



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Foreldres erfaringer med å få et prematurt barn/
Parents' experiences with getting a premature baby**

Amalie Holm Havnen og Camilla Bjølstad Rasmussen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 85

Molde, 06.04.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hildegunn Sundal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 22.03.2017

*Liten?
Jeg?
Langt ifra.
Jeg er akkurat stor nok.
Fyller meg selv helt.
På langs og på tvers.
Fra øverst til nederst.
Er du større enn deg selv kanskje?*

(Inger Hagerup 1971)

Antall ord: 10 124

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge er ca. 7,5 % av alle barn født for tidlig. Etter en for tidlig fødsel har samspillet mellom foreldre og barn et vanskeligere utgangspunkt på grunn av umodenheten til barnet. Kompetanse innenfor prematuritet, kan bidra til at tilstrekkelig informasjon og veiledning blir gitt til foreldrene.

Hensikt: Å undersøke foreldrenes erfaringer med å få et nyfødt prematurt barn.

Metode: Litteraturstudie basert på 13 kvalitative forskningsartikler og to forskningsartikler som både er kvantitativ og kvalitativ.

Resultat: Våre funn viser betydningen av første møte og tiden med barnet. Foreldrene opplever at kontakt oppnås ved kengurumetoden og amming, og gjennom hud-mot-hud-kontakt styrkes foreldre-barn-båndet. For at foreldrene skal oppnå kontakt, er informasjon og veiledning fra helsepersonellet avgjørende.

Konklusjon: Vår litteraturstudie viser at sykepleier har en viktig rolle da foreldre til premature barn trenger følelsesmessig støtte ved første møte og tiden med barnet. Gjennom tilrettelegging av ulike metoder for kontakt, samt god kompetanse fra sykepleier bidrar det til en forsterket foreldrerolle. Sammen med en tydelig foreldrerolle og god informasjon og veiledning, vil dette ha bidra til tilknytning mellom foreldre og det premature barnet.

Nøkkelord: Prematur, foreldre, erfaring, tilknytning, neonatalavdeling.

Abstract

Background: Approximately 7.5% of all children born in Norway are premature. After a premature birth, the interaction will have a more difficult starting point between the parents and the child because of the immaturity. Expertise within prematurity can help ensure that adequate information and guidance being given to the parents.

Purpose: To investigate parents' experiences with getting a newborn premature baby.

Method: A literature study based on 13 qualitative research articles and 2 with both quantitative and qualitative.

Results: Our findings shows the importance of the first meeting and time after. The parents feel that they are achieving contact by the kangaroo method and breastfeeding, and through skin-to-skin- contact, it strengthened the parent-child-bond. For the parents to achieve contact, information and guidance from health professionals is essential.

Conclusion: Our literature study shows that the nurse has an important role related to the emotional support the parents need at the first meeting and time after. Through the facilitation of the different methods of achieving contact, and expertise from the nurse, it contributes to a reinforced parent role. Along with a clear parental role and good information and guidance, it will contribute to contact between the parents and the premature baby.

Keywords: Premature, parents, experience, interaction, neonatal unit.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Studiens hensikt.....	1
1.2	Problemstilling	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Prematuritet	2
2.2	Omsorg for det premature barnet	3
2.3	Kengurumetoden	4
2.4	Amming.....	5
2.5	Tilknytningsteori	6
3.0	Metode.....	7
3.1	Datainnsamling.....	7
3.1.1	Inklusjon og eksklusjon	7
3.1.2	PICO-skjema	8
3.1.3	Framgangsmåte for søkehistorikk.....	9
3.2	Kvalitetsvurdering	11
3.3	Etiske hensyn.....	11
3.4	Analyse.....	12
4.0	Resultat	13
4.1	Betydningen av første møte og tiden med barnet.....	13
4.2	Metoder som kan knytte foreldre og premature barn	14
4.2.1	Kengurumetoden bidrar til tilknytning	14
4.2.2	Hud-mot-hud-kontakt styrker foreldre-barn-båndet	15
4.2.3	Amming bidrar til kontakt mellom mor og barn.....	15
4.3	Informasjon og veiledning fra helsepersonellet er avgjørende for kontakt.....	16
5.0	Diskusjon.....	18
5.1	Metodediskusjon	18
5.1.1	Datainnsamling	18
5.1.2	Kvalitetsvurdering.....	20
5.1.3	Analyse.....	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	22
5.2.1	En «berg- og dalbane» med følelser.....	22
5.2.2	Metoder som kan knytte foreldre og premature barn.....	24

5.2.3	God informasjon og veiledning gjør det lettere for foreldrene å finne foreldrerollen.....	27
6.0	Konklusjon.....	30
6.1	Forslag til videre forskning	31
	Litteraturliste.....	32
	VEDLEGG 1: PI(C)O-skjema	37
	VEDLEGG 2: Oversikt over søkehistorikk.....	38
	Vedlegg 2A	38
	Vedlegg 2B	41
	Vedlegg 2C	43
	Vedlegg 2D	44
	Vedlegg 2E.....	45
	Vedlegg 2F.....	47
	VEDLEGG 3: Oversiktstabeller	48

1.0 Innledning

Når et barn fødes for tidlig, møter foreldrene en ukjent verden med flere forskjellig fagfolk som de må forholde seg til, samt et høyteknologisk utstyr som kan virke skremmende (Markestad 2008). Det fødes årlig 13 millioner for tidlig fødte barn, der 500 000 er født i Europa (Prematurforeningen 2016). I Norge er ca. 7,5 % av alle barn født for tidlig. De for tidlig fødte barna kalles premature, som betyr «før moden» (Markestad 2008).

Vi ønsker i litteraturstudien å belyse hvordan foreldre erfarer å få kontakt med det premature barnet. Vi valgte prematuritet som tema, da vi hadde en oppgave femte semester, Prosjekt: sykepleie til barn og unge. Etter endt prosjekt ønsket vi å lære mer om denne sårbare gruppen, og hvilke erfaringer foreldre har knyttet til det å få et prematurt barn. Som sykepleier vil det være viktig å ha kunnskap om premature barn for å skape trygghet hos foreldrene. Videre vil det å ha innsikt i hvordan foreldre erfarer det å få et prematurt barn, være avgjørende for å utøve god sykepleie. Sykepleiere må møte familiene med gode holdninger, da foreldre er avhengig av god informasjon og veiledning for å klare å godta den nye og uforventede situasjonen (Tandberg 2009). Det er mange komplikasjoner som kan medfølge etter en prematur fødsel for barnet, og kan dermed føre til usikkerhet hos foreldrene. Ved at sykepleiere har kompetanse innenfor dette feltet, kan de derfor gi tilstrekkelig informasjon og veiledning til foreldrene.

1.1 Studiens hensikt

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke foreldrenes erfaringer med å få et nyfødt prematurt barn.

1.2 Problemstilling

Hvordan erfarer foreldre å få kontakt med det premature barnet under sykehusoppholdet?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Prematuritet

Et fullgått svangerskap varer i gjennomsnitt 40 uker. Årlig fødes det ca. 4400 barn per år (Markestad 2008). I land der det er store sosiale ulikheter og vanskelige kår er forekomsten større, fordi oppfølgingen underveis i svangerskapet er dårligere, noe som kan føre til for tidlig fødsel (Markestad 2016). En prematur fødsel vil si et barn som blir født tre uker før termin, altså før fullgatte svangerskapsuke 37. Dersom et barn fødes før 28.svangerskapsuke, betegnes barnet som ekstremt prematur (Monsen 1999). Et for tidlig født barn kan være levedyktig fra svangerskapsuke 23-24, men det er likevel rapportert om overlevelse etter 22. svangerskapsuke (Markestad 2016).

Årsakene til prematur fødsel er mange. Som oftest er man ikke helt sikre på hvorfor en prematur fødsel skjer (Markestad 2016). Noen årsaker som er «vanlige» er blant annet forhold ved uterus, for eksempel misdannelser eller cervixinsuffisiens. Cervixinsuffisiens er en svakhet ved livmorhalsen, som gjør at jo større vekt barnet har, jo vanskeligere blir det for livmorhalsen å holde barnet inne i livmoren (Markestad 2016). Diverse infeksjoner i underlivet kan også føre til prematur fødsel, samt svangerskapskomplikasjoner. Eksempler på svangerskapskomplikasjoner er preeklampsi og placenta praevia. Preeklampsi er svangerskapsforgiftning, og påvises ved for høyt blodtrykk, protein i urinen og ødemer. Dette vil føre til en nedsatt morkakefunksjon (Markestad 2016). Ved placenta praevia, forliggende morkake, dekker morkaken den indre åpningen der barnet skal ut. Dette skjer fordi egget fester seg for langt nede i livmoren (Norsk helseinformatikk 2014, Holan og Hagtvedt 2010).

De premature barna er ikke ferdigutviklet, og trenger derfor tid til å bli vant med å leve utenfor livmoren (Tveiten 1998). Barna blir derfor lagt inn på neonatal intensiv. Dette er en avdeling som tar imot syke nyfødte og for tidlig fødte barn (Sykehuset i Vestfold 2016). Organene til det premature barnet er umodne, og det kan derfor oppstå sykdommer og komplikasjoner i forhold til dette. Blant annet er huden så tynn at både varmetapet og væsketapet kan bli stort. Barnet blir derfor lagt i kuvøse, der termonøytral sone kan oppnås (Markestad 2016). Det er lungene som avgjør om barnet levedyktig eller ikke. Etter 24.svangerskapsuke er det mulig for et barn å puste (Saugstad 2009). Likevel kan

pustearbeidet bli tungt for det premature barnet, da produksjonen av surfaktant er utilstrekkelig. Surfaktant er et stoff som åpner de minste luftblærene i lungene (Nicolaysen og Holck 2014, Helsenorge 2014). Umoden respirasjon, kombinert med et umodent sentralnervesystem, kan føre til apné hos det premature barnet (Tveiten 1998). Nese-CPAP kan forbedre tilstanden. Barnet får da en tilpasset blanding av oksygen og luft med et visst trykk inn i nesen. Trykket vil forplante seg nederst i lungene, og holder dermed lungeblærene åpne (Markestad 2016).

2.2 Omsorg for det premature barnet

Omsorgen for de premature barna baserer seg på «Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program» (NIDCAP-modellen). Dette er en familiesentrert omsorgsmodell. Familien er i fokus, og det er mor og far som står barnet nærmest og blir derfor de viktigste omsorgspersonene (Bergseth og Øye 2013). Det vil si at foreldrene skal inkluderes tidligst mulig i omsorgen for barnet, og dermed læres opp til å forstå og bli kjent med barnets atferd. Tveiten (1998) skriver at på den måten vil omsorgen og stimuleringen bli tilpasset hvert enkelt barn sine individuelle behov og modenhet. NIDCAP innebærer altså å observere det enkelte barn, ha samtaler og individuelle anbefalinger for pleie, omsorg og miljø (Bergseth og Øye 2013).

Som nevnt over trenger det premature barnet tid til å bli vant med å leve utenfor livmoren. Inne i livmoren ligger barnet sammenkrøpet med god støtte rundt hele kroppen fra livmoren. Støtten er elastisk og dersom barnet beveger seg, vil støtten hjelpe barnet til å trekke armer og bein inntil kroppen igjen. Mors stemme og hjerteslag er kjente lyder for barnet, samt at lyset er svakt og temperaturen holder seg stabil (Bergseth og Øye 2013). Dette er tryggende faktorer for barnet. NIDCAP baserer seg derfor på at det ytre miljøet og stimuleringen blir lagt til rette, slik barnet ville hatt det i livmoren (Tveiten 1998). Rundt barnet burde det derfor være dempet belysning, rolig atmosfære med et lavt lydnivå, jevn temperatur og unngå sterke lukter (Bergseth og Øye 2013, Sandtrø 2009).

2.3 Kengurumetoden

Kengurumetoden stammer opprinnelig fra Colombia. Dette ble opprettet på grunn av stor dødsfall hos premature barn fordi det var mangel på utstyr som kuvøser. Barna klarte derfor ikke å holde på sin normale kroppstemperatur. I 1980 årene begynte de å innføre kengurumetoden i en modifisert form på neonatalavdeling i Europa og Nord-Amerika. Denne metoden innebar hud-til-hud kontakt. Det premature barnet ble plassert på mors eller fars bryst, og ble bundet fast med foreldrenes klær eller teppe. Metoden ble en sentral måte for foreldrene til å etablere nærere kontakt med sitt barn (Bondesen og Jørgensen 2005)

Kroppskontakt er bevist å ha en utrolig positiv effekt for et barns utvikling. Ved en neonatal avdeling anbefales det å bruke kengurumetoden. Metoden går ut på at det premature barnet ligger på brystet til mor eller far. Her får barnet ligge hud-mot-hud, noe som vil gjøre at barnet føler seg tryggere. Hjerteslagene er kjente fra da barnet lå inne i magen til mor, og det er beroligende lyder for det premature barnet. Stemmen til foreldrene er også kjent, noe som igjen vil trygge barnet. Kroppsvarmen til foreldrene bidrar til å holde barnet varmt, i tillegg til at respirasjonen deres vil stimulere barnets pust (Bergseth og Øye 2013). Når barnet får ligge på brystet fremmer det tilknytning, amming og vekst. De medisinske ledningene er ingen hindring for at barnet ikke kan ligge på brystet. Personalet skal tilrettelegge til tross for disse ledningene. Ved hjelp av kengurumetoden vil barnet automatisk bruke mindre energi på å holde kroppen sin samlet, og det bedrer forholdet mellom søvn og våken tilstand (Sykehuset i Vestfold 2016). Man kan også bruke et bæresjal når barnet har stabil og god helse til det. Barnet ligger godt beskyttet i sjalet med god støtte rundt hele kroppen (Bondesen og Jørgensen 2005).

2.4 Amming

For de nyfødte er morsmelken den beste ernæringen. De verdifulle stoffene i brystmelken finnes ikke i de beste morsmelkerstatningene (Nylander 2009). Fettet i morsmelken er spesielt gunstig for utviklingen av hjernen og synet. I tillegg blir jernet tatt lett opp i barnets kropp sammenlignet med jernet i morsmelkerstatningene (Nylander 2009). I forhold til utviklingen av tarmen inneholder morsmelken hormoner og vekstfaktorer som er ideelt. Ut i fra barnets behov vil morsmelken også forandre seg, slik at melken er en perfekt blanding av protein, sukker og fett som barnet trenger. Morsmelken er derfor viktig for at barnet skal vokse, og derfor veldig viktig for et prematurt barn (Nylander 2009).

Ved å amme er barnet sikret hudkontakt inntil mors varme bryst, der det ser mors ansikt når det spiser. I tillegg vil også barnet kjenne igjen mors duft og hennes lyder, som fører til trygghet (Nylander 2009). Ammingen vil også bidra til trivsel og utvikling for barnet, og kan skape en tilknytning mellom mor og det nyfødte barnet.

Også hos det premature barnet skal ammingen starte på mors bryst, hud-mot-hud. Amming skal starte tidlig og være uavhengig av det nyfødte barnets gestasjonsalder og fødselsvekt. Begrensningen ligger heller på hvor stabil helsen til det premature barnet er (Häggkvist 2009). Forskjellen fra et fullbårent barn og et prematurt barn når det gjelder amming, er at et fullbårent barn vil ha et ammemønster som består av rytmisk suging, svelging og pusting. Et prematurt barn derimot vil ha et umodent ammemønster, og dermed vanskeligheter med å koordinere dette. Dette vil likevel være avhengig av hvor prematurt barnet er, i tillegg til at det kan være store individuelle forskjeller. Tidlig kontakt med brystet, fører til at det premature barnet får øvd seg mye og har derfor mulighet til å utvikle ammekompetanse (Häggkvist 2009).

2.5 Tilknytningsteori

John Bowlby er en britisk barnepsykiater og psykoanalytiker og har forsket mye på tilknytningen mellom barnet og omsorgspersonene. Han vektlegger betydningen av at omsorgspersonene svarer velvillig på barnets signaler, og at det stimulerer barnet både fysisk og psykisk og at de er til stede og tilgjengelig for barnet (Tveiten 1998, 57).

