med mor etter fødsel.

Resultatene fra disse studiene viser at det er mye som tyder på at kenguruomsorgs-metoden er med på å skape god tilknytning mellom foreldre og barnet, og dermed er med på å skape en sunn og riktig utvikling for barnet. De synliggjør viktigheten av den tidlige kontakten mellom det premature barnet og sine foreldre. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om dette

og anvender metoden i samarbeid med foreldrene. Studiene viser også det at dersom barnet blir lagt tidlig på mors bryst, hud til hud, vil det ha en rekke positive effekter som bedre selvregulering av følelser og lavere irritabilitet (Bystrova, et al., 2009), mindre aggressivitet og hyperaktivitet, samt at barna hadde bedre impuls kontroll (Charpak, et al., 2017). I tillegg er det mye som tyder på det at barnet legges hud-til-hud er noe av det essensielle ved metoden, mens det å bli svøpt eller påkledd og lagt hos mor, ikke ville ha den samme virkningen. Tvert i mot fant Bystrova, et al., (2009) at det ville kunne ha en negativ effekt på den gjensidige responsen mellom mor og barn. Dette vil bety at mor ikke klarer å tolke de signalene barnet gir, og dermed ikke klarer å få barnet til å oppleve trygghet og omsorg.

Med Bolwby sin forståelse av tilknytning, sett opp mot forskningsresultatene disse studiene bringer på banen, tyder det på av sykepleieren har en viktig jobb med å legge grunnlaget for samarbeidet mellom sykepleier, foreldre og barn. På den måten vil sykepleieren hjelpe barnet til å oppnå en trygg tilknytning til sine foreldre, som vil danne grobunn for videre relasjoner barnet vil møte.

## **5.2 Sykepleierens møte med familien på nyfødtingintensiv avdeling**

Når sykepleier møter foreldrene etter en prematur fødsel, er de svært sårbare. De kan være i en vanskelig situasjon som krever både mye av sykepleieren og av foreldrene. Kanskje ble ikke fødselen slik de hadde planlagt, eller kanskje de var forberedt på at det ble en tidlig fødsel. Uansett vil dette kreve mye av foreldrene, og en del av sykepleierens jobb er å opparbeide et tillitsforhold preget av respekt ovenfor den andre partens følelser og behov. Et forhold med god tillit er essensielt for å oppnå et godt samarbeid (Tandberg, 2009). Tilliten foreldrene har til sykepleieren handler om kvaliteten på det faglige arbeidet og sykepleierens væremåte. Det igjen handler om å opptre empatisk og vise respekt for den andre part. Sykepleierens uttrykk for empati vil kunne være avgjørende for å forstå den andres situasjon og opplevelser, og slik vil foreldrene kunne føle seg ivaretatt. Dette er en forutsetning for et godt samarbeid, som likestiller partene. I følge Odland (2014) vil et jeg-du-forhold mellom sykepleieren og pasienten skape et forhold som likeverdige subjekter som har et felles mål som er til pasientens beste. I dette tilfellet vil foreldrene være en forlengelse av selve pasienten, siden pasienten ikke har forutsetninger for å klare seg selv.

Videre er det flere aspekter som sykepleieren må ha med seg i det daglige arbeidet, for å få til et godt samarbeid med foreldrene. På denne måten vil utførelsen av kenguruomsorg kunne bli en positiv opplevelse for foreldrene, der mestring og mulighet for å knytte bånd til sitt barn er i sentrum.

Moe, Skisland og Söderhamn (2017) bekrefter gjennom sin studie at det å etablere en relasjon basert på empati er sentralt. Slik vil foreldrene oppleve å bli sett og hørt, og det gir et rom for gjensidig informasjonsutveksling. For foreldre i denne situasjonen er også det å føle mestring verdiskapende og et grunnleggende mål med foreldrenes deltakelse i pleien. Sykepleierens oppgave vil være å fremme mulighet for å kunne oppnå slik mestring, og rose foreldrene for oppgaver de håndterer godt. Når disse aspektene er med i møtet med foreldrene gir det mulighet for gode samtaler og et godt samarbeid (Moe et al., 2017).