Bowlby er kjent for sin tilknytningsteori, som er en utviklingspsykologisk teori som forklarer hvordan barnet knytter seg til foreldre for å overleve og lære hvordan verden fungerer. Han beskriver at et hvert menneske trenger trygge omgivelser, samt sterke bånd til foreldrene og at dette er et grunnleggende behov. Det er ikke bare i barnets første leveår at disse behovene er viktig, men også gjennom hele barndommen, ungdomstiden og frem til tidlig voksen alder (Eide og Eide 2012). Barn er medfødt tilknytningsatferd som vil si at de søker etter foreldre gjennom gråt, smil og bevegelser. Erfaringer som barnet gjør med sine omsorgspersoner i samspillet de første leveårene blir lagret i barnets hjerne, og blir arbeidsmodeller for hvordan verden fungerer (Tveiten 1998). Adskillelsen fra foreldrene den første tiden kan føre til utrygg tilknytning, noe som gir økt risiko for psykiske problemer senere i livet. Bowlby utførte observasjoner som viste at separasjon fra foreldrene er direkte traumatisk for barn (Store norske leksikon 2012, Tveiten 1998).

Definisjonen av tilknytning er nærhet og emosjonelle bånd som dannes mellom et barn og dets foreldre. Kommunikasjonen i livets første fase er preget av stemninger og følelser, som skjer gjennom stemmebruk, blikk-kontakt og berøring (Eide og Eide 2012).

Kvaliteten på tilknytningen og omsorgen for spedbarnets første leveår, har betydning for barnets videre utvikling av tillit og hvordan det utvikler seg som person. Det har også betydning for hvilke relasjoner barnet får senere i livet. Eide og Eide (2012) skriver at det er flere faktorer som påvirker etableringen av tilknytning. Foreldrenes grad av sensitivitet er viktig for utviklingen av en god tilknytning.

3.0 Metode

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie, skal det gjennomføres en litteraturstudie basert på systematiske søk etter litteratur og forskningsartikler (Michaelson og Mundal 2016). Litteraturstudien er redskapet som skal hjelpe oss med å finne svar på vår problemstilling. Dette redskapet hjelper oss til å samle inn data, som vil si informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland 2012). Videre i metodebeskrivelsen tar vi for oss inklusjon - og eksklusjonskriterier, datainnsamling, utarbeidelse av PI(C)O-skjema, litteratursøk, kvalitetsvurdering av forskningsartikler, etiske hensyn og analyse.

3.1 Datainnsamling

Vi hadde flere prøvesøk høsten 2016 etter å ha valgt temaet prematuritet for å forsikre oss om at det var nok forskning på dette. For å utføre litteratursøkene våre har vi benyttet oss av ulike søkeord og databaser som OVID Medline, Proquest og SveMed+. Vi fikk bekreftet at det var nok forskning innenfor dette temaet. Disse databasene er tilgjengelig gjennom høgskolens bibliotek, og vi har valgt disse grunnet tidligere erfaring med søk i databasene.

3.1.1 Inklusjon og eksklusjon

I følge Kunnskapsbasert praksis (2012) er en systematisk oversikt over flere forskningsartikler med samme emne et utgangspunkt for en litteraturstudie. Det er derfor viktig at en benytter en systematisk og beskrevet fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere enkeltstudiene i artiklene. Dette kjennetegnes ved at søket har klare kriterier for inklusjon og eksklusjon av primærstudiet (Kunnskapsbasert praksis 2012).

Primærstudiene i artiklene skal omhandle og innbefatte:

Inklusjonskriterier:

- Foreldre til premature barn
- Premature barn som er født fra uke 24-37
- Foreldre og premature barn oppholder seg på sykehus
- Erfaringene til pårørende
- Ha engelsk, norsk, dansk eller svensk språk
- Artikler som er fagfellevurdert
- Etisk vurdert, eller etiske overveielser er vurdert
- Artikler fra 2003 – til dags dato

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Artikler som ikke er fagfellevurdert
- Ikke etisk vurdert, eller etiske overveielser vurdert
- Foreldre yngre enn 18 år
- Fullbårne barn

3.1.2 PICO-skjema

PICO –skjema er et verktøy som representerer en måte å dele opp problemstillingen på. Dette gjør at det blir lettere å kunne jobbe på en mer strukturert og hensiktsmessig måte for å gjøre et systematisk søk. Etter å ha utarbeidet en problemstilling og hensikt begynte vi å lage et PICO-skjema. I vårt tilfelle kuttet vi ut C i PICO-skjemaet som står for comparison. Grunnen til dette var at vi ikke skulle sammenligne grupper og/eller ulike metoder, og C ble derfor ekskludert (Vedlegg 1). Vi har utvidet søkene våre ved å benytte oss av trunkeringstegnet (*). På denne måten søker databasen etter alle ord som stammer fra grunnstammen, altså man søker på stammen av ordet (Nordtvedt et al. 2012).

P (pasient/problem):

Søkeordene vi brukte her var «parent*», «mother*», «father*» og «premature». Vi skrev søkeordene på engelsk. Vi brukte trunkeringstegnet (*) på de tre første søkeordene, for å utvide søkene våre. Dette for å få flere varianter av ordene.

I (intervensjon):

Vi brukte «neonatal unit» og «nurs*» som søkeord. Trunkeringstegnet (*) ble brukt for å få med både entalls – og flertallsendelser og ulike varianter av ord. Søkeordet «nurs*» brukte vi på grunn av tidligere problemstilling med et sykepleieperspektiv. Her oppdaget vi en del artikler som omhandlet foreldrenes perspektiv og deres erfaringer for kontakt med sitt premature barn.

O (utfall):

Ved dette elementet ønsket vi finne ut hvordan foreldrene erfarer å få kontakt med sitt premature barn under sykehusoppholdet. Vi har derfor brukt nøkkelordet opplevelse, oversatt til «experience» på engelsk. Vi inkluderte ikke søkeordet tilrettelegging til tross for tidligere problemstilling, men valgt å gå åpent ut med bare «experience» og benyttet «relation*», som synonymord til kontakt. Slik avgrenset vi ikke søket for mye.

3.1.3 Framgangsmåte for søkehistorikk

Etter ferdig utarbeidet problemstilling og hensikt begynte vi med en litteraturstudie i høstsemesteret 2016. Vårt første prøvesøk var sent i høst sammen med en bibliotekar. Vi bestilte veiledningstime tidlig, da ingen av oss var noe dreven i databasesøk. Vi ønsket derfor opplæring. Bibliotekaren fikk se vårt ferdigordnet PI(C)O-skjema, der han kunne komme med anbefalinger. Vi ble rådet til å bruke trunkeringstegnet (*) på «parent», «mother», «father» og «nurse», og vi fikk på denne måten flere ordforslag som stammet fra grunnordet og dermed utvidet søket (Nordtvedt et al. 2012).

Etter å ha utført fire søk hadde vi 7 artikler til prosjektskissen som skulle fremføres i november 2016. Vi endret problemstillingen etter framlegget. Problemstillingen ble da «hvordan erfarer foreldrene tilrettelegging for kontakt med det premature barnet under sykehusoppholdet?».

I oktober 2016 utførte vi første søk i OVID Medline. Vi brukte PI(C)O-skjemaet for å få et strukturert og systematisk søk i databasen. Mellom søkeordene i samme kolonne og som hadde samme betydning, brukte vi OR slik at vi utvidet søket. OR ble dermed brukt mellom «parent*», «mother*» og «father*» som står under P i PIO-skjemaet (Vedlegg 1). Ved å bruke AND kombinerte vi så disse tre søkeordene med «premature». Mellom hver

kolonne i PIO-skjemaet brukte vi også AND. På denne måten har vi avgrenset søket vårt. Vi hadde da et omfang av 193 artikler (Vedlegg 2A). I vårt andre søk i denne databasen, brukte vi de samme søkeordene, men la også til ordet «nurs*» (Vedlegg 2B).

Vi utførte det samme søket i ProQuest, der vi til sammen fikk 111 artikler (Vedlegg 2C).

I SveMed+ utførte vi et enkelt søk ved kun bruk av ordet «premature». Vi fikk derfor opp 407 artikler (Vedlegg 2D).

Vi leste til sammen 44 abstrakt og tok utskrift av de artiklene vi syntes virket relevant og leste de i fulltekst. De artiklene som ikke var tilgjengelig i databasen, bestilte vi gjennom biblioteket.

I november 2016 gjorde vi to nye litteratursøk i OVID Medline. Her inkluderte vi søkeordet «bond» (synonymt til ordet kontakt) som blir under O i PI(C)O-skjemaet. Grunnen til dette var at vi fant ikke nok artikler. Vi tenkte «bond» kunne benyttes i vårt litteratursøk, i og med at vår problemstilling handler om foreldrenes erfaring for tilrettelegging av kontakt med sitt premature barn. Vi brukte også trunkeringstegnet (*) på «experience*». Dette gjorde at søkene våre ble bredere fordi vi fikk med grunnstammen i ordet og var uavhengig av endingen av ordet. Vi fikk med dette relevante treff. Vi har i vårt litteraturstudie inkludert til sammen tretten kvalitative artikler og to artikler både med kvalitativ og kvantitativ metoder. Artiklene er fra årstallet 2003 og til dags dato. De inkluderte artiklene var fra europeiske land, Canada og USA.

3.2 Kvalitetsvurdering

Underveis i kvalitetsvurderingen leste vi artiklene for få et helhetlig overblikk over innholdet og hvilken metode som var brukt. Etterhvert sorterte vi alle artiklene som vi mente hadde riktige inklusjonskriterier for vår litteraturstudie. Vi kvalitetsvurderte de ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskningsartikler (Kunnskapsenteret 2016). Dette utførte vi sammen for å sikre oss at kvalitetsvurderingen ble gjort likt. For at vi kunne bruke de i vårt litteraturstudie måtte artiklene oppfylle ni av elleve punkter i sjekklisten. 15 av 19 forskningsartikler oppfylte disse elleve punktene. Artiklene som ikke fikk full score oppfylte ikke de etiske forholdene og manglet underbyggende funn. Disse artiklene ble ekskludert. For å sikre at de 15 forskningsartiklene var vitenskapelig- og fagfellevurdert brukte vi en nettside for å sjekke nivået på publiseringskanalene til tidsskriftet hvor artiklene ble utgitt (Database for statistikk og høgre utdanning 2016). Vi fant fort ut om tidsskriftet var på nivå 1 eller 2, siden dette var en av litteraturstudiens inklusjonskriterier. Med dette vil det si at våre forskningsartikler er kvalitets – og fagfellevurdert.

3.3 Etiske hensyn

I litteraturstudien vår står det i inklusjonskriteriene at studiene i forskningsartiklene skal være etisk vurdert. Det vil si at det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatet (Dalland 2012). I alle artiklene våre har det etiske hensynet blitt ivaretatt. I de av artiklene hvor det ikke kommer at de er blitt godkjent av etiske komiteer, har deltagerne fått et informasjonsskriv hvor de kunne velge å delta i studien ved å skrive under på et skjema med sin samtykke. Foreldre som hadde avsluttet sykehusoppholdet, og reist hjem, fikk tilsendt en samtykkeerklæring og et informasjonsskriv i posten. Flere av forskningsartiklene var godkjent av etiske komiteer. Å være anonym er for mange en forutsetning for å delta i en undersøkelse (Dalland 2012).

3.4 Analyse

I følge Dalland (2012) er analyse et granskingsarbeid, der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet forteller oss. For at vi skulle få en systematisk og god oversikt over analysen fulgte vi Evans (2002) fire trinn. Den viser til datainnsamling, identifisering av nøkkelfunn fra hver studie, samle hovedfunnene mellom studiene og til slutt samle felles funn, beskrive dem og lage syntese av funnene.

Ut i fra Evans (2002) første trinn innebærer det å få en oversikt over datainnsamlingen. Vi startet med å søke i forskjellige databaser for å finne relevante forskningsartikler til vårt studie. De artiklene som ble inkludert var de som innfridde inklusjonskriteriene og svarte på problemstillingen vår. Disse var også gode nok etter kriterier for kvalitetsvurderingen. Vi leste til sammen 44 abstrakter og 23 artikler. Til slutt satt vi igjen med 15 artikler, 13 kvalitative og 2 med både kvalitativ og kvantitativ metode.

Målet med det andre trinnet til Evans (2002) er å identifisere nøkkelfunn fra hver enkel studie. Vi leste derfor resultatdelen til artiklene, og markerte det vi syntes var viktige funn til vår oppgave. Funnene ga vi forskjellige fargekoder; kengurumetoden grønn, hud-mot-hud kontakt rosa, amming blå, første møte med det premature barnet lilla og helsepersonellet oransje. Underveis i arbeidet nummererte vi artiklene inn i en oversiktstabell (vedlegg 3).

I Evans (2002) tredje trinn skal en finne hovedfunn på tvers av alle studiene. Vi diskuterte oss frem til tre hovedfunn og tre underfunn, under et av hovedfunnene, ved å nummerere artiklene fra 1 til 15. Her fikk vi en oversikt over artiklene som støttet under våre tre hovedfunn. Funnene som gikk mest igjen, og som passet vår problemstilling ble våre hovedoverskrifter i form av tema. Vi laget også tankekart over alle våre funn fra de 15 artiklene. Det ble oversiktlig og lettere å finne gode overskrifter til vår resultatdel. I tillegg ble det enklere å sammenligne funnene i artiklene.

I Evans (2002) siste trinn skal en beskrive alle funnene fra artiklene, og lage synteser av funnene. De tre hovedfunnene vi kom fram til etter gjennomgang av inkluderte artikler, blir presentert under resultatdelen.

4.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke foreldrenes erfaringer med å få et nyfødt prematurt barn. Problemstilling vår er «hvordan erfarer foreldre å få kontakt med det premature barnet». Vi har kommet fram til tre hovedfunn og tre underfunn under vårt andre hovedfunn.

4.1 Betydningen av første møte og tiden med barnet

Det framkommer store forskjeller når det gjelder å møte det premature barnet for første gang og hvordan komme i kontakt med barnet (Hansen 2010, Baylis et al. 2014, Arnold et al. 2012, Flacking et al. 2005, Hagen, Iversen og Svindseth 2006, Spinelli et al. 2015, Roller 2003). I funnene beskriver noen foreldre fødselen som et sjokk, og møtet med barnet hadde følelser som både glede og skremmende (Hansen 2010, Arnold et al. 2012, Hagen, Iversen og Svindseth 2006). Flere forteller om mange inntrykk, og et behov for å skjerme sine egne følelser. De trengte følelsesmessig støtte, da følelsene gjerne gikk i en «berg- og dalbane (Hagen, Iversen og Svindseth 2006, Flacking et al. 2005, Baylis et al. 2014, Arnold et al. 2012 og Hansen 2010).

Flere forteller at det medisinske utstyret rundt det premature barnet var som en barriere, der foreldrene var redd for å gjøre noe feil og i verste fall skade barnet. Dessuten følte flere at det medisinske utstyret var det viktigste, og at de som foreldre ble tilsidesatt og derfor mindre viktig (Hansen 2010, Arnold et al. 2012, Roller 2003, Flacking et al. 2005). En mor forteller blant annet: “I was not familiar with him. With a child so small...with the fact that he always had the mask and tubes, picking him up was really challenging” (Spinelli et al. 2015, 193).

Mange trengte tid for å godta den sjokkerende og uvirkelige situasjonen, og snakket derfor om et behov for å være nær barnet. Ved å være nær barnet, hadde foreldrene dermed et behov for å kunne fungere som en familie. Foreldrene ønsket derfor å bli kjent med barnet, men noen opplevde det vanskelig å føle forbindelse til det (Flacking et al. 2005, Hansen 2010, Arnold et al. 2012, Spinelli et al. 2015). I Flacking et al. (2005) beskriver noen foreldre for eksempel barnet som «et monster» og «utsultet». Foreldrene opplevde i tillegg at det var vanskelig å få et intimt forhold på avdelingen, da de ikke kunne ta med seg

barnet hjem. De følte de kun var «besøkende» hos barnet (Spinelli et al. 2015 og Flacking et al. 2005). For å kunne bli en familie trengte både mor og far tid til å være selvstendige. På denne måten kunne foreldrene selv se en bedring av helsa til barnet, og det ble lettere å godta den uforutsigbare situasjonen (Hagen, Iversen og Svindseth 2006, Baylis et al. 2014, Hansen 2010, Spinelli et al. 2015).

4.2 Metoder som kan knytte foreldre og premature barn

Funnene våre i de inkluderte artiklene viser ulike metoder som benyttes for at foreldrene skal få kontakt med barnet. Disse metodene er kengurumetoden, hud-mot-hud-kontakt og amming (Drejer og Skjelstad 2014, Hansen 2010, Helth og Jarden 2012, Blomqvist et al. 2011, Baylis et al. 2014, Arnold et al. 2012, Boucher et.al 2010, Blomqvist et al. 2012, Roller 2003, Björk et al. 2012).

4.2.1 Kengurumetoden bidrar til tilknytning

Det kommer fram både positive og negative erfaringer med bruk av kengurumetoden hos foreldrene. Kengurumetoden hjelper foreldre å bli kjent med barnet og knytte sterke bånd (Blomqvist et al. 2012, Drejer og Skjelstad 2014). Flere foreldre forteller om en beroligende følelse med det å kunne kjenne på nærheten, og at barnet opplevde dette som trygt. I tillegg opplevde foreldrene at barnet falt til ro ved bruk av kengurumetoden (Roller 2003 og Drejer og Skjelstad 2014). Det kommer også fram at de følte at de gjorde noe bra for barnet, som videre økte viljen og motivasjonen til å fortsette med kengurumetoden (Blomqvist et al. 2012 og Blomqvist et al. 2011).

Erfaringene mellom mødre og fedre var forskjellig, der blant annet fedre følte seg tilsidesatt og usikker i sin farsrolle. Kengurumetoden hjalp dem derfor med å godta den uventede situasjonen, i tillegg til å få en forsterket farsrolle gjennom kontakt (Blomqvist et al. 2011 og Roller 2003). En far forteller: “at least it (KMC) reinforced the feeling, the feeling from the beginning that now I am really a father” (Blomqvist et al. 2011, 1992).

Våre funn viser at noen foreldre hadde negative erfaringer med bruk av kengurumetoden. Det var krevende for foreldrene, og de hadde derfor behov for avlastning. For de som var to sammen, ble de derfor avhengig av å bytte på. En far i Blomqvist et al. (2001, 1993)

forteller: “The only time it was hard was when we slept (with the infant in kangaroo position) but we took turns, and of course it would have been hard anyway”. Dessuten var en optimal stilling avgjørende for en positiv økt og for at foreldrene skulle få kontakt med barnet (Drejer og Skjelstad 2014, Blomqvist et al. 2011 og Blomqvist et al. 2012).). I følge Blomqvist et al. (2012) opplevde foreldrene ukomfortable møbler på neonatalavdelingen, som gjorde det vanskelig å utføre kengurumetoden på best mulig måte.

Noen syntes det ble for mye stimulering av det premature barnet, der foreldre opplevde det å ligge alene i kuvøsen som avslappende for barnet. Det ble viktig for foreldrene at personalet respekterte foreldrenes egne vurderinger, og tok individuelle hensyn i forhold til de premature barna (Drejer og Skjelstad 2014 og Boucher et al. 2010).

4.2.2 Hud-mot-hud-kontakt styrker foreldre-barn-båndet

Et annet funn i vår litteraturstudie er hud-mot-hud-kontakt. Det var få foreldre som opplevde hudkontakt rett etter fødselen. Det tekniske utstyret på neonatalavdelingen opplevdes som et hinder, og foreldrene følte seg derfor usikker ved berøring av barnet (Hansen 2010, Baylis et al. 2014, Arnold et al. 2012). Det tok tid å venne seg til den nye situasjonen, men ved hjelp av hud-mot-hud-kontakt hjalp det foreldrene å forstå at det var deres barn. Hud-mot-hud-kontakten styrket foreldre-barn-båndet, og flere fedre forteller at det forsterket deres følelse av å spille en viktig rolle i barnets liv (Helth og Jarden 2012, Arnold et al. 2012 og Hansen 2010). Hud-mot-hud-kontakt fremmer foreldrenes opplevelse av mor- og farsrollen (Hansen 2010 og Helth og Jarden 2012).

4.2.3 Amming bidrar til kontakt mellom mor og barn

I funnene så mødrene på amming som en metode for å få kontakt med det premature barnet. Ved amming følte mødrene at de hadde kontroll over barnet sitt, og ikke minst fikk en tilknytning til barnet. Mødrene ble kjent med den nyfødtes signaler og atferd (Boucher et al. 2010 og Björk et al. 2012). God informasjon og veiledning ble viktig, da mødrene så på det medisinske utstyret som en barriere under ammingen. Ved å bli kjent med den nyfødtes signaler og atferd, i tillegg til å lære gode teknikker, kunne dette optimalisere ammeopplevelsen. Dette var avgjørende for å oppnå kontakt (Boucher et al. 2010, Björk et

al. 2012 og Roller 2003). Flere mødre synes likevel at de opplevde større tilknytning ved kengurumetoden enn ved amming. Dette fordi ammingen kunne oppleves stressende med tanke på å opprettholde melkeproduksjonen, som krevde tid og energi, samt veiing etter måltid (Roller 2003, Boucher et al. 2010, Björk et al. 2012). Blant annet forteller en mor:

... We weighted him, before and after every meal. This was a bit annoying and stressful, and I became totally absorbed in the scales started thinking how we could weigh him at home because you could not borrow one (Björk et al. 2012, 27).

4.3 Informasjon og veiledning fra helsepersonellet er avgjørende for kontakt

I våre funn ser vi at det er delte meninger rundt informasjonen og veiledningen som er gitt av personalet, for hjelpe foreldrene å oppnå kontakt med barnet (Guillaume et al. 2013, Blomqvist et al. 2011, Stevens, Gazza og Pickler 2014, Arnold et al. 2012, Blomqvist et al. 2012, Hagen, Iversen og Svindseth 2006, Spinelli et al. 2015, Roller, Björk et al. 2012). Flere fedre opplevde det betryggende med helsepersonellet tilstede, mens andre fedre følte seg forvirret og ekskludert. Det ble vanskelig å finne sin plass dersom helsepersonellet tok overhånd (Hagen, Iversen og Svindseth 2006 og Arnold et al. 2012). Noen foreldre syntes det var positivt med en balanse mellom det å få råd og veiledning av helsepersonellet og være selvstendige. Slik kunne de få hjelpe til på sin måte, og etter hvert bli mer selvstendig. I forhold til amming forteller en mor:

It was very positive that the health professionals was so calm and encouraging but not too pushy and stayed in the background. It is important that they step forward now and then and give advice but at the same time let me try on my own (Björk et al. 2012, 28).

Det ble viktig for foreldrene at helsepersonellet hadde god tid, spesielt ved amming og kengurumetoden. Helsepersonellet spilte en viktig rolle ved ammingen, da mødre ble avhengig av å lære gode teknikker, samt å se positive og negative sider (Blomqvist et al. 2012 og Stevens, Gaza og Pickler 2014). Helsepersonellets holdninger hadde mye å si, da

noen foreldre opplevde dem som bråkete og forstyrrende under utøvelsen av den krevende kengurumetoden (Guillaume et al. 2013 og Blomqvist et al. 2012).

Å ha mange forskjellige helsepersonell å forholde seg til, kunne påvirke muligheten til å ta seg av barnet. Informasjon fra helsepersonell til helsepersonell kunne variere, og foreldrene opplevde det som vanskelig å vite hva de skulle forholde seg til. Dette førte til usikkerhet og stress (Björk et al. 2012, Spinelli et al. 2015 og Blomqvist et al. 2011). Flere oppga også mangel på informasjon, der beslutninger ble tatt uten foreldrenes samtykke. Dette førte til mangel på kontroll for flere. Positive tilbakemeldinger underveis gjorde det lettere å godta situasjonen, da mødre opplevde dette som betryggende (Spinelli et al. 2015, Roller 2003, Björk et al. 2012). I Roller (2003) forteller blant annet mødre at å få bilde av barnet fra neonatalavdelingen var betryggende.

5.0 Diskusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke foreldres erfaringer med å få et nyfødt prematurt barn. I følge høgskolen i Molde sine retningslinjer for avsluttende bacheloreksamen i sykepleie, skal vi drøfte metode og ulike resultat av litteraturstudien vår. Funnene våre skal også drøftes opp mot mulige konsekvenser for sykepleiers yrkesfunksjon i praksis (Michaelsen og Mundal 2016).

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuterer vi styrke og svakheter ved metodiske valg som vi har anvendt i vår litteraturstudie.

5.1.1 Datainnsamling

De fleste artiklene våre ble funnet i OVID Medline. Vi brukte denne databasen da dette er verdens største database innen medisin, sykepleie, odontologi, preklinisk vitenskap m.m. (Nordtvedt et al. 2012). I tillegg hadde vi erfaring med denne databasen fra tidligere. At vi i tillegg har benyttet oss av Proquest og SveMed+ er en styrke i litteraturstudien vår, da vi fikk et større omfang av artikler i og med at databasene kan inneholde ulike artikler. Vi ser likevel at mange artikler går igjen i flere databaser. En svakhet ved kun å søke i tre databaser, kan være at vi har gått glipp av relevante artikler da de ulike databasene, som nevnt, kan inneholde ulike artikler.

Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Da vi startet å utarbeide inklusjonskriterier, avgrenset vi først til premature født mellom svangerskapsuke 28-37. Dette fordi at dersom et barn fødes før 28 svangerskapsuke betegnes barnet som ekstremt prematur (Monsen 1999). Likevel har man i dag muligheten til å behandle barn som er født etter 23-24 svangerskapsuke (Markestad 2016). Vi valgte derfor underveis å endre inklusjonskriteriene til uke 24-37. Funn er sammenfallende både hos ekstremt premature og premature, og vi ser derfor ikke dette som en svakhet i litteraturstudien vår. Nyfødte utvikler seg raskere gjennom kontakt med mor og far. Tilretteleggingen for kontakt mellom foreldre og barn blir gjort både hos de ekstremt

premature og de premature barna, så lenge barnets helse er stabil nok til det. På den andre siden kan det være en svakhet at inklusjonskriteriet er avgrenset helt ned til svangerskapsuke 24. Dette fordi jo tidligere født det premature barnet er, jo mer medisinsk utstyr vil barnet være avhengig av for å leve.

Underveis i søkeprosessen, måtte vi utvide inklusjonskriteriet i forhold til årstall da vi opprinnelig hadde artikler fra 2010 – til dags dato. Dette fordi vi så det ble vanskelig å finne nok artikler. Vi utvidet derfor inklusjonskriteriet til artikler fra 2003 – til dags dato. Vi ser ikke dette som en svakhet, da de tre artiklene fra 2003, 2005 og 2006, er relevante i forhold til vår problemstilling. Dessuten har de tre artiklene utenfor det opprinnelige inklusjonskriteriet, sammenfallende funn som resten av de inkluderte artiklene. Dette styrker derfor litteraturstudien vår.

Til tross for at vi ikke har satt inklusjonskriterier i forhold til land, er de fleste artiklene våre fra Europa. I tillegg til artikler fra europeiske land, har vi inkludert to artikler fra Canada og USA. Disse to landene anser vi som overførbare til den norske kulturen, og vi ser det derfor som en styrke for litteraturstudien. Vi har også inkludert to norske forskningsartikler. Dette er en styrke, da litteraturstudien vår kan overføres til nordisk praksis.

Fremgangsmåte for søkehistorikk

Etter vi hadde utarbeidet inklusjon- og eksklusjonskriteriene, laget vi PI(C)O-skjemaet. Under søkingen kombinerte vi søkeordene med OR og AND. At vi har brukt OR mellom søkeordene er en styrke, da dette utvider og vi dermed får et større omfang av artikler. Det at vi har brukt AND har både styrker og svakheter. En svakhet er at ved bruk av AND avgrenser man, og vi kan dermed ha gått glipp av relevante artikler og funn. På den andre siden vil AND gjøre at vi kan få relevante artikler som omhandler søkeordene som vi kombinerer sammen. Sannsynligheten for at artiklene er relevant for vår problemstilling er derfor stor.

Da vi hadde litt kunnskap om temaet fra før, valgte vi å bruke søkeordet «neonatal unit» i søkene (Vedlegg 1). Dette er en styrke da det økte sannsynligheten for å få artikler som omhandlet ulike metoder som blir brukt for at foreldrene skal oppnå kontakt, under

sykehusoppholdet. Til tross for at vi hadde kunnskaper om ulike metoder som blir anvendt, har vi ikke utelukket funn som viser til andre metoder.

Det var nytt for oss hvordan vi skulle søke i de ulike databasene. Dette kan være en svakhet og derfor ha påvirket de første søkene våre. På denne måten kan vi ha gått glipp av relevante artikler underveis i prosessen med å bli kjent med databasene. At vi fikk hjelp av bibliotekar med hvordan vi skulle søke i de ulike databasene, kan derfor være en styrke. Dette fordi det har hjulpet oss med å få et bedre og strukturert søk.

To av våre inkluderte artikler inneholder både kvalitativ og kvantitativ metode (Vedlegg 3). Vi valgte å inkludere disse artiklene selv om vi hadde en kvalitativ problemstilling, da vi ser at de kvantitative funnene er i samsvar med de kvalitative funnene. Blant annet i artikkel 1 (Vedlegg 3) handler de kvantitative funnene om hvor fornøyd foreldrene var med kengurumetoden på en skala 1-5. Vi ser dette som en styrke i oppgaven vår fordi vi får en bekreftelse på positive og negative erfaringer som foreldre har i forhold til kengurumetoden. Vi ser dermed at det er en stor andel av foreldrene som er fornøyde og positive til denne metoden. I artikkel 6 (Vedlegg 3) får vi et svar på hvor mange som får ha hudkontakt med barnet rett etter fødselen, noe som kan ha betydning for tilknytningen. Vi har ikke tatt noe mer stilling til de kvantitative funnene i artikkel 6 fordi de ikke er relevant i forhold til vår problemstilling.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Vi arbeidet tett sammen gjennom hele søkeprosessen for å få et best mulig utvalg av artikler. Det ble en grundig prosess der vi sammen gikk igjennom søkene og utvalget av artikler. At vi har hatt noen uenigheter rundt artiklene på hva som kan være relevant og ikke, ser vi som en styrke i søkeprosessen. På denne måten har vi diskutert oss fram til gode grunner for relevans. Likevel kan også det at vi har arbeidet mye sammen være et svakt punkt, da muligheten for å bli påvirket av hverandres meninger er stor. Vi kan dermed ha utelukket relevante forskningsartikler til vår studie.

Fra Kunnskapssenteret (2016) har vi brukt kvalitative sjekklister som har hjulpet oss med å kvalitetsvurdere forskningsartiklene. Vi brukte en del tid for å sette oss inn i hva vi skulle se etter i artiklene. Vi jobbet sammen, hvor vi stilte spørsmål og fant svar i artiklene, og

ble enige om hva som var et godt nok svar. Når vi ikke klarte å besvare spørsmålet i sjekklisten, gikk vi i gjennom artiklene hver for oss for å se om den andre parten kunne se om spørsmålet kunne besvares. Det ble gjort en grundig jobb og ser dette som en styrke i litteraturstudien vår da vi har hatt et kritisk blikk på artiklene. Artiklene måtte oppfylle 9 av 11 kriterier i sjekklisten for at de skulle inkluderes i studien. Vi har likevel tatt en helhetsvurdering av artiklene som er en styrke, da enkelte punkt veier høyere opp enn andre.

De fleste av våre inkluderte artikler er skrevet på engelsk, og derfor kan det være en mulighet for at oversettingen kan ha blitt tolket feil. Dette fordi flere ord på engelsk kan ha flere eller, ulike betydninger når man oversetter til norsk. Dette være en svakhet i litteraturstudien vår.