Ved å vise empati, vil det kunne gjøre at foreldrene tør å være mer fortrolige og åpne seg opp om det som er vanskelig. Kanskje er dette spesielt viktig for mennene. Fedrene kan foretrekke å ordne opp selv når noe er vanskelig. Noen kan ha vanskelig for å si at de har behov for emosjonell støtte, ikke klarer å sette ord på at det er det de trenger, eller har behov for støtte på en annen måte enn mødrene (Tandberg, 2009). Som sykepleier er det derfor viktig å se paret som en, men også hver forelder separat. Se hva den enkelte har behov for av støtte, og identifisere dette tidlig. Det kan være et behov for individuelle samtaler med hver av foreldrene. Fra psykiatrien kjenner vi til at det å gå med innestengte følelser over lang tid, kan være en kilde til stress, angstliknende symptomer eller lite hensiktsmessige tankemønstre (Hummelvoll, 2012). Derfor oppfordres det til tidlige, planlagte samtaler mellom sykepleier og foreldrene.

Som tidligere nevnt er det en sentral sykepleieoppgave å hjelpe foreldrene med å utføre og mestre pleie av sitt eget barn. Dette gjøres gjennom støtte, undervisning og veiledning (Grønseth & Markestad, 2011). Sammen med foreldrene utgjør helsepersonellet et team, som sammen samarbeider om å skape best mulig vilkår for modning, vekst og god pleie av barnet. Sykepleieren må veilede foreldrene i å tolke barnet signaler, som kan være annerledes enn fullbårne barn sine signaler. Dette er viktig for å unngå over- eller understimulering, som igjen vil gi best mulige vilkår for vekst og utvikling. Fra Bystrova, et al., (2009) sin studie ser en hvordan det å kunne tolke barnets signaler og agere på disse vil være med på at barnet

opplever trygghet og omsorg, og dermed bidrar til en trygg tilknytningsopplevelse som sykepleieren bør etterstrebe. På denne måten jobber sykepleieren med helsefremmende arbeid, da vi vet at riktig stimulering ut i fra barnets utviklingsnivå vil kunne bidra til bedre helse ved å redusere faren for komplikasjoner og mulige senskader. I tråd med NIDCAP-modellen er det nettopp dette som er sentralt. Ved å lese barnets kroppsspråk, kan en respondere på de behov eller signaler som barnet prøver å formidle, og på den måten individuelt tilpasse stimuli ut i fra barnets sårbarhet og modenhetsnivå (Sandtrø, 2009).

For at det skal være en arena hvor foreldrene kan fremme sin mening, og være sentrale i pleien av sitt nyfødte barn, er rolleavklaring viktig. Det burde være definerte roller og oppgaver, som ikke er basert på tilfeldigheter. Foreldrene skal føle seg viktige i pleien, og det er her familiesentrert omsorg kommer inn. Foreldrene er barnets viktigste omsorgspersoner og at de føler mestring er derfor en helt sentral del av pleien. Det vil være ulikt fra familie til familie hvordan foreldrene fordeler roller og oppgaver, og hver familie må alltid sees individuelt. Det som fungerer for en familie, fungerer kanskje ikke for en annen. Sykepleieren må være åpen til foreldrenes valg av fordeling og respektere dette. Det sykepleieren kan gjøre, er å gi foreldrene mulighet til å reflektere over sine roller, gjennom samtaler. Dette er en arena der sykepleieren kan stille spørsmål, observere og veilede. Dette kan videre gi et grunnlag for utvikling av individuelle planer for oppgavefordeling; hvilke oppgaver hver av foreldrene kan ha og hva som er sykepleieoppgaver, og når eventuelt en sykepleieoppgave kan overføres til en foreldreoppgave gjennom undervisning og veiledning. Sykepleieren må aktivt inkludere foreldrene slik at de får en mulighet til å tilegne seg kunnskapen og lære, for så etter hvert å kunne gjøre oppgaver selvstendig. Ved å ha delaktige foreldre vil de også kunne lære sitt barn å kjenne bedre i ulike situasjoner, som tidligere nevnt vil denne tolkningen av signaler være viktig for å kunne oppnå optimal pleie (Tandberg, 2009).