5.1.3 Analyse

Når vi skulle systematisere vår analyse brukte vi Evans (2002) fire faser. Dette var til god hjelp for å finne relevante funn raskt. Dette er en styrke, da vi fikk en helhetlig oversikt. Vi leste gjennom hver og en artikkel for å identifisere funn. Etterhvert leste vi kun resultatdelen og markerte de funnene som ga oss svar på problemstillingen. Vi tror at det kan være en styrke i oppgaven vår i og med at vi har gjennomgått funnene sammen, og derfor diskutert og reflektert over de ulike funnene. En svakhet her kan være at vi har blitt en del påvirket av hverandre og kan derfor ha utelukket en del gode funn. For å gjøre denne prosessen enklere og mer oversiktlig markerte vi med fargekode for hvert funn i artiklene. Deretter laget vi et tankekart for å sammenligne funnene og få på plass hovedfunnene og underfunnene. Dette er en metode vi synes ga mer oversikt over like funn og er med å styrke analysen vår. Vi diskuterte oss frem til tre hovedoverskrifter i form av hovedfunn.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 En «berg- og dalbane» med følelser

I funnene våre kom det fram store forskjeller ved møte med det premature barnet første gang og det å komme i kontakt med barnet. I følge Pearson og Anderson (2001, sitert i Sandtrø, 2009, 75) vil foreldre til premature barn ha et helt annet behov for støtte og omsorg enn foreldre til friske fullbårne barn. Ut i fra funnene våre beskriver foreldrene fødselen som et sjokk. Dette bekreftes av teori da en prematur fødsel vil komme uforberedt og de naturlige forberedelsene vil bli avbrutt (Sandtrø 2009). Det framkommer i funnene at det ble mange inntrykk, og foreldrene hadde dermed et behov for å skjerme sine egne følelser. Dette kan henge sammen med andre faktorer som spiller inn hos foreldrene, da årsaken til en prematur fødsel ofte skyldes sykdom hos mor (Markestad 2016). Det er dermed mye å ta inn over seg. I praksis kan det derfor være viktig at sykepleier respekterer foreldrenes følelser og behov. Funnene viser at foreldrene trengte følelsesmessig støtte, da følelsene gjerne gikk i en «berg- og dalbane». For at foreldrene skal føle seg ivaretatt kan det derfor være viktig at sykepleier vise at man er til stede, når de har behov for å snakke.

Ved en neonatal avdeling vil de premature barna være tilkoblet medisinske utstyr på grunn av sin umodenhet (Markestad 2016). I funnene opplever foreldrene det medisinske utstyret som en barriere når det gjelder nærkontakt med barnet, og holdt dermed avstand. I følge Sandtrø (2009) kan foreldrene føle redsel overfor barnets helse og at det kanskje ikke vil overleve, som også kan være en faktor som gjør at foreldrene distanserer seg. Sykepleier kan derfor gi informasjon, slik at foreldrene får kunnskap om det medisinske utstyret.

Dette da det også kommer fram i funnene våre at foreldrene så på det medisinske utstyret som viktigst, og følte seg derfor tilsidesatt. I følge Ravn (2009) har nyfødtafdelingen vært preget av en kultur med vekt på å «redde liv». Sykepleiernes arbeidsoppgave er knyttet til akutt og livstruende tilstander hos det nyfødte barnet. Fokuset til sykepleierne kan derfor være på det premature barnets behov. I praksis har sykepleier likevel et ansvar å ta seg av pårørende i akutte situasjoner. Funnene forteller at foreldre til premature barn opplever en uforutsigbar situasjon, og støtte vil derfor være viktig. Informasjon fra sykepleier kan derfor bidra til trygghet, som kan være avgjørende for at foreldrene får kontakt.

Å få tid til å godta den uvirkelige situasjonen var et viktig funn som kom fram. Mange foreldre opplevde det vanskelig å få tilknytning til barnet, men ønsket likevel å bli kjent med det. I et av funnene våre beskriver foreldrene det premature barnet som «et monster» og «utsultet». Dette henger sammen med at premature barn ikke er ferdigutviklet (Tveiten 1998). Til tross for at premature barn er individuelle, kan sykepleier gi generell informasjon om barnets utseende og hva som er normalt angående dette. Ifølge Klaus og Kennel (1979, sitert i Ravn, 2009, 252) er likevel kontakt de første timene og dagene etter fødselen mellom foreldre og barn veldig viktig i forhold til tilknytning. Som nevnt i tilknytningsteorien til John Bowlby kan en adskillelse på dette tidspunktet være skadelig for kontakt og samspill mellom foreldrene og barnet (Tveiten 1998). Så fremt det er mulig, må sykepleier derfor tilrettelegge for at foreldre får tidligst mulig kontakt gjennom ulike metoder som blir anvendt på neonatalavdelinger. Erfaringer fra praksis viser til at kontakt blir tilrettelagt avhengig av den medisinske tilstanden til barnet.

I funnene forteller foreldrene at det ble vanskelig å få et intimt forhold på avdelingen, da de ikke hadde mulighet til å ta med seg barnet hjem. De følte seg som «besøkende» hos barnet. Det kan derfor oppleves vanskelig å fungere som en familie. Ut i fra praksiserfaringer vet vi at et sykehusopphold sammenlignet med hjemmesituasjonen fører til mindre privatliv. Dette henger sammen med at man må forholde seg til helsepersonell døgnet rundt. Ravn (2009) forteller at det å ha et barn innlagt på en neonatalavdeling er generelt en stressende opplevelse for foreldrene, spesielt for mødre. Stresset kan videre påvirke spillet mellom foreldrene og barnet. Sykepleier kan minske stresset hos foreldrene ved å bruke omsorgsmodellen NIDCAP, der mor og far inkluderes i omsorgen. På denne måten samsvarer det også med funnene, da foreldrene har et behov for å være selvstendige for å føle seg som en familie. Ved å bli inkludert i omsorgen for barnet, opplevde foreldrene å se bedring i helsa til barnet. Dette kan dermed minske stresset for foreldrene.

5.2.2 Metoder som kan knytte foreldre og premature barn

Foreldrene hadde erfaringer ved bruk av ulike metoder for å få kontakt med barnet, under sykehusoppholdet. Disse metodene er kengurumetoden, hud-mot-hud-kontakt og amming.

Kengurumetoden bedrer tilknytningsprosessen

I funnene våre opplevde foreldrene kengurumetoden som både positivt og negativt. Mødre og fedre hadde dessuten ulike erfaringer, da fedre følte seg ofte tilsidesatt. Det positive ved bruk av kengurumetoden var at de følte barnet hadde det trygt, og at barnet slappet av. I følge Bergseth og Øye (2013) vil barnet ligge i kjente omgivelser ettersom barnet vil kjenne igjen mor og far sin stemme fra da det lå inne i magen til mor. At foreldrene følte at barnet hadde det trygt, bekreftes derfor i teorien da lukten og varmen fra mor er faktorer som trygger barnet. Videre kommer det fram i funnene at kengurumetoden hjalp foreldrene å bli kjent med barnet som førte til en forsterket foreldrerolle. Dette bidro til tilknytning. I R.Charpak (2003, sitert i Steinnes, 2009, 54) underbygges disse funnene, der det står at kengurumetoden reduserer stress hos både foreldre og barn, samt at det bedrer tilknytningsprosessen og barnets utvikling. Dette kan også sees i sammenheng med funn om at foreldrene følte de gjorde noe bra for barnet, som her blir bekreftet i og med at kengurumetoden bidrar til utvikling. Bergseth og Øye (2013) skriver at kengurumetoden fremmer barnets vekst, søvn, amming, melkeproduksjon, immunforsvar, og ikke minst kontakten mellom foreldrene og det nyfødte barnet. I Kleberg et al. (1995, sitert i Sandtrø 2009, 71) står det også at foreldrenes respirasjonsbevegelse vil stimulere barnets pust og dermed forebygge apneer, noe et prematurt barn er svært utsatt for.

Til tross for funn om at mange beskriver kengurumetoden som tilknytningsskapende, kommer det også fram at metoden var krevende. I Steinnes (2009) står det at lange perioder på brystet til enten mor eller far, reduserer antall forflytninger inn og ut av kuvøsen. Antall forflytninger kan oppleves som stressende for barnet. I Charpak (2005, sitert i Steinnes, 2009, 54) står det at det derfor er viktig å sitte minimum to timer med barnet på brystet. Sykepleier må derfor ha forståelse for at foreldrene opplever kengurumetoden som krevende, men på den andre siden være klar over at minst mulig forflytninger er viktig for barnet. Bergseth og Øye (2013) skriver at ved flere forflytninger har barnet lettere for å bli overstimulert. Antall forflytninger kan derfor påvirke kontakten. I funnene kommer dette også fram hos foreldrene, da foreldrene så på det å ligge alene i kuvøsen som hvilende. På den andre siden står det i Ravn (2009) at en kuvøse kan

oppleves som et fysisk hinder. Sykepleier må ta hensyn til foreldrenes meninger, men likevel opplyse foreldrene om hvorfor lange perioder er nødvendig. For å redusere antall forflytninger kan sykepleier oppmuntre og veilede foreldrene, avhengig av hvem som skal utføre kengurumetoden, til å løfte barnet ut av kuvøsen selv. Sykepleier kan så bidra til å holde ledninger og annet medisinsk utstyr, slik at foreldrene kan fokusere på barnet og trygge det.

Når mor eller far skal utføre kengurumetoden er det dessuten viktig å forberede seg på forhånd, og ha ordnet en komfortabel hvileplass (Bergseth og Øye 2013). Funn viser at foreldre opplevde møblene som ukomfortable på neonatalavdelingen, som førte til at det ble vanskelig for foreldrene å utføre kengurumetoden. Flere foreldre fortalte at en optimal stilling var avgjørende, dersom de skulle få kontakt med barnet. En ukomfortabel kenguruposisjon vil påvirke tilknytningen mellom barnet og foreldrene, da mye av fokuset vil være på den ukomfortable sitteposisjonen. En delvis oppreist stilling som er komfortabel er derfor viktig, da dette vil optimalisere respirasjonen og det premature barnet unngår reflux (Steinnes 2009). Sykepleier må derfor hjelpe foreldrene å tilrettelegge for en behagelig sitteposisjon og støtte under med puter dersom dette skulle være nødvendig. Gode lenestoler kan dessuten være et tiltak for neonatal avdeling som bidrar til best mulig utførelse av kengurumetoden.

Nærkontakt med det premature barnet ved hjelp av hud-mot-hud-kontakt

I våre funn var det få foreldre som opplevde hud-mot-hud-kontakt rett etter fødselen med det premature barnet. I følge Häggkvist (2009) skal alle barn og foreldre som blir skilt etter fødselen få muligheten til å ha hud-mot-hud-kontakt. Begge foreldrene får berøre barnet, slik at de har muligheten til å knytte sterke bånd og en tilknytning til det premature barnet. Dette bekreftes også i John Bowlbys tilknytningsteori (Tveiten 1998).

Det medisinske utstyret kommer også herunder frem som et hinder. Foreldrene var derfor usikker ved berøring av barnet. Likevel hevder Sandtrø (2009) at mødre har lettere for å akseptere at de har fått et prematurt barn ved hudkontakt. Sykepleier må derfor informere om at det medisinske utstyret ikke skal være en hindring for kontakt med barnet. Informasjon om at tidligst mulig hud-mot-hud-kontakt kan styrke båndet mellom

foreldrene og barnet, vil også være viktig. Sykepleier må derfor tilrettelegg for denne kontakten, da det fremmer foreldrenes opplevelse av foreldrerollen. I tillegg kan foreldre ønske å stryke på barnet, men ifølge Sandtrø (2009) tolereres ikke fingertuppestryking hos barn som er skjøre, slik som premature barn. Veiledning vil videre være nødvendig i forhold til hvordan de skal berøre sine barn på en måte som er tilpasset deres sårbarhet (Sandtrø 2009). I Bon (2002, sitert i Sandtrø 2009, 72) står det at det kan være bedre å la hendene ligge rolig nær barnet eller å holde hånden rolig og varsomt over barnets kropp. Om barnet aksepterer å bli berørt eller ikke, kommer an på dets søvn-våkenhetsgrad, medisinske tilstand og signaler/atferd.

Bli kjent gjennom amming

Å amme har mange fordeler både for mor og for det premature barnet. For et fullbåret barn vil ammemonsteret være rytmisk suging, svelging og pusting som følger hverandre i en lang periode. Et prematurt barn vil suge og svelge urytmisk, samt puste i ny og ne. Tidlig kontakt med brystet og tidlig ammestart gir en anledning for det premature barnet til å øve seg mye, og utvikle en ammekompetanse enn tidligere forventet (Häggkvist 2009). I funnene våre kommer det fram at amming bidrar til kontakt mellom mor og barnet. Mødrene opplevde å få en tilknytning til barnet og ble kjent med den nyfødtes signaler og atferd. Det er viktig å huske på at de premature barna gir mye svakere og mer diffuse signaler (Bergseth og Øye 2013). Amming kan derfor bidra til at, da spesielt mor, lettere kan oppdage barnets signaler på når det er sulten i og med at det ligger på mors bryst. I følge Charpak et al. (2001, sitert i Häggkvist 2009, 311) føler mødrene seg roligere og mer kompetente ved å kunne amme. Dette ble også sett i våre funn, der mødrene forteller at de følte de hadde mer kontroll over situasjonen ved amming. En fordel med å ha barnet så nært som mulig inntil mor, er også at melkeproduksjonen til mor vil bli stimulert (Häggkvist 2013). Dersom mor ikke ammer av ulike årsaker, kan sykepleier inkludere både mor og far i forberedningen av maten. Dette bidrar til at foreldrene får en følelse av tilknytning til barnet på samme måte som ved amming.

For at mor og barn skal få kontakt under amming, kommer det fram i funnene våre at det er viktig å lære seg gode ammeteknikker for å optimalisere ammeopplevelsen. Bergseth og Øye (2013) skriver at en god sitteposisjon for mor og en rolig atmosfære uten forstyrrende lys og lyd er viktig for barnet. Sykepleier må derfor tilrettelegge for dette, samt gi

informasjon om amming til premature barn. Premature barn har også vanskeligheter med å holde beina og armer inntil kroppen, og det vil derfor bli viktig at barnet har god støtte rundt seg. På denne måten klarer barnet å holde fokus og konsentrere seg om ammingen (Bergseth og Øye 2013). Dette vil være en forutsetning for at mor og barn skal ha mulighet til å oppnå kontakt.

På en annen side ser vi i funnene våre at mødrene opplevde større tilknytning ved bruk av kengurumetoden, enn ved amming. De beskriver at dette var på grunn av at ammingen kunne oppleves som stressende, fordi at det krevde energi og tid, med blant annet å opprettholde melkeproduksjonen og veiingen før og etter ammingen. I Håggkvist (2009) står det at mødrene opplever veiing veldig forskjellig, der noen kan føle det som en trygghet og oppmuntring, mens andre igjen som stressende. Mødrene klarte derfor ikke å nyte ammesituasjonen. Dette kan videre føre til at det blir vanskelig å få skikkelig kontakt med barnet. For å bidra til at ammingen oppleves mindre stressende, kan sykepleier avdramatisere nødvendigheten for ammingen til mor. At mødrene opplevde mindre tilknytning ved amming, kan også henge sammen med at barnet blir for opptatt med å konsentrere seg med å suge, svelge og puste samtidig. Kontakten som da skapes, vil være gjennom å oppfatte signalene barnet gir ved sult eller overstimulering.

5.2.3 God informasjon og veiledning gjør det lettere for foreldrene å finne foreldrerollen

Helsepersonellet kan ikke alltid fjerne smerten eller «gjøre alt normalt igjen» for foreldrene med premature barn. Spørsmålet er i hvilken grad sykepleieren kan bistå foreldrene slik at de kommer seg igjennom prosessen, eller i det minste får starte å bearbeide inntrykk og reaksjoner (Tandberg 2009). Dette vil påvirke hvordan foreldrene opplever det å få kontakt med det premature barnet. Det kom fram i våre funn at det var delte meninger hos foreldrene når det gjaldt informasjonen og veiledningen. Tandberg (2009) forteller at kunsten for sykepleierne er å være til stede, aktivt lytte, uten å falle for fristelsen til å bli rådgivende. Det kommer videre fram i funnene at, spesielt fedrene, opplevde det som vanskelig å finne sin plass på avdelingen dersom helsepersonellet tok overhånd. Som sykepleier vil det derfor være viktig å finne en balansegang mellom å være hjelpende og en trygghet, og ikke ta over og ekskludere foreldrene. Samtidig vil det være

viktig å forstå foreldrenes behov for veiledning. I funnene våre opplevde foreldrene dette som positivt.