For at også fedrene skal kunne føle seg inkludert i pleien og for å knytte bånd til sitt barn, er kenguru-metoden med hud-til-hud kontakt en fin anledning til å oppnå tilknytning. Dette vil kunne føre til at fedrene tar en rolle hvor de kan føle seg like viktige som mor (Olsson, Eriksson, & Andérzen-Carlsson, 2017).

Forskning viser at barnet ikke viser fysiologiske forskjeller om kengurumetoden blir utført av mor eller far. Forhøyet stressrespons hos barnet kunne heller ikke sees (Srinath, Shah, Kumar, & Shah, 2016). Dette viser at far så vel som mor trygt kan utføre metoden. Det faller kanskje

ikke helt naturlig for foreldrene å ta initiativet til dette selv, og det vil være en oppgave for sykepleieren og inkludere far. Sykepleieren må likevel se an familien og ta hensyn til deres ønsker og deres rollefordeling, men det er viktig at sykepleieren informerer familien om at det er like trygt om far utfører metoden. Dette vil legge til rette for at far også kan oppnå mestring i situasjonen, i tillegg til å utvikle en sunn tilknytning til barnet sitt. Andre studier viser hvordan kengurumetoden utført av far hjelper far til å oppleve tilknytning og selvsikkerhet i farsrollen (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jöreskog, & Nyqvist, 2012). Fedrene beskriver her hvordan kengurumetoden førte til at de opplevde seg som en viktig deltaker i pleien til barnet, og de anser nærhet til barnet sitt som svært viktig for å kunne tre inn i farsrollen. De beskrev opplevelsen av å holde barnet som noe helt annet enn å kun se barnet ligge i kuvøsen. Fedrene beskrev en følelse av varme, både med tanke på fysisk varme, men også varme i en følelsesmessig betydning, og de opplevde at kjærligheten mellom barnet og seg selv ble sterkere. Videre beskrev enkelte fedre hvordan kengurumetoden virket angstdempende og hjalp dem til å lette på stressende tanker og bekymringer om arbeid og livet rundt. Flere benyttet anledningen som et avslappende øyeblikk der det bare var han og barnet, hvor de selv også kunne få hvile. Fedrene beskrev det som en opplevelse av å gradvis gå inn i farsrollen og kunne utføre en større del av pleien, der de tilslutt kunne løfte barnet ut av kuvøsen for å kunne utføre kengurumetoden selvstendig, for så å kunne legge barnet tilbake når det var nødvendig. Dette økte selvtilliten som igjen førte til at de var mer avslappet og trygge under utførelsen av metoden. Dette er med på å vise akkurat hvor viktig det er at sykepleieren oppmuntrer far til å bli inkludert i pleien og utførelse av kengurumetoden fra starten av. På lengre sikt vil dette kunne være med på å bringe familien sammen, og opprettholde et stabilt familiemiljø slik som Charpak et al., (2017) viste i sin studie.

Videre trekker Blomqvist et al., (2012) også frem forhold som fedrene opplevde som vanskelig når de skulle utføre kengurumetoden. Selv om flere fedre beskrev at de ansatte var veldig hjelpsomme, betryggende og støttende, så opplevde de noen utfordringer knyttet til både personale og omgivelsene. På avdelingen der kuvøsene stod tett i tett og det var mange andre familier rundt, ble det forstyrrende for fedrene. De reagerte på alarmer som pep, og fant ikke roen. Også de fedrene som hadde egne rom med barna opplevde utfordringer, men dette dreide seg mer om at de fikk flere oppgaver å utføre og tiden til kengurumetoden ble begrenset. De måtte nå bruke tid på å blant annet ordne med mat til barnet. Dette viser at både de som er på den tradisjonelle og den mer moderne nyfødntintensive avdelingen fortsatt opplever utfordringer av ulike slag. Selv om det å være på et eget rom hvor de må ta seg av



flere «huslige» oppgaver, ligner mer på en tilværelse slik det ville vært i hjemmet. Dette kan være et tegn på at de fikk for mye ansvar for tidlig, og at dette gikk utover muligheten til å oppnå god tilknytning til barnet sitt. Det er viktig at både far og mor får mulighet til å uttrykke dette. Slik kan de sammen med sykepleieren finne ut om det er ulike tiltak som kan hjelpe dem til å oppnå den roen som er nødvendig for at kenguruomsorgen skal oppleves som noe positivt og gledelig som de erfarer sammen med barnet sitt. På den måten vil de kunne få en mulighet til å bare være dem og oppleve tilknytning med barnet.

Det kan være vanskelig for foreldrene å ta initiativ til slike samtaler. Derfor bør det holdes avklarte, planlagte samtaler fortløpende under oppholdet. I tillegg bør det være åpenhet for å ta det utenom og ved andre ledige øyeblikk, slik at bekymringer eller opplevelser som kommer underveis kan bli tatt opp og løst i samråd med sykepleieren. Sykepleieren bør i samtalen blant annet støtte foreldrene og gi dem nødvendig informasjon. For at foreldrene skal kunne tre inn i foreldrerollen er disse samtalene en fin anledning til å snakke om ulike vanskeligheter, foreldrenes opplevelser og om de har behov for støtte og videre planer for behandlingen til barnet.

Studien til Tandberg, Sandtrø, Vårdal og Rønnestad (2013) poengterer viktigheten av støtte og informasjon fra sykepleier. I deres studie fant de at det var lite eller helt manglende støtte å hente fra sykepleier når det gjaldt deres foreldrerolle, spesielt med tanke på inkludering i beslutninger som ble tatt angående deres barn. Enkelte følte at beslutninger om deres barn ble tatt uten at de som foreldre var konferert eller informert. Dette forteller noe om hvordan foreldrene ønsker å få delta i pleien til sitt barn, og hvordan inkludering av foreldre kan svikte i praksis. Til tross for at foreldrene i dette tilfellet gjennom lov om pasient- og brukerrettighet (1999) har rett til å medvirke på avgjørelser hvor det finnes ulike behandlings- eller undersøkelsesmetoder som kan brukes. For at foreldrene skal kunne være i en stilling til å ta slike avgjørelser er det avgjørende at de sitter på den informasjonen som da er nødvendig for å få en forståelse av helsetilstanden og innholdet helsehjelpen innebærer. Informasjonen må dermed også innebære mulige risikoer eller bivirkninger av valgmulighetene. Her spiller sykepleieren, men også legen en viktig rolle med å inkludere foreldrene i behandlingen, og tilse at de er tilstrekkelig informert og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dette er også en sentral del av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren skal forsikre seg om at informasjonen som blir gitt er tilstrekkelig og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016).

Studien viste imidlertid at de opplevde å få god informasjon, og hvordan sykepleierens interesse og omsorg ovenfor familien var tilfredsstillende (Tandberg et al., 2013). Dette viser hvordan sykepleierens kommunikasjon med foreldrene er viktig for å opparbeide tillit. På den måten vil sykepleier kunne bidra til at foreldrene er en del av gjensidig beslutningstaking. For å få til dette er det viktig at sykepleieren har kunnskap om empatisk kommunikasjon og hvorfor dette er viktig, samt gjeldene lovverk. Slik som studien til Moe et al., (2017) viser er empatisk kommunikasjon en nødvendighet for å få et samarbeid preget av empati, slik at foreldrene føler seg sett og ivaretatt. På den måten vil det kunne bli rom for et gjensidig forhold der foreldrenes informasjonsbehov blir ivaretatt, og hvor de blir inkludert i beslutninger som gjelder deres barn. Ved at sykepleier er flink til dette, viser det foreldrene at det er nettopp de som er hovedpersonene i barnets liv.