Et annet funn var at mange foreldre opplevde å ikke bli hørt i viktige avgjørelser angående barnet. Sykepleier må derfor inkludere foreldrene i slike avgjørelser, da det kan øke tilknytningen til det premature barnet. For barnets beste er det viktig at foreldrene og personalet kan utgjøre et team sammen. På den andre siden er det en forutsetning at foreldrene har en klar og tydelig foreldrerolle, dersom foreldrenes meninger skal bli hørt i et slikt team (Tandberg 2009). Det vil derfor bli viktig å trekke inn funnet om at fedrene hadde vanskeligheter med å finne sin plass på avdelingen. For at far ikke skal bli ekskludert kan sykepleier tildele konkrete oppgaver som det å observere barnets puls, respirasjon og søvnmønster på intensivkurvene. Dette kan bidra til å forsterke farsrollen, der far får følelsen av å hjelpe til. Til tross for hjelp vil uansett sykepleier enkelt ha kontroll over dette.

Det kom fram i funnene at foreldrene så at informasjon fra helsepersonell til helsepersonell kunne variere. Dette førte til usikkerhet og stress hos foreldrene, da det ble vanskelig å vite hva og hvem de skulle forholde seg til. For å skape trygghet for foreldrene kan et mindre team bidra til kontinuitet og mest mulig lik informasjon til foreldrene. Innenfor dette lille teamet, kan foreldrene forholde seg til en primærsykepleier. Dette kan redusere stress.

Funnet om mangel på informasjon, førte videre til at flere foreldre opplevde mangel på kontroll. I følge Tandberg (2009) har familier med premature barn har to behov knyttet til informasjon og kunnskap. Det første er et kognitivt behov, som går ut på å få informasjon og kunnskap til å få en best mulig opplevelse av kontroll over situasjonen. Det andre er affektive behov som vil si at foreldrenes følelse skal bli tatt på alvor av helsepersonalet. Mødrene erfarte positive tilbakemeldinger underveis som betryggende. Uavhengig av negativ eller positiv informasjon har helsepersonell en lovfestet plikt til å gi informasjon til pårørende. I tillegg har pårørende en lovfestet rettighet til å motta informasjon (Tandberg 2009). Likevel vet vi fra erfaringer tidligere i praksis at pårørende generelt har lett for å mistolke informasjon som blir gitt dersom situasjonen oppleves som en krise. Derfor er det viktig for sykepleier å ordlegge seg konsist og konkret, slik at det ikke skapes unødig misforståelser som kan føre til stress for foreldrene.

En annen ting er at vi i 2017 har god tilgang til internett der foreldrene enkelt kan finne informasjon og derfor lese seg opp. Dette er en utfordring for sykepleiere og har både fordeler og ulemper. Fordelene kan være at foreldrene får et større innblikk i barnets situasjon, som kan bidra til trygghet. Ulempen kan på den andre siden være at ikke alt er like troverdig på internett, og at det kan bli stressende for foreldrene dersom de ikke har kompetansen til å forstå innholdet. Dette kan også føre til mindre bruk av sykepleier i forhold til informasjon og veiledning. Som sykepleier kan man heller ikke ta for gitt at foreldrene har vært kritiske nok til denne informasjonen, til å sile ut troverdig informasjon fra uriktig. Noen foreldre kan føle at de har lest seg godt nok opp og tror dermed de mestrer situasjonen. Sykepleier burde likevel gi muntlig informasjon til foreldrene, i tillegg til skriftlig informasjon i form av brosjyrer. Konkret informasjon vil være viktig, da alle premature barn er individuelle.

For at veiledningen skulle bli optimal, kom det fram i funnene at det ble viktig for foreldrene at helsepersonellet hadde god tid. Ved at sykepleier viser god tid til foreldrene, bedrer det samspillet. I en høyteknologisk avdeling som en neonatal avdeling, er det et høyt tempo og det oppstår ofte akutte situasjoner (Tandberg 2009). Som i de fleste andre akutte tilfeller, har sykepleier en viktig rolle å vise kontroll som kan skape trygghet for pårørende. At foreldrene opplever at sykepleier har kontroll, kan vises med at sykepleier da tar seg god tid til tilrettelegging. Dette spesielt ved amming og kengurumetoden, som foreldrene nevnte i våre funn, da disse metodene var veldig krevende.

6.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke foreldres erfaringer med å få et nyfødt prematurt barn. Litteraturstudien ga svar på vår problemstilling «hvordan erfarer foreldre å få kontakt med det premature barnet under sykehusoppholdet?».

Litteraturstudien vår viser at det er store forskjeller ved møte med det premature barnet for første gang. Foreldrene sitter igjen med mange inntrykk etter den uforberedte og sjokkerende fødselen, i tillegg til at den høyteknologiske avdelingen med forskjellige fagfolk å forholde seg til gjør det vanskelig for foreldrene. Sykepleiere har derfor en viktig rolle ved å gi følelsesmessig støtte, da følelsene gikk i en «berg- og dalbane».

Det medisinske utstyret er et viktig tema som gjentar seg i litteraturstudien, da dette oppleves som en barriere for foreldrene innenfor de ulike metodene. Sykepleiere må derfor informere og gi foreldrene kunnskap om det medisinske utstyret, i tillegg til å påpeke at dette ikke skal være en hindring for kontakt med barnet. Dette fordi foreldrene føler at de må holde avstand til barnet på grunn av dette utstyret.

Når det gjaldt de ulike metodene for kontakt, opplevde foreldrene tilknytning både ved kengurumetoden, amming og hud-mot-hud-kontakt. I litteraturstudien vår løftes det fram at det er kengurumetoden som er mest tilknytningsskapende, men amming bidrar til at mor blir kjent med sitt premature barn. Likevel ansees de to sistnevnte metodene som krevende. Sykepleier må derfor ha forståelse for dette, men samtidig vite hva som er det beste for barnet.

For at foreldre skal oppnå kontakt med det premature barnet er de avhengige av helsepersonellet på neonatal avdelingen. Det er viktig at sykepleier er tilstede og tar seg tid, samt være aktiv lyttende. For at foreldrene skal få foreldrerollen, vil det bli viktig for dem å være selvstendig og bli kjent med barnet. Som sykepleier må man derfor finne en balansegang mellom å være hjelpende og en trygghet, og ikke ta over og ekskludere foreldrene. Mange foreldre ønsker å være delaktig i avgjørelser som gjelder barnet, men det vil da være en forutsetning at foreldrene har en klar og tydelig foreldrerolle. God kompetanse og kunnskap hos personalet på neonatalavdelingen kan bidra til at foreldrene finner foreldrerollen, som vil ha stor betydning for å få kontakt med det premature barnet.

6.1 Forslag til videre forskning

Ut i fra vår litteraturstudie ser vi at mye av fokuset til sykepleierne på en neonatalavdeling gjelder mor og det premature barnet. Vi tenker derfor at det er viktig å sette lys på hvordan man kan hjelpe fedrene til å bli mer inkludert i forhold til barnet.

Det hadde også vært interessant å sett hvilken betydning helsepersonell i et arbeidsteam har for foreldre og det lille premature barnet.

Litteraturliste

Arnold, Leah, Alexandra Sawyer, Heike Rabe, Jane Abbott, Gillian Gyte, Leila Duley, Susan Ayers. 2012. «Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study» *BMJ Open*, 3:e002487. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002487

Baylis, Rebecca, Uwe Ewald, Maria Gradin, Kerstin Hedberg Nyqvist, Christine Rubertsson, Ylva Thernström Blomqvist. 2014. «First-time events between parents and preterm infants are affected by the design and routines of neonatal intensive care units» *Acta Pædiatrica*, Vol. 14, No. 5. doi: 10.1111/apa.12719

Bergseth, Jannicke og Reidun Øye. 2013. *Forstå det for tidlig fødte barnet – foreldreveiledning*. Ålesund: Helse Møre og Romsdal

Björk, Anna, Anna Thelin, Inger Peterson, Kina Hammarlund. 2012. «A journey filled with emotions – mothers' experiences of breastfeeding their preterm infant in a Swedish neonatal ward» *Breastfeeding Review*, 20(1): 25-31, Vol.20, No.1.

Blomqvist Ylva Thernström, Christine Rubertsson, Elisabeth Kylberg, Karin Jöreskog og Kerstin Hedberg Nyqvist. 2011. «Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role.» *Journal of Advanced Nursing* 68(9), 1988-1996. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x

Blomqvist, Ylva Thernström, Lovisa Frölund, Christine Rubertsson, Kerstin Hedberg Nyqvist. 2012. «Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents» *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27; 345-353. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01040.x

Bondesen, Anne og Gitte Jørgensen. 2005. *Børn og unge sundheds- og sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.

Boucher, Camille A., Paola M. Brazal, Cynthia Graham-Certosini, Kathryn Carnaghan-Sherrard, Nancy Feeley. 2010. «Mothers' Breastfeeding Experiences in the NICU» *Neonatal Network*, Vol.30, No.1

Dalland, Olav. 2012. «Etiske overveielser og personvern» *I metode og oppgaveskriving*, red. Olav Dalland, 95-107. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, Olav. 2012. «Gangen i en undersøkelse – hvordan gjøre det?» *I metode og oppgaveskriving*, red. Olav Dalland, 125-149. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, Olav. 2012. «Hva er metode» *I Metode og oppgaveskriving*, red. Olav Dalland, 111-122. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Drejer, Synnøve og Dag Vidar Skjelstad. 2014. «Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer.» *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 51, nummer 12: 1006-1017.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. *Kommunikasjon i relasjoner*, 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol.20, No.2.

Flacking, Renée, Uwe Ewald, Kerstin Hedberg Nyqvist, Bengt Starrin. 2005. «Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit» *Social Science & Medicine* 62(2006) 70-80 doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.026

Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2005. *Pediatri og pediatriisk sykepleie*, 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Guillaume, Sonia, Natacha Michelin, Elodie Amrani, Birgitte Benier, Xavier Durrmeyer, Sandra Lescure, Charlotte Bony, Claude Danan, Oliver Baud, Pierre-Henri Jarreau, Elodie Zana-Taïeb og Laurence Caeymaex. 2013. «Parents’ expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. » *BMC Pediatrics*, 13:18 doi: 10.1186/1471-2431-13-18

Hagen, Inger H., Valentina Cabral Iversen og Marit Følsvik Svindseth. 2006. «Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit» *BMC pediatrics*, 16:92 doi: 10.1186/s12887-016-0631-9

Hansen, Ellen Sæther. 2010. «Fødselen kom som et sjokk – ni foreldrepars opplevelse av for tidlig fødsel.» *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr.1, 6.årgang.

Health, Theresa Dall og Mary Jarden. 2012. «Fathers' experiences with the skin-to-skin-method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles.» *Journal of Neonatal Nursing*, 19: 114-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2012.06.001>

Helsenorge. 2014. *Andre trimester – gravid uke for uke*. Lest 18.03.17
<https://helsenorge.no/gravid/gravid-uke-for-uke/andre-trimester#Uke-27,-28-og-29>

Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt. 2010. *Det nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Häggkvist, Anna-Pia. 2009. «Amming» i *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*, red. Tanberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes, 302-333. Oslo: Cappelen damm as.

Kunnskapsbasert praksis. 2012. *Systematisk oversikt* (Lest 01.03.2017)
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt/>

Kunnskapscenteret. 2016. *Sjekklistor for vurdering av forskingsartiklar*. (Lest 01.12.2016). <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Markestad, Trond. 2008. *Å være foreldre til et for tidlig født barn*. Bergen: Fagbokforlaget

Markestad, Trond. 2016. *Klinisk pediatri*, 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Michaelsen, Ragnhild og Ingunn Mundal. 2016. I *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie 15 sp*. Molde: Høgskolen i Molde.

Monsen, Anne-Lise Bjørke. 1999. *Pediatri – vekst, utvikling og sykdommer hos barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nicolaysen, Gunnar og Per Holck. 2014. *Kroppens funksjon og oppbygning*, 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk helseinformatikk. 2014. Forliggende morkake (Lest 07.03.2017)

<http://nhi.no/graviditetsoraklet/svangerskap-og-fodsel/sykdommer/forliggende-morkake-placenta-previa-2650.html>

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinar. 2012. I *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. 2.utgave. Oslo: Akribe AS

NSD- database for statistikk og høyere utdanning. 2016. *Publiseringskanaler*. (Lest 07.12.16) <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nylander, Gro. 2009. «Amming» i *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barseltid*, red. Mari Landsverk Hagtvedt, 221-234, 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Prematurforeningen. 2016. «Fakta om premature». Lest: 09.03.2017

<http://www.prematurforeningen.no/node/19%C2%A0>

Ravn, Ingrid Helen. 2009. «Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre».

Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn, red. Tanberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes, 244-258. Oslo: Cappelen damm as.

Roller, Cyndi Gale. 2003. «Getting to Know You: Mothers' Experiences of Kangaroo Care» *JOGNN*, 34, 210-217. doi: 10.1177/0884217504273675

Sandtrø, Hege Pettersen. 2009. «Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP», *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*, red. Tanberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes, 57-78. Oslo: Cappelen damm as.

Saugstad, Ola Didrik. 2009. *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus Forlag AS

Spinelli, Maria, Alessandra Frigerio, Lorenzo Montali, Micro Fasolo, maria Simonetta Spada, Giovanna Mangili. 2015. «I still have difficulties feeling like a mother: the transition to motherhood of preterm infants mothers» *Psychology & Health*, 31:2, 184-204, doi: 10.1080/08870446.2015.1088015

Steinnes, Solfrid. 2009. «Sykepleie til premature barn» *Nyfødtsykepleie 2: Syke nyfødte og premature barn*, red. Tanberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes, 27-53. Oslo: Cappelen damm as.

Stevens, Emily E., Elizabeth Gazza, Rita Pickler. 2014. «Parental Experience Learning to Feed Their Preterm Infants» *National Association of Neonatal Nurses*, Vol.14, No. 5. doi: 10.1097/ANC.000000000000105

Store norske leksikon. 2012. «John Bowlby». Lest: 09.03.2017
https://snl.no/John_Bowlby

Sykehuset i Vestfold. 2016. Kengurumetoden-hud-mot-hud. Lest: 08.03.2017.
<http://siv.prod.fpl.nhn.no/aktuelt/tema/kengurumetoden-hud-mot-hud>

Sykehuset i Vestfold. 2016. Nyfødtintensiv seksjon. Lest 22.03.2017
<https://www.siv.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/medisinskfaglig-avdeling/nyfodtintensiv-seksjon>

Tandberg, Bente Sildnes. 2009. «Møtet med familien på nyfødt avdeling». *Nyfødtsykepleie 1: Syke nyfødte og premature barn*, red. Tanberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes, 224-240. Oslo: Cappelen damm as.