### **5.3 Barrierer for å utføre kenguruomsorg**

Når en metode er forholdsvis enkel, og effekten godt dokumentert, skulle en tenke at dette er lett å få til på nyfødtintensivavdelingene, men det finnes derimot flere mulige barrierer som kan gjøre utførelsen vanskelig. Dette kan være alt fra tidsmangel hos sykepleiere, redsel hos foreldrene, til vanskelige forhold på avdelingen. Sykepleieren vil stå i dette spennet hele tiden. Selv om foreldrene ønsker å få hjelp til å få utført kenguruomsorg, kan det være hendelser som gjør sykepleieren opptatt ved å måtte hjelpe til i en akutt situasjon, eller hos noen som trenger mer enn bare to sykepleiehender.

Et barn på nyfødtintensiv er som regel koblet opp til forskjellige overvåkningsinstrumenter, ulike katetre, sonde og eventuell respirasjonsstøtte som for eksempel Cpap. Dette vil kunne være en barriere, da en eller flere sykepleiere må være tilgjengelig for å koble fra før barnet flyttes før det kobles på igjen når barnet ligger på brystet, eller at sykepleier må holde og støtte utstyret under forflytningen (Steinnes, 2009). Dette innebærer at foreldrene ikke kan ta i bruk metoden selv, i hvert fall til å begynne med, men er avhengig av at en eller flere sykepleiere har tid til å utføre disse prosedyrene for at de kan kunne ha barnet sitt i kenguruposisjon. I en travel hverdag på avdelingen kan derfor dette være utfordrende, og dette stiller krav til sykepleierens evne til å reflektere rundt slike etiske problemstillinger.

Den tradisjonelle nyfødttintensivavdelingen kan også virke som en barriere for utførelsen av kengurumetoden. På en tradisjonell nyfødttintensivavdeling kommer foreldrene på «besøk». De kan ikke være der døgnet rundt, og er der dermed kun deler av dagen med barnet sitt. Foreldrene opplever på disse avdelingene en større grad av hjelpeløshet, der de mister kontrollen og ikke får bidratt i like stor grad. Når det er tid for utskrivelse er mange foreldre engstelige for å ha alt ansvaret alene (Hansen, 2010). Kuvøsene står også tett i tett på den tradisjonelle nyfødttintensivavdelingen. Da blir det lite privatliv når foreldre til de forskjellige barna er tilstede, samtidig med leger, sykepleiere eller annet helsepersonell. Tandberg et al., (2013) beskriver hvordan det å ikke få være helt alene med barnet sitt er en betydelig kilde for stress hos foreldrene, og spesielt hos fedrene. Derfor må sykepleieren legge til rette ut i fra de mulighetene og ressursene som finnes i miljøet og omgivelsene, slik at foreldrene kan ha mulighet til å få privatliv.

En studie utført av Drejer og Skjelstad (2014) tar for seg avdelingen på Drammen sykehus, etter innføringen av prinsippene om heldøgns kenguru- og familiebasert omsorg, med familierom. Der ble foreldrene oppfordret til Kenguruomsorg og hud-til-hud kontakt så mye som mulig, og metoden ble etterstrebet i så tidlig stadium som mulig, selv om barnet skulle være avhengig av pustestøtte eller kontinuerlig overvåkning. Kuvøsene skulle brukes dersom det var medisinsk påkrevd, eller dersom foreldrene trengte avlastning. Funnene viste at foreldrene opplevde å bli tryggere. De følte nærhet til sitt barn, og lærte det godt å kjenne. Foreldrene påpekte også at de kunne se positive reaksjoner hos barnet sitt; barnet så ut til å kose seg, det falt fort til ro, og virket til å nyte hudkontakten.