Tveiten, Sidsel. 1998. *Barnesykepleie*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

VEDLEGG 1: PI(C)O-skjema

<i>Patient/problem</i>	<i>Intervention</i>	<i>Outcome</i>
Parent*	Neonatal unit	Experienc*
Mother*	Nurs*	Relation*
Father*		Bond*
Premature		

VEDLEGG 2: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 2A

	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Database	Dato
1	Parent*. mp or Parent-Child Relations/	369688				Ovid Medline	25.10.2016
2	Mother-Child Relations/ or mother*. mp.	180434				Ovid Medline	25.10.2016
3	Fathers/ or Father-Child Relations/ or father*. mp.	35357				Ovid Medline	25.10.2016
4	1 or 2 or 3	528459				Ovid Medline	25.10.2016
5	Premature*. mp. Or Premature Birth/ or infant, Premature/	160853				Ovid Medline	25.10.2016
6	4 and 5	17198				Ovid Medline	25.10.2016
7	Infant, Premature/ or neonatal unit. mp.	48222				Ovid Medline	25.10.2016
8	6 and 7	7701				Ovid Medline	25.10.2016
9	Experienc*. mp. or experience	774886				Ovid Medline	25.10.2016
10	8 and 9	668				Ovid Medline	25.10.2016
11	Limit 10 to yr=" 2010-Current"	260				Ovid Medline	25.10.2016
12	Limit 11 to *qualitative	193				Ovid Medline	25.10.2016

	(maximizes sensetivity)						
Totalt		193	15	5	1	Ovid Medline	25.10.2016

Vedlegg 2B

	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Database	Dato
1	Parent*. mp or Parent-Child Relations/	369688				Ovid Medline	26.10.2016
2	Mother-Child Relations/ or mother*. mp.	180434				Ovid Medline	26.10.2016
3	Fathers/ or Father-Child Relations/ or father*. mp.	35357				Ovid Medline	26.10.2016
4	1 or 2 or 3	528459				Ovid Medline	26.10.2016
5	Premature*. mp. Or Premature Birth/ or infant, Premature/	160853				Ovid Medline	26.10.2016
6	4 and 5	17198				Ovid Medline	26.10.2016
7	Infant, Premature/ or neonatal unit. mp.	48222				Ovid Medline	26.10.2016
8	6 and 7	7701				Ovid Medline	26.10.2016
9	Experienc*. mp. or experience	774686				Ovid Medline	26.10.2016
10	8 and 9	668				Ovid Medline	26.10.2016
11	Limit 10 to yr=" 2010-Current"	268				Ovid Medline	26.10.2016
12	Limit 11 to *qualitative (maximizes sensetivity)	193				Ovid Medline	26.10.2016
13	Nursing/ or Nursing Staff, Hospital or nurs*. mp.	585319				Ovid Medline	26.10.2016
14	10 and 13	203				Ovid Medline	26.10.2016
15	2 and 13	56				Ovid Medline	26.10.2016
Totalt		56	10	3	3	Ovid Medline	26.10.2016

Vedlegg 2C

	Søkeord	Antall Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Databaser	Dato
1	Parent* or mother* or father*					ProQuest	25.10.2016
2	AND premature					ProQuest	25.10.2016
3	AND nurs*					ProQuest	25.10.2016
4	AND experienc*					ProQuest	25.10.2016
5	AND qualitative					ProQuest	25.10.2016
Totalt		111	9	2	1	ProQuest	25.10.2016

Vedlegg 2D

	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Databaser	Dato
1	Premature					SveMed+	25.10.2016
Totalt		407	4	3	2	SveMed+	25.10.2016

Vedlegg 2E

	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Database	Dato
1	Parent*. mp or Parent-Child Relations	400390				Ovid Medline	14.11.2016
2	Mother-Child Relations/ or mother*. mp.	196296				Ovid Medline	14.11.2016
3	Fathers/ or Father-Child Relations/ or father*. mp.	39555				Ovid Medline	14.11.2016
4	1 or 2 or 3	573489				Ovid Medline	14.11.2016
5	Premature*. mp. Or Premature Birth/ or infant, Premature/	165384				Ovid Medline	14.11.2016
6	4 and 5	17964				Ovid Medline	14.11.2016
7	Neonatal unit*. mp. or Infant. Premature/	51362				Ovid Medline	14.11.2016
8	6 and 7	8248				Ovid Medline	14.11.2016
9	Experienc*. mp. or experience	830089				Ovid Medline	14.11.2016
10	8 and 9	747				Ovid Medline	14.11.2016
11	Limit 10 to yr=" 2010- Current"	308				Ovid Medline	14.11.2016
12	Limit 11 to *qualitative (maximizes sensetivity)	227				Ovid Medline	14.11.2016

Totalt			7	5	4	Ovid Medline	14.11.2016
--------	--	--	---	---	---	-----------------	------------

Vedlegg 2F

	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Database	Dato
1	Parent*. mp or Parent-Child Relations/	400390				Ovid Medline	16.11.2016
2	Mother-Child Relations/ or mother*. mp.	196296				Ovid Medline	16.11.2016
3	Fathers/ or Father-Child Relations/ or father*. mp.	39555				Ovid Medline	16.11.2016
4	1 or 2 or 3	573489				Ovid Medline	16.11.2016
5	Intensive Care Units, Neonatal/ or nicu. mp. or Infant, Premature/	60788				Ovid Medline	16.11.2016
6	4 and 5	10424				Ovid Medline	16.11.2016
7	Bond*. mp.	204557				Ovid Medline	16.11.2016
8	6 and 7	126				Ovid Medline	16.11.2016
9	Experienc*. mp	830089				Ovid Medline	16.11.2016
10	8 and 9	43				Ovid Medline	16.11.2016
11	Limit 10 to yr=" 2010-Current" and qualitative (maximizes sensetivity)	19				Ovid Medline	16.11.2016
Totalt			7	5	4	Ovid Medline	16.11.2016

VEDLEGG 3: Oversiktstabeller

Artikkel nr 1.

Forfattere	Synnøve Drejer og Dag Vegard Skjelstad
År	2014
Land	Drammen, Norge
Tidsskrift	Tidsskrift for norsk psykologforening
Tittel	Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaring.
Hensikt	Var å undersøke kengurumetoden som er gunstig for premature barn, hvordan det oppleves for foreldrene
Metode	Kvalitativ og Kvantitativ
Instrument	Spørreskjema og dybdeintervju. Dybdeintervju ble benyttet for å få mer detaljert informasjon fra foreldre som var mindre tilfreds med tilbudet. Kvantitativ spørreskjema med skala fra 1-5 handlet om tilfredshet med bruk av KO, opplevelse av personalets veiledning og hvordan det var å utfylle personalets forventinger. Kvalitativ spørreskjema omhandlet om å utdype sine erfaringer av KO med egne ord. Kvalitativ dybdeintervju var de tre minste fornøyde familiene (ifølge spørreskjema) som ble spurt om å utdype sine erfaringer i intervju.
Deltagelse	Endelige utvalget bestod av 30 familier hvorav syv med tvillinger. Ingen av foreldrene var aleneforeldre. Av de tolv familiene som oppfylte kriteriene , men ikke deltok var det 5 familier som ikke ble forespurt om deltagelse grunnet prosjektlederens ferieavvikling eller fordi de ble skrevet ut raskere enn ventet.
Frafall	
Hovedfunn	De fleste foreldrene var fornøyde med bruk av KO, og at metoden innvirket positiv på forholdet mellom dem og barnet. Noen beskrev prosessen hos seg selv: de ble

	tryggere, følte nærhet, lærte barna å kjenne, mens andre beskrev reaksjoner hos barnet; koste seg, falt i ro, nøt å være hud mot hud. Ikke alle var udelt positive til heldøgn KO. Tre av foreldrene som kun fylte ut spørreskjema , vurderte at deres barns behov var uforenelig med personalets anbefalinger om mest mulig kengurutid. KO ble forbundet med for mye stimulering for barnet, og det å ligge alene i sengen ble forbundet med hvile. Et foreldrepar kommenterte at det ble for varmt for barnet i kengurusjalet, og et annet mente at kengurutoppen gjorde det tungt for barnet å puste. KO synes å gjøre foreldre flest tilfreds og trygge i foreldrerollen, og fremme tilknytningens prosessen mellom foreldre og barn. For noen foreldre oppleves heldøgn KO som krevende. Foreldres negative holdning til ustrakt bruk av KO kan endres hvis personalet ved avdelingen med heldøgn KO tar individuelle hensyn, respekterer forelderens vurdering og blir mer bevisst på behovet for avlastning.
Etisk vurdering	Ja.
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	SveMed+
Søk	Nr.3

Artikkel nr. 2

Forfattere	Ellen Sæter Hansen
År	2010
Land	Norge
Tidsskrift	Nordisk Tidsskrift Helseforskning
Tittel	Fødselen kom som et sjokk Ni foreldrepar opplevelse av for tidlig fødsel
Hensikt	Var å undersøke begge foreldrenes opplevelse av for tidlig fødsel, og hvordan dette påvirket samspillet i familien.

Metode	Forskningsstudien har en kvalitativ metodologisk innfallsvinkel og undersøkende.
Instrument	Semistrukturert intervjuguide med begge foreldrene for å få frem begges fortellinger.
Deltagelse	Ni foreldrepar samtykket til deltagelse. Foreldre med premature barn født i uke 28-32.
Frafall	0
Hovedfunn	<p>Foreldrenes opplevelse inndeles i følgende hovedkategorier.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Følelse kaos 2. Følelsesmessig støtte 3. Nærhet til barnet 4. Bli en familie <ol style="list-style-type: none"> 1. Her omhandler det foreldrenes beskrivelse og ord på egne følelser i en situasjon som kommer som et sjokk. For tidlig fødsel innebærer for foreldrene mye usikkerhet og uvisshet om hvordan det vil gå for barnet deres. Foreldrene er ofte uforberedt på for tidlig fødsel og har ikke forberedt seg mentalt, følelsesmessig og praktisk. 2. Følelsesmessig støtte som handler om å bli møtt på en måte på hvordan andre lytter og forstår hvordan en har det. Det er viktig at en får en opplevelse av anerkjennelse av egne følelser og tanker og handlinger. En har behov for følelsesmessig støtte både under svangerskapet og tiden under og etter fødselen. 3. Nærhet til barnet er viktig for å fremme mors følelse og fars følelse. Den første tiden har begge foreldrene tett kontakt med barna. Så snart mødrenes helsetilstand tillater det, er det mødrene som er mest sammen med barnet. Fedrene tar mer hånd om

	<p>praktiske gjøremål i hjemmet. Foreldrene uttrykker stor grad av engstelse for å gjøre noe feil i forhold til barnet og mener at teknisk utstyr og spesielt kuvøsen er et hinder for kontakt av barnet.</p> <p>4. I den første tiden etter fødselen har foreldrene behov for å kunne fungere som en familie med et nytt familiemedlem. De er opptatt av å skjerme barnet og egne følelser. I den første tiden er foreldrene sårbare på barnets og egne vegne. Derfor er det viktig å bli kjent med barnet og bli trygge i rollen som foreldre.</p>
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	SveMed+
Søk	Nr.3

Artikkel nr. 3

Forfattere	Theresa Dall Helth og Mary Jarden
År	2012
Land	Danmark
Tidsskrift	Journal of Neonatal Nursing
Tittel	Father's experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefiend gender roles
Hensikt	Hensikt var å utforske hvordan fedrene til premature barn opplever å bruke hud- til - hud metoden i NICU
Metode	Kvalitativ
Instrument	Individuelt semistruktur intervju. De brukte to uker på intervjuet, og ble tatt opp digitalt. Det varte fra 30-35 min.

<p>Deltagelse</p> <p>Frafall</p>	<p>Ble utført av 5 deltakere, var fedre av premature barn som var innlagt på sykehuset. Fedrene var fra 28-37 år og alle var førstegangs foreldre og en var far til tvillinger. Alle hadde erfaring med hud til hud metoden når intervjuet ble utført. De ble intervjuet etter sykehus oppholdet. Det var 8 fedre i starte og oppsøkt, men til slutt sto det igjen med 5 for de ville deltok og hadde mulighet til å delta.</p>
<p>Hovedfunn</p>	<p>Hud til hud metoden forsterket fedrenes evne til å spille en viktigere rolle til deres for tidlig fødte barn. Fedrene ser farsrollen som mindre viktig enn morsrollen i relasjonen til deres spebarn. Hud-til-hud metoden forsterker forståelsen for sin egen rolle som far.</p> <p>3 funn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. For fedrene var det viktig å ha kunnskap om de fysiske fordelene for det premature barnet, i tillegg til kunnskap om teknikkene relatert til pleien av det. Dette hjalp foreldrene å få selvtilliten de trengte for å føle seg som en kompetent omsorgsperson til det premature barnet. 2. Fedrene beskriver hvordan hud-til-hud-kontakt påvirker farsrollen. En far forteller at han følte han var i stand til å beskytte barnet og gi trygghet ved bruk av hud-til-hud-kontakt. En annen forteller at det var godt å se at det nyfødte barnet trengte sin far, noe han synes var godt. Flere fedre forteller også at de opplever farsrollen som mindre viktig enn morsrollen, med tanke på at mor har båret barnet i flere uker og dermed hadde bedre forutsetninger for å få tilknytning til barnet. En far forteller også at han opplevde flere ganger å bli ignorert, der personalet kun henvendte seg til mor. 3. Flere fedre mente at det å dra fra partner og det nyfødte barnet, f.eks. på jobb, gjorde at de følte at de gikk glipp av mye. På den andre siden var det noen fedre som opplevde det å

	dra fra sykehuset som en «pustepause», og at de kunne samle energi.
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	ProQuest
Søk	Nr.2

Artikkel nr. 4

Forfattere	Sonia Gailaume, Natacha Michelin, Elodie Amrani, Birgitte Benier, Xavier Durmeyer, Sandra Lescure, Charlotte Bony, Claude Danan, Oliver Baud, Pirre Henri Jarreau, Elodi Zana-Taukb og Laurence Calymaex
År	2013
Land	Frankrike
Tidsskrift	BMC Pediatrics
Tittel	Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents
Hensikt	Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke foreldrenes oppfatning av de første interaksjonene og identifisere handlingene til omsorgspersonene som skal hjelpe utviklingen. Intervensjon: Indikasjonene til dataen var at NICU intervensjoner skulle rettes mot å gjenopprette mors selvfølelse og redusere stress. Ved å redusere stresset kan man utføre hud mot hud kontakt
Metode	Kvalitativ
Instrument	Personlig intervju av 60 foreldre, til barn som var født før uke 32 av svangerskapet.
Deltagelse	60 personer (30 fedre og 30 mødre)
Frafall	0

<p>Hovedfunn</p>	<p>Informasjonen av sykepleier fikk fedrene mye ut av, dette gjorde at de fikk tilknytning til barnet sitt. Holdningen til sykepleieren hadde en del å si for foreldrene og barnets utvikling og oppfatning.</p> <p>2 hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Foreldrene forteller at det å få et samspill med det premature barnet spilte en viktig rolle i deres følelse av foreldrerollen, i tillegg til å ha få en tilknytning til barnet. Det å ha fysisk kontakt med barnet, økt kunnskap om kontakt og kunne legge igjen en leke eller tøy som luktet som mor, hjalp mødre å føle en tilknytning. <p>Noen fedre ønsket å holde avstand til barnet fordi de var redd for å skade barnet. Fleste av fedrene forteller at de brukte hud-mot-hud-kontakt for å skape et samspill med barnet, for å fremme mors psykologiske velvære.</p> <p>Amming kom også fram som et punkt som hjalp i forhold til det å få tilknytning hos barnet. Både mødre og fedre forteller om ammingen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Nesten alle av foreldrene fortalte at de var avhengig av personalet når det gjaldt samspill med barnet. <p>Holdningene til sykepleierne var viktig. Fleste av foreldrene hadde et bra forhold til sykepleierne, som forutså foreldrenes forventinger, og hadde en skånsom holdning mot begge foreldrene.</p> <p>Kommunikasjon med personalet var altså avgjørende for tilknytningen mellom foreldrene og barnet. Tydelig informasjon rett etter fødselen om barnets helse. At personalet på NICU kom innom mor å ga informasjon om hvordan barnet hadde det opplevdes som positivt og beroligende. Et bilde av det premature barnet på NICU hjalp også foreldrene få en tilknytning på den måten at de fikk se at barnet var i live.</p> <p>Ved hud-mot-hud-kontakt, alarmene fra maskinene var distraherende, og opplevdes skremmende hvis personalet ikke kom raskt. Informasjon om at ikke alle alarmene var like alvorlige, var nyttig.</p>
------------------	---

	Enhver situasjon der foreldrene følte de ikke hadde kontroll følte skremmende. Derfor ble informasjon hurtig viktig.
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr.1

Artikkel nr. 5

Forfattere	Ylva Thernstrom Blomqvist, Christine Rubertsson, Elisabeth Kylberg, Karin Joreskog og Kerstin Hedberg Nyqvist
År	2011
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of advanced nursing
Tittel	Kengaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role
Hensikt	Hensikten med dette er å undersøke fedrenes erfaring av kengurumetoden til deres premature barn
Metode	Kvalitativ
Instrument	Individuelle semistruktur intervju. Intervjuene ble gjort hjemme hos fedrene og alt det de fortalte ble tatt opp og under intervjuet hadde alle barna blitt 4 mnd og to uker gammel. Hele intervjuet baserte seg på hvordan fedrene opplevde sykehuset oppholdet sammen med sitt premature barn.
Deltagelse	De første 12 fedrene som var interessert i og bli med, hadde kontakt via mail og telefon samtale. Men når spørsmålet kom var det 7 fedre som deltok. 5 fedre takket nei på grunn av mangel på tid og skulle tilbake til arbeidslivet.
Frafall	
Hovedfunn	Kengurumetoden fikk fedrene til å føle nærhet til sitt premature barn. Tatt i betraktning de vanskelige forholdene. Kengurumetoden fikk fedrene til å føle at de

ha kontroll og at de gjorde noe bra for ungen sin. Selv om pleien av barnet kunne være krevende og stress somt, kengurumetoden hjelpe fedrene til å få foreldrerollen og godta den uventa situasjonen. De fysiske miljøet og det å forholde seg til mange helsepersonellet påvirket deres mulighet og erfaring av å ta seg av sitt premature barn.

4 hovedfunn:

1. Den uventet situasjonen.

Fedrene og mødrene hjalp hverandre og delte på å bære baret i kengurumetode og gi mat. Foreldrene som sov med det nyt fødte barnet på NICU, stod opp når det var nødvendig, og gjorde dette annen hver gang. De forteller at de forteldte likt både mor og far med å tråd til. Sammenlignet med de andre foreldresituasjon på NICU, beskrev fedrene om sin situasjon ikke så verst. De forteller at det ville vært vanskeligere om de hadde tvillinger hjemme som de måtte ta vare på eller om deres premature barn hadde vært alvorlig syk. Derimot de kunne hatt et barn som var fullgått, sunt og normal. De sier at de tenkte mer på mødrene som sørget for mating og amming til barnet.

2. Følelsen relatert til å bli en far og forholdt til kengurumetoden

Det var frivillig for fedrene å prøve ut kengurumetoden. En far forteller metoden som naturlig. Fedrene opplever kengurumetoden som betryggende og ikke så vanskelig som de trudde. Med barnet trygt inntil seg følte fedrene at barnet var trygg og alt var bra. Fedrene synes at barnet ble godt tatt vare på når de brukte kengurumetoden. En far forteller at han la merke til at barnet hans likte kengurumetoden godt, når han tok opp det premature barnet begynte det å skrike, og når barnet ble lagt på bryste igjen til sin far, sluttet det å skrike og føle en nærhet. Kengurumetoden gjorde at fedrene fikk en positiv opplevelse og gjorde at de følte at de mestret farsrollen og var involvert med barnet sitt.

3. Fedrenes erfaring av deres egen rolle og helsepersonellet i NICU

Flertall av fedrene var ikke forberedt på å få et premature barn, men de opplevde situasjonen overkommelig. Alt var nytt for

dem, og de aksepterte situasjonen og de følte seg ikke tvunget til å bli på sykehuset med deres nyfødte barn. Mange av fedrene valgte å tilbringe en del tid sammen med deres premature barn og tok vare på han/hun i NICU. En far forteller at det var viktig å delta fra første stund fra da barnet ble født, dette gjorde at han kunne være en person som kjente og forstod sitt eget barn bedre en fagpersonellet på sykehuset. En av fedrene som ikke overnattet sammen med sitt nyfødte barn følte at sykehuset hadde kontroll over barnet hans og han ikke var en del av foreldrerollen akkurat der og da. Fedrene var positiv over fagpersonellet på NICU og de følte at de var støttende. De satt pris på assistansen og følte seg trygg når sykepleieren var i nærhet, for det var noen som hadde god kompetanse om prematuritet og viste hva de holdt på med. Fedrene synes de hadde en utilfredssituasjon med personalet, spesielt når det gjaldt natten og de overnattet på NICU. Når de spurte etter hjelp hadde sykepleierne lite tid, og så de hadde flere alvorlige syke premature barn som de måtte behandle. Fedrene ble usikker i forhold til hva de skulle gjøre, for eksempel når de kunne ta opp barnet å ta i bruk av kengurumetoden. De følte også at de ikke fikk den informasjonen de skulle ha, noen sa det og noen sa noe annet. Fedrene følte seg av og til hjelpeløs og viste ikke når de kunne begynne med rutine på grunn av det var så mye forskjellig informasjon.

4. Praktisk aspekt

Bæring av barnet med hud-mot-hud metoden var i utgangspunktet oppfattet som vanskelig, men etter flere timer følte fedrene seg selvsikker med denne forpliktelsen. De som bar barnet hele døgnet første dag i NICU, fordelte oppgaven med mor. Flertallet av fedrene hadde ingen problem med kengurumetoden, eneste at det var vanskelig å sove og spise. Når de prøvde å sove med deres barn i kenguru posisjon, prøvde de å ligge helt stille og var sikker på at barnet lå behagelig og tilfredsstilt. En far beskriver at det var irriterende i forhold til maten på NICU, det var dårlig med servering. De måtte ordne maten selv og det

	gikk for det meste å varme opp mat i mikroen. Dette synes han var dårlig av NICU. De fedrene som ikke kunne overnatte på NICU forteller at de ønsket at de kunne vært der sammen med sitt nyfødte barn, men noen måtte ta seg av pliktene i huset og husdyrene de som hadde det.
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 2
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr.1

Artikkel nr. 6

Forfattere	Rebecca Baylis, Uwe Ewals, Maria Gradin Kerstin Hedberg Nyqvist, Christine Rubertsson, Ylva Thernström Blomqvist
År	
Land	Sverige
Tidsskrift	Acta Pædiatrica
Tittel	First-time events between parents and preterm infants are affected by the design and routines fo neonatal intensive care units
Hensikt	Undersøke når foreldrene opplevde det de anså som viktige hendelser første gang mens den nyfødte var innlagt i NICU
Metode	Kvalitativ og kvantitativ
Instrument	Spørreskjema. Avkrysning i forhold til foreldrenes møte med det premature barnet første gang, og hvor mange som fikk ha hudkontakt rett etter fødselen, og når. Et åpent spørsmål til slutt, der foreldrene skulle beskrive de første hendelsene med barnet som de anså som viktige.
Deltagelse	Foreldre til 81 spedbarn, 81 mødre og 79 fedre.
Frafall	0.

<p>Hovedfunn</p>	<p>De fleste foreldre fikk se og røre spedbarnet rett etter fødselen, men bare noen få fikk holde de hud-til-hud eller holde rundt de. Andre hendelser som foreldrene anså som viktige var første gang de kunne gi omsorg og fikk gjøre dette selvstendig. Foreldrene opplevde samspill og nærhet med barnet, og så tegn til bedring av helsen til den nyfødte, samt integrering inn i familien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ca. 2/3 fikk ikke holde det nyfødte barnet rett etter fødselen. De få som fikk, hadde hud-mot-hud-kontakt. Mange fikk røre det premature barnet på fødestua, men dette var flest fedre. Så å si alle fedrene fikk se barnet, der det var et større antall fedre sammenlignet med mødre. Ved transporten av barnet til NICU, ble de fleste barna trillet i kuvøse, mens et fåtall ble båret ved hjelp av hud-mot-hud. Dette var flest fedre, og bare et par mødre. 2. Innen de 2 første dagene hadde nesten alle mødrene på både NICU A og NICU B fått røre barnet, visuell kontakt, opplevd at barnet hadde åpnet øynene, fått kysse den nyfødte, følt seg rolig og selvsikker med barnet i armene. I tillegg hadde de også fått lagt barnet inntil brystet for første gang. 3. Bleieskifting, mating og vasking var viktige hendelser for foreldrene i deltakelsen av pleien til det nyfødte barnet. Det å kunne være selvstendig i pleien ga foreldrene selvtillit. Når barnet tok tak i f.eks. fingeren opplevdes som en viktig hendelse, i tillegg til amming. Dessuten var også hud-mot-hud-kontakt viktig for å kunne bli kjent med barnet. Det å kunne få være alene med barnet på et familierom var også viktig. Alt det medisinske utstyret var utfordrende og når barnet ble såpas frisk at det klarte seg uten, ble det lettere for foreldrene å holde barnet og da skape tilknytning. <p>Det å kunne ta med barnet hjem for første gang var også en deilig følelse for foreldrene.</p>
------------------	--

Etisk vurdering	Ja.
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr.1

Artikkel nr.7

Forfattere	Emily E. Stevens, Elisabeth Gazza, Rita Pickler
År	2014
Land	USA
Tidsskrift	The national Association of Neonatal Nurses
Tittel	Parental Experience Learning to Feed their Preterm Infants
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke foreldrenes læringsopplevelser for å få en bedre forståelse av prosessen foreldrene bruker for å lære å mate den premature nyfødte.
Metode	En kvalitativ metode (fenomenologisk analyse) var brukt fordi hensikten var å fokusere helt på dybden av deltakernes beskrivelse og tolkning av deres opplevde erfaringer.
Instrument	Semistrukturert personlig intervju. Intervjuet foregikk på en privat konsultasjonsrom inne på neonatal avdelingen. Mødre og fedre ble intervjuet separate.
Deltagelse	12 mødre og 8 fedre deltok i de semi-strukturerte intervjuene. For 8 av mødrene og 6 av fedrene var dette deres første barn. For å delta måtte de være 18 eller eldre, stabil helse hos det premature barnet, født før uke 36, uten medfødte misdannelser, samt kunne mates med flaske.
Frafall	0
Hovedfunn	I følge foreldrene var det 3 temaer som ble identifisert; en emosjonell opplevelse, lære

	<p>underveis og at det var en teknikk. Sykepleierne spiller en viktig rolle i å hjelpe foreldrene å se både positive og negative sider med matingen, kjenne igjen læringsbehovene til foreldrene, samt lære og demonstrere diverse teknikker.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mating var en emosjonell opplevelse der foreldrene fikk røre og holde barnet, observere barnet nære, i tillegg til å skape et bånd til den nyfødte. Noen forteller om en nervøs følelse for at barnet skulle kveles ettersom alarmene gikk (pga svelging av for mye luft). Engstelig og bekymring er nøkkelord som foreldrene forteller om. 2. Lære underveis. Flere forteller at å få instruksjoner fra sykepleier hjalp, i tillegg til at de observerte hvordan sykepleierne utførte matingen. Dessuten ble de kjent med signalene som det premature barnet ga, i og med at de måtte lese hvordan den nyfødte ønsket å ha det, samt hva det likte og ikke. 3. Foreldre forteller også at det er forskjellige teknikker i forhold til det å mate barnet. At de fikk lære forskjellige teknikker var hjelpsomt, og noen forteller at de måtte kombinere disse. Dette kunne f.eks. være å stryke på kinnet eller under haka.
Etisk vurdering	Ja.
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr.4

Artikkel 8

Forfattere	Leah Arnold, Alexandra Sawyer, Heike Rabe, Jane Abbott, Gillian Gyte, Leila Duley, Susan Ayers.
År	2012
Land	England
Tidsskrift	BMJ Open
Tittel	Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study.
Hensikt	Undersøke mødre og fedres første opplevelser ved deres ekstremt premature baby, og deres første erfaringer i NICU.
Metode	Kvalitativ studie → tematisk analyse.
Instrument	Semistrukturert intervju. De fleste foreldrene var intervjuet hver for seg, utenom to par som spurte om å få bli intervjuet sammen. Intervjuene ble innspilt, der det ble spurt 12 åpne spørsmål. - 3 bakgrunns spørsmål om opplevelsen av fødselen. - 3 spørsmål om foreldrenes erfaringer om første møtet med det premature barnet. - 6 spørsmål om omsorgen under fødselen.
Deltagelse	39 deltakere. 32 mødre og 7 fedre.
Frafall	Ingen frafall.
Hovedfunn	5 tema/kategorier: 1. Det første beskriver foreldrenes opplevelse av fødselen, der de kommer fram til at fødselen var vanskelig å huske fordi de følte at de ikke var deltakende. 2. Det andre forteller om forventningene til å få se og røre babyen for første gang, der det var store forskjeller på foreldrenes følelser. Noen var glade for å møte barnet, mens noen beskrev møtet som skremmende da de var redd de kunne påføre barnet skade. Mødrene var også forvirret og sint da de ikke skjønnte hvorfor de ikke kunne få se babyen tidligere.

	<p>To av parene fikk se babyen rett etter fødselen, men ingen fikk berøre babyen før de kom på NICU.</p> <p>3. Den tredje beskriver foreldrenes første blick og berøring av babyen og deres «berg og dalbane» -følelser rundt dette. Det beskriver også viktigheten av berøring for å styrke foreldre-barn- båndet. Noen foreldre var redd for at de kanskje kunne påføre barnet infeksjoner ved berøring.</p> <p>4. Det fjerde temaet fanger foreldrenes inntrykk av NICU og hvor overveldet dette var for de foreldrene som ikke hadde besøkt NICU på forhånd, og for de foreldrene som fikk sitt første møte med barnet på NICU. Mange mødre synes det var vanskelig å fokusere på babyen, da det var så mange inntrykk generelt rundt i avdelingen. Mange opplevde det også som vanskelig å føle en forbindelse til barnet, da særlig særpreg (f.eks. ansikt), var dekt av maske. Foreldrene beskriver også annet medisinsk utstyr som en barriere for kontakt med barnet.</p> <p>5. Siste temaet beskriver unike erfaringer hos fedrene, der mange følte seg ekskludert og forvirret angående sin egen rolle. Mange fedre ønsket å hjelpe, men følte at personalet tok overhånd.</p>
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr. 4

Artikkel 9

Forfattere	Renée Flacking, Uwe Ewald, Kerstin Hedberg Nyqvist, Bengt Starrin
År	2005
Land	Sverige
Tidsskrift	Social Science & medicine

Tittel	Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit.
Hensikt	Undersøke hvordan mødre til ekstremt premature nyfødte opplevde ammeprosessen emosjonelt og hvordan dette relaterte seg til prosessen om å bli mor, fra tiden før fødselen helt til utskrivelse av NICU.
Metode	Kvalitativ → grounded theory
Instrument	Dybdeintervju
Deltagelse	25 mødre. Alle mødre måtte ha opplevd pumping av brystmelk, og ha ammet under NICU-oppholdet. Mødrene måtte være svensk-talende, og heller ikke være psykisk syk eller ha livstruende sykdommer.
Frafall	Ingen frafall.
Hovedfunn	<p>3 temaer kom fram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. «tapet» av den nyfødte og det emosjonelle kaoset, sette livet på vent. Mødrene følte et tap med tanke på at de ikke fikk gå et fullt svangerskap. Mange beskriver barnet som unormalt, «et monster» og «utsultet». Derfor forberedte de seg på å miste barnet, var redde (emosjonelt kaos). Mødrene forteller at de de følte at de måtte tilbringe mest mulig tid ved barnets side, når barnet lå i kuvøse. De satt derfor resten av livet på vent. 2. Seperasjon – et tegn på å være uviktig som person og mor Separasjonen resulterte i følelsen av å være uviktig for den nyfødte, og bare være en besøkende. Mødrene følte at de ikke fikk plass til å være hos barnet. De opplevde det som at barnet ikke hadde bruk for mor, at det viktigste var det medisinske utstyret. Dessuten følte mødre av den tvunget adskillelsen signaliserte at mødrenes

	<p>emosjonelle behov om å være nær den nyfødte, ikke kunne oppfylles.</p> <p>3. Kritiske aspekter i prosessen om å bli mer enn bare en fysisk mor.</p> <p>Mødrene beskriver hvordan de strevde med å føle seg som mødre, emosjonelt og sosialt, og hvordan de ønsket å oppnå en gjensidig form for samspill med det nyfødte barnet. Gjensidig amming ble definert som gjensidig tilfredsstillende amming der mor erkjenner både sine egne behov og oppfatter det nyfødte barnets behov, samt handle i samsvar med disse behovene.</p>
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 2
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr. 1

Artikkel 10

Forfattere	Camille A. Boucher, Paola M. Brazal, Cynthia Graham-Certosini, Kathryn Carnaghan-Sherrard, Nancy Feeley
År	2010
Land	Canada
Tidsskrift	Neonatal Network
Tittel	Mothers' Breastfeeding Experiences in the NICU.
Hensikt	Undersøke mødrenes opplevelse av amming i NICU
Metode	Kvalitativ
Instrument	Semistrukturert intervju, ansikt til ansikt.
Deltagelse	10 mødre som deltok, der 5 stk var førstegangsfødende og 5 stk hadde gjennomgått fødsel fra før. Mødrene som deltok måtte ha startet med amming, forstå og snakke både fransk og engelsk. De premature barna måtte være født mellom uke 33 og uke 36. Barna måtte også ha vært på NICU minst 5 dager.