Studien viste derimot ikke kun positive resultater. Enkelte foreldre fant personalets forventninger for krevende, og følte at de gikk med en konstant dårlig samvittighet. Foreldre som ble overflyttet fra Oslo Universitetssykehus gikk fra å være den «besøkende» til å være selve behandlingen. For noen foreldre opplevdes da presset veldig stort, og de følte at de ikke var tilstrekkelige til å utføre kenguru-metoden lenge nok av gangen. Enkelte følte også at barnet ble stresset og fikk for mye stimuli, uten å få gehør for det (Drejer & Skjelstad, 2014). Det vil være naturlig å tenke at foreldre som utfører kengurumetoden, men som egentlig ikke ønsker det og blir stresset vil kunne overføre stress til barnet, og barnet vil dermed kunne vise tegn på uro og utilfredshet. Forskerne påpeker at disse resultatene kan komme av at foreldrene som rapporterte dette var blant de første på den nye avdelingen. Da var sykepleiernes ønske om kontinuerlig kenguruomsorg veldig stor, og dette følte foreldrene som et press. I løpet av

tiden studien foregikk, forstod sykepleierne dette og tilpasset kravene for å senke presset på foreldrene (Drejer & Skjelstad, 2014). Foreldrenes vurderinger må respekteres og sykepleieren må ta individuelle hensyn. Det som er overveiende positivt med en avdeling bygd opp etter prinsippene om heldøgns kenguru- og familiebasert omsorg, er at foreldrene kan ta større del i pleien til sitt barn. Med egne familierom, gis det mulighet til å få kjenne sitt barn gjennom alle døgnets tider. Det gis rom for privatliv, og det å kjenne på følelsen av å være en familie, men med mulighet for snarlig hjelp når det trengs. Dette vil kunne minske stressnivået hos foreldrene, og legger til rette for at kenguruomsorgen oppleves kjærlig, og gir mulighet for trygg tilknytning mellom foreldre og barnet.

Når en ser fordelene slike avdelinger har, kan det stilles spørsmål om hvorfor ikke flere sykehus har avdelinger av denne typen. Dette er allerede i større grad utbredt i Sverige, som er et land vi ofte sammenligner oss med. For å få til endringer må det finnes penger og politisk vilje til å bygge om eksisterende avdelinger, eller bygge nye avdelinger. En slik endring vil måtte være forankret i ledelsen på hvert sykehus, og initiativ til å få behovet opp på den politiske dagsorden bør prioriteres.

#### **5.4 Tilretteleggelse av tidlig tilknytning ved hjelp av kenguruomsorg**

Sykepleier plikter, etter Forskrift om barns opphold i institusjon § 6 (2000) å legge til rette for samvær mellom det nyfødte barnet og foreldrene. Dette er særlig aktuelt for sykepleieren som jobber på den tradisjonelle nyfødtintensivavdelingen. For at dette skal være et vellykket samvær er det flere hensyn å ta, og mye som må tilrettelegges. På avdelingen vil det være tett med andre familier, og sykepleier bør da tilrettelegge for at foreldrene skal kunne ha litt privatliv sammen med barnet sitt. Når kengurumetoden skal utføres hud-mot-hud, er det viktig å skjerme dem fra mulige stressfaktorer i omgivelsene for å ivareta foreldrenes integritet og verdighet. Det å skulle utføre handlinger og pleie sitt barn i et offentlig rom, kan være stressende for en forelder. Å tilrettelegge med skjerm Brett eller forheng, vil kunne gi foreldrene en opplevelse av privatliv, og de kan få fokusere på sitt eget barn.

Sandtrø (2009) beskriver hvordan foreldrene må bli opplært til å forstå sitt barn og de signaler det gir, for å kunne tilpasse omsorgen og være delaktige i en sunn utvikling til sitt barn. Slik som sykepleierens yrkesetiske retningslinjer beskriver, har vi et ansvar for en sykepleiepraksis som er med på å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2016). Sykepleieren må tenke

helsefremmende i sitt arbeid ved å tilpasse sykepleien etter barnets utvikling, for å skape gode vilkår for vekst og modning. Det vil også være helsefremmende i den grad en bidrar til at barnet opplever trygg tilknytning og unngår de følgende utrygg tilknytning vil kunne ha både på den fysiske og psykiske helsen til barnet.

For at kengurumetoden skal kunne utføres er bør det være et gjensidig forhold mellom foreldre og sykepleier til å ta initiativ til dette, da sykepleieren ofte er nødt til å koble fra og koble til overvåkningsutstyr, eller hjelpe til med forflytningen. Det å legge til rette for at foreldrene kan utføre pleie til sitt barn slik som andre foreldre ville tatt for gitt er viktig. For eksempel det å skifte bleie på, eller stelle barnet sitt er fortsatt mulig og vil føre til at foreldrene opplever å være foreldre. Ved at foreldrene utfører disse prosedyrene selv, vil det være en mulighet for å oppnå bedre tilknytning til sitt barn, og lære barnet sitt bedre å kjenne. Studien til Drejer og Skjelstad (2014) bygger opp under dette.

En forelder sa for eksempel:

Våre primærkontakter har vært flinke til å få oss til å føle oss som foreldre, tatt hensyn til oss og fått oss til å føle at det vi gjør, er viktig og verdifullt... mens noen av de andre pleierne har fått oss til å føle oss som besøkende til vårt barn. (Drejer & Skjelstad, 2014, s. 1012).

Dette sitatet er også et eksempel på hvordan sykepleiers holdninger ovenfor foreldrene kan påvirke samarbeidet i negativ retning, og hvorfor det å inkludere foreldrene i pleien er en svært viktig oppgave som sykepleier. For å inkludere foreldrene i pleien, er det viktig å gi dem nødvendig opplæring og informasjon, slik at de har best mulig forutsetning for å gi barnet den pleien det trenger, og for å føle mestring i en ellers krevende tid.

Når sykepleieren hjelper foreldre med å kunne utføre kenguruomsorgsmetoden, fremmes tilknytning. Dette er fordi kengurumetoden gjennom hud til hud kontakt gir foreldrene en mulighet til å knytte bånd til sitt barn. For mor er det blant annet med på å øke morsmelkproduksjonen, og gir den nærheten som behøves for å på sikt skulle få til å amme barnet. Det gir far en mulighet til å gå inn i farsrollen, og se at han er like viktig for barnet, som barnets mor. Barnets fysiologiske mål og søvnmønster stabiliseres, som gjør at de kan bruke energien sin på å finne kontakt til sine foreldre. Barnet vil kunne oppleve trygghet og omsorg. Det gir foreldrene mulighet til å være nær sitt barn, og se de små tegnene og

signalene barnet gir som forelderen da lærer å kjenne igjen. Slik vil foreldrene kunne lære sitt barn å kjenne, og forstå barnets behov, og på den måten vil foreldrene kunne lære å agere på disse signalene, som å gi trøst når barnet trenger det, eller gi mat når barnet signaliserer sult. Dette fører til gjensidighet mellom foreldre og barn, som skaper grobunn for et godt samspill preget av gjensidighet, med følelsesmessig involvering til barnet. Sykepleieren spiller en avgjørende rolle i å legge grunnlaget for god tilknytning mellom premature barn og deres foreldre.

## 6. Konklusjon

Denne oppgaven har sett på hvordan sykepleier kan tilrettelegge for at foreldre og barn skal oppleve tidlig og trygg tilknytning når de er innlagt på nyfødttintensiv avdeling. Det har blitt diskutert hvorfor dette er viktig, og hva som er de potensielle farene ved utrygg tilknytning. Videre har oppgaven sett på fordelene kengurumetoden har på både lang og kort sikt, og hvordan sykepleieren bør møte familien for å skape en relasjon basert på tillit og empati, slik at det kan bli et godt samarbeid. På den måten vil sykepleieren være med på å legge forholdene til rette slik at det er mulighet for at barnet oppnår trygg tilknytning til sine foreldre, og dermed vil være best mulig rustet til å kunne bygge trygge relasjoner selv i fremtiden.

Det har også blitt diskutert hvordan oppsettet til de ulike sykehusavdelingene kan være en barriere for utførelsen av kengurumetoden. Sykehusavdelingene som er bygget basert på familieomsorgsmodellen har uten tvil svært positiv virkning, og det er en modell som bør tas i bruk i større grad enn det blir gjort i dag. Ansvar for å legge til rette for disse avdelingene ligger utenfor sykepleiers ansvarsområde. Ønsket om utbygging må forankres hos sykehusledelsen og rammeverket som ligger til grunn på et samfunnspolitisk nivå. Som samfunn må vi ta hensyn til de aller minste og deres familier sine behov ved å fokusere på, og gi rom for familiebasert omsorg. Dette er det første møtet de små barna har med verden, og det bør tilrettelegges for at de skal kunne ha sine foreldre som nærmeste tilknytningspersoner tilgjengelig så ofte som det lar seg gjøre.

## Litteraturliste

- 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), ss. 1988-1996. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., . . . Widström, A.-M. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *BIRTH*, 36(2). doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., Villegas, J., . . . Maldonado, D. (2017). Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *American Academy of Pediatrics*, 139(1). doi:10.1542/peds.2016-2063
- Current Research Information System in Norway. (2018, Februar 18). *Immediate Parent Infant Skin To Skin Study*. Hentet fra <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=543633>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Drejer, S., & Skjelstad, D. V. (2014). Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(12), ss. 1006-1017.
- Elstad, M. (2015). *Unikard: nasjonal forskning på hjerte- og karsykdommer*. Hentet fra Ujevn hjerterytme stabiliserer blodflyten: <http://unikard.org/respiratorisk-sinusarytmi-stabiliserer-blodflyten/>
- Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life. *Biological psychiatry*, 75(1), ss. 56-64. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012
- Forskrift om barns opphold i institusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 1. desember 2000 nr. 1217*. Hentet fra



<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barns%20opphold%20i>

- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hammonds, M. (2012). Linking early healthy attachment with long-term mental health. *Kai Tiaki: Nursing New Zealand*, 18(2), ss. 12-14. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1017877209?accountid=32877>
- Hansen, E. S. (2010). Fødselen kom som et sjokk: Ni foreldrepars opplevelse av for tidlig fødsel. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.805>
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). John Bowlby. I *Fra interaksjon til relasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugan, B., & Tryti, U. (2009). Fra fødeavdeling til nyfødt intensivavdeling. I S. Steinnes, & B. S. Tandberg (Red.), *Nyfødtsykepleie 1 - Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Håkonsen, K. M. (2014). Fra vugge til grav. I *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). Helsefremmende og forebyggende aspekter i psykisk helsearbeid. I *Helt - Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johnson, K. (2013). Maternal-infant bonding: A review of literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), ss. 17-22. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1412226528?accountid=32877>
- Kristoffersen, L., Støen, R., Rygh, H., Sognæs, M., Follestad, T., Mohn, H. S., . . . Bergseng, H. (2016). Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1730-5>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Moe, K., Skisland, A. V.-S., & Söderhamn, U. (2017). Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. *Sykepleien Forskning*, 12(62155).  
doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62155>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Odland, L.-H. (2014). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, E., Eriksson, M., & Andérzen-Carlsson, A. (2017). Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 34. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.03.004>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ravn, I. H. (2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1 - Syke nyfødte og prematur barn*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Sandtrø, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2 - Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Skre, I. B. (2017). *Store norske leksikon*. Hentet Des 13, 2017 fra John Bowlby:  
[https://snl.no/John\\_Bowlby](https://snl.no/John_Bowlby)
- Srinath, B., Shah, J., Kumar, P., & Shah, P. (2016). Kangaroo care by fathers and mothers: comparison of physiological and stress responses in preterm infants. *Journal of Perinatology*, 36(5), ss. 401-404. doi:10.1038/jp.2015.196

- Steen, H. F. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn - Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2 - Syke nyfødte og premature barn*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I *Nyfødtsykepleie 1 - Syke nyfødte og premature barn*. Oslo: 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*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Tandberg, B. S., Sandtrø, H. P., Vårdal, M., & Rønnestad, A. (2013). Parents of preterm evaluation of stress av nursing support. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(6), ss. 317-326. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.01.008>
- Tveiten, S. (2000). Omsorg for premature barn. I *Barnesykepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.