Frafall	0 frafall
Hovedfunn	<p>5 hovedkategorier:</p> <p>1. opprettholde melkeproduksjonen: Mange var bekymret at melkeproduksjonen skulle avta, og opplevde at pumping av melken var stressende. Mødrene brukte derfor mye tid og energi på å finne strategier som opprettholdt melkeproduksjonen.</p> <p>2. Rutiner i NICU: Mange opplevde at ammingen ble lagt inn som en del av rutinene på NICU, der den ikke ble tilpasset hvert enkelt barn. Mødrene opplevde derfor at det strenge regimet ikke passet barnets matbehov.</p> <p>3. Mor som lærende: Av de som hadde ammeerfaring fra tidligere, sa de at det var noen likheter med å amme et fullbåret barn og et prematurt barn, men det var også mange forskjeller. Alle mødrene uttrykte behov for å lære nødvendige ammeteknikker, samtidig som å lære å forstå deres nyfødtes signaler og adferd for å få en optimalisert ammeopplevelse.</p> <p>4. Personlig motivasjon: Mødrene var motivert for å amme i NICU fordi de mente at ammeopplevelsen ville bli annerledes så fort den nyfødte ble utskrevet. Mødrene tenkte at dersom de fortsatte å amme i NICU, ville de nå målet sitt om å amme full og helt når de kom hjem igjen.</p> <p>5. Tilknytning til barnet: Mødrene følte at amming var en mulighet for å kunne holde og ha kontakt med barnet. Noen forteller at det ikke er så mye tid for bonding ellers, og at derfor ammingen ble viktig for å skape tilknytning mellom mor og barnet. Andre forteller også at ammingen ga en mulighet for å ha den «linken», der man fortsatt er gravid.</p>
Etisk vurdering	Ja.
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr. 4

Artikkel 11

Forfattere	Ylva Thernström Blomqvist, Lovisa Frörlund, Christine Rubertsson, Kerstin Hedberg Nyqvist
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring sciences
Tittel	Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents
Hensikt	Å identifisere faktorer som foreldre til premature nyfødte ser som støttende faktorer eller barrierer i forhold til kengurumetoden, samt å utforske timingen av og grunnen til foreldrenes avbrytelse av kengurumetoden.
Metode	Kvalitativ → Innholdsanalyse
Instrument	De sendte intervjuguide i posten, der foreldrene måtte fylle ut for så å sende inn igjen. De måtte besvare intervjuguiden hver for seg. Selv om dette ble gjort etter perioden på NICU, omhandlet spørsmålene om sykehusoppholdet.
Deltagelse	76 mødre og 74 fedre. Inklusjonskriteriet var å ha et prematurt barn født i uke 28-33. Barnet kunne ikke ha livstruende sykdom. Foreldrene måtte snakke svensk og begge foreldrene måtte ønske å delta.
Frafall	0 frafall.
Hovedfunn	4 kategorier ble identifisert i foreldrenes respons i forhold til støtte og barrierer rundt kengurumetoden. 1. Foreldrenes relaterte faktorer. <i>Støttende faktorer:</i> Foreldrene støttet hverandre og byttet på å ha det premature barnet på brystet (kengurumetoden), samt å mate barnet. Dette for at begge skulle ha muligheten til å hvile seg underveis. <i>Barrierer:</i>

Personalets holdning kunne være en barriere, da noen var bråkete og forstyrret foreldrene under kengurumetoden. Noen ganger hadde heller ikke personalet tid til å legge det premature barnet til rette på brystet, noe som kunne føre til at økten ble forkortet. Dessuten var også smerten til mor etter keisersnittet en utfordring.

2. Tid

Støttende faktorer:

Foreldrene følte at de hadde bedre tid til ungen under NICU-oppholdet og at alt de trengte å fokusere på var barnet ettersom personalet på avdelingen la til rett for dette.

Barrierer:

Flere foreldre følte seg delt mellom det nyfødte barnet og resten av familien, da de ville være med den nyfødte men samtidig tilbringe tid hjemme. Det var vanskelig for søsken å sove på NICU på grunn av plassmangel, og foreldrene med barn hjemme måtte derfor klare å fordele tiden.

3. Nyfødtes relaterte faktorer

Støttende faktorer:

Kengurumetoden var en måte å bli kjent med det nyfødte barnet. Dessuten var foreldrenes overbevisning om at kengurumetoden var bra for barnet en faktor som økte deres vilje og motivasjon til å bruke metoden oftere. Foreldre synes også det var lettere å ta i bruk kengurumetoden når metoden var nødvendig for å opprettholde normal kroppstemperatur.

Barrierer:

Mateprosessen var en hindring til kengurumetoden, da mating og amming forårsaket avbrytelse av hud-mot-hud kontakten.

Flere foreldre synes det var vanskelig å ha barnet hud-mot-hud gjennom natten fordi det resulterte i en ukomfortabel soveposisjon som igjen førte til utilstrekkelig søvn. Det medisinske utstyret rundt det premature barnet gjorde det komplisert i forhold til kengurumetoden. Ledningsrot, støy og piping fra maskinene stresset foreldrene.

4. NICU og hjemmemiljøet.

Støttende faktorer:

Foreldrene følte seg trygg på avdelingen. Mange satt pris på at de hadde tilgang til et

	rom hvor de kunne være for seg selv i en stille atmosfære hvor de kunne stenge ute personalet og andre foreldre. <i>Barrierer:</i> Flere klagde på at det var for få enerom hvor foreldrene kunne ligge over sammen med den nyfødte, og noen foreldre fikk heller aldri tidbudet. Upassende møbler på NICU gjorde det også vanskelig for foreldrene å utføre kengurumetoden.
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OID Medline
Søk	Nr. 4

Artikkel 12

Forfattere	I.H. Hagen, V.C. Iversen, M.F.Svindseth
År	2006
Land	Norge
Tidsskrift	BMC Pediatrics
Tittel	Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents coping experiences in a neonatal intensive care unit.
Hensikt	Utforske og beskrive opplevelsen av mestring hos foreldre med premature barn på neonatal avdeling.
Metode	Kvalitativ metode → fenomenologisk analyse.
Instrument	Semistrukturert intervju og dybdeintervju. De ble intervjuet hver for seg for å unngå å bli påvirket av hverandre.
Deltagelse	8 mødre og 8 fedre. Inklusjonskriteriet var at begge foreldre måtte ønske å delta, snakke norsk, være eldre enn 18 år og barnet måtte være født før uke 32.
Frafall	0 frafall.

<p>Hovedfunn</p>	<p>4 kategorier.</p> <p>1. Kaotiske følelser Begge foreldre opplevde tilværelsen på NICU som uvirkelig, og opplevde dermed mange emosjonelle følelser. Foreldrene opplever foreldrerollen som overveldende fordi de følte mangel på mestring i den nye situasjonen. Mange beskriver følelsene som i en berg-og-dalbane, der følelsene går veldig opp og ned. Foreldrene forklarer situasjonen som skremmende med tanke på kuvøse og medisinsk utstyr.</p> <p>2. Tilknytning til barnet Foreldrene fortalte at de trengte tid til å akseptere situasjonen for å kunne relatere seg til barnet. Hele situasjonen var ny og noe de ikke var forberedt på. Foreldrene forteller også at de ble «pushet» til å ta del i barnets liv, der de følte seg ukomfortabel og vanskelig å mestre. Likevel så de for seg at de skulle klare å skape en tilknytning til barnet i framtiden. Mange foreldre snakket om kengurumetoden selv om dette ikke ble spurt om i intervjuene. Dette fordi foreldrene følte de fikk god informasjon om metoden og at det bidro til å knytte sterke bånd til det premature barnet. Fedrene opplevde det som skremmende, men samtidig en god måte for å kunne knytte sterkere bånd til barnet.</p> <p>3. Foreldrerolle Mange foreldre snakker om at samarbeid mellom mor og far var viktig. For fedrene var det å bli far uvirkelig, og de var mer bekymret for mor etter fødselen. Mødrene hadde også høye forventinger, der de så for seg at de skulle ha mer kontroll i forhold til rutinene rundt barnet. Fedrene derimot synes det var betryggende å kunne gi ansvaret over til personalet i forhold til rutinene rundt barnet, slik at de kunne finne en balanse mellom jobb og familielivet.</p> <p>4. Å være en ledsager. Det kommer fram at foreldrene synes at det var betryggende å hele tiden være omringet av folk på avdelingen, både av andre foreldre i samme situasjon og personal. For mødrene som ikke hadde fedrene i nærheten, opplevdes situasjonen som mer stressende enn for de som hadde fedrene</p>
------------------	---

	rundt hele tiden. For de som var to sammen, klarte de sammen å mestre situasjonen.
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr. 5

Artikkel 13

Forfattere	Maria Spinelli, Alessadra Frigerio, Lorenzo Montali, Micro Fasolo, Maria Simonetta Spada & Giovanna Mangili
År	2015
Land	Italia
Tidsskrift	Psychology & Health
Tittel	“I still have difficulties feeling like a mother”: the transition to motherhood of preterm infants mothers
Hensikt	Å undersøke opplevelsen av å bli mor til et prematurt barn
Metode	Kvalitativ metode → induktiv tematisk analyse.
Instrument	Semistrukturert intervju.
Deltagelse	30 mødre til premature barn født mellom uke 24 og 36. Alle mødrene bortsett fra 1 hadde keisersnitt. Inklusjonskriteriet var at mødrene måtte være over 18 år, de måtte snakke og forstå flytende italiensk.
Frafall	0 frafall.
Hovedfunn	4 kategorier 1. Tap av tilknytning til barnet Mødrene ble fratatt barnet, og de følte derfor at de ikke fikk tid til å danne seg et bilde av barnet. De opplevde derfor at alt skjedde veldig fort. Mødrene følte også en psykisk barriere med alt av det medisinske utstyret rundt barnet, som da kuvøsen, tube og maske, i forhold til

	<p>tilknytningen til barnet. Dette gjorde mødrene usikker.</p> <p>2. Oppfatningen av mors utilstrekkelighet:</p> <p>Mødrene hadde en følelse av utilstrekkelighet fordi de ikke klarte å beskytte barnet med å bære det fram til fulltermin. De følte at de hadde gjort noe feil under svangerskapet. Noen mødre forteller om en opplevelse av kroppen som utrygg, risikabel og farlig plass for den nyfødte. De klarte ikke relatere seg til sin egen kropp, og beskriver derfor magen som om det ikke skulle vært deres egen.</p> <p>Det var også vanskelig for mødrene å måtte få hjelp fra sykepleierne til å takle den nyfødte, og følte derfor at de ikke strakk til.</p> <p>3. Miste foreldrerollen</p> <p>Det at det var umulig å kunne ta med barnet hjem gjorde også at det ble vanskelig å skape et intimt forhold for dem selv og barnet. Dette hang altså sammen med at mødrene dro hjem, mens barnet fortsatt lå på NICU. Det ble derfor vanskelig å forstå at barnet faktisk eksisterte og at det hørte til dem. Det at mødrene ikke fikk bestemme og ta beslutninger selv samt gjøre noe konkret for barnet, opplevdes derfor som en tap av foreldrerollen. De følte seg ukomfortabel med «å dele» barnet med personalet på avdelingen. Noen forteller om mangel på informasjon i forhold til diverse beslutninger som personalet tok i forhold til barnet, noe som førte til usikkerhet og forvirring. De måtte hele tiden ha tillatelse til å røre og ta hånd om den nyfødte.</p> <p>4. Den midlertidige separasjonen.</p> <p>Det at en «annen» skulle ta hånd om barnet opplevdes for mødrene som vanskelig, da det skapte flere tvingende separasjoner fra barnet under sykehusoppholdet. Mødrene følte seg maktesløse som måtte vente og derfor ikke fikk hjulpet barnet på den måten de ønsket.</p> <p>Mange synes også det var vanskelig å tenke på framtiden, da de ikke visste hvordan situasjonen kom til å ende.</p>
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 2

Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr. 4

Artikkel 14

Forfattere	Cyndi Gale Roller
År	2003
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.
Tittel	Getting to know you: Mothers' experiences of Kangaroo care
Hensikt	Å undersøke mødrenes erfaringer ved bruk av kengerumetoden for premature barn under sykehusoppholdet.
Metode	Kvalitativ metode → fenomenologisk analyse
Instrument	Semistrukturert intervju som ble tatt opp på båndopptaker. Intervjuene ble gjort hjemme hos deltakerne, men spørsmålene gjaldt perioden på sykehuset.
Deltagelse	10 mødre med premature barn født mellom uke 32-36 deltok. Inklusjonskriteriet var at mødre måtte være 16 år eller eldre, barnet måtte veie mellom 1500-3000 gram og måtte være engelsk-snakkende.
Frafall	0 frafall.
Hovedfunn	4 tema kom fram 1. Brudd på mor-spedbarn bekjentskap. Flere av mødre fikk ikke se babyen sin rett etter fødselen, og fikk dermed se barnet først på NICU. Flere også forteller at de ønsket å holde barnet, men på grunn av kuvøsen var ikke dette mulig. De fikk kun røre det premature barnet gjennom kuvøsen.

	<p>Mødrene forteller også at de ønsket å bli kjent med den nyfødte, men at omstendighetene rett etter fødselen ikke gjorde dette mulig.</p> <p>2. Ubehagelig i forhold til utstyr Flere mødre uttrykte at de medisinske ledningene var irriterende og skapte derfor ubehageligheter i forhold til amming og under kengurumetoden.</p> <p>3. Beroligelse Å få positiv informasjon underveis om hvordan det premature barnet har det fra personalet beroliget mødre. Noen mødre fikk også bilde av barnet sitt som lå på NICU rett etter keisersnittet ble utført. Dette syns de var veldig betryggende, da de fikk et bilde av hvordan barnet deres så ut og visste derfor at babyen hadde det bra til tross for omstendighetene.</p> <p>4. Kengurumetoden Mødrene opplevde kengurumetoden som varm, beroligende og positiv tilknytningsopplevelse. Noen opplevde også en større tilknytning ved bruk av kengurumetoden, enn ved amming. Det å få ha barnet på brystet hud-mot-hud hjalp mødre å forstå at det var deres barn. Alle mødre beskriver kengurumetoden som behagelig, selv om noen også beskriver at det var litt ubehagelig i begynnelsen.</p>
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr.5

Artikkel 15

Forfattere	Maria Björk, Anna Thelin, Inger Peterson, Kina Hammarlund
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Breastfeeding Review
Tittel	A journey filled with emotions – mothers' experience of breastfeeding their preterm infant in a Swedish neonatal ward
Hensikt	Undersøke mødrenes erfaring med amming til et prematurt nyfødt barn i neonatal avdeling.
Metode	Kvalitativ metode → tematisk analyse.
Instrument	Mødrene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, der det ble sendt brev med et åpent spørsmål angående opplevelsen mødrene hadde med amming. Her skulle de beskrive så godt som mulig i forhold til tanker og følelser rundt dette.
Deltagelse	12 mødre. Inklusjonskriterier var at barnet måtte være født før uke 37, mødrene måtte være over 18 år og snakke og forstå svensk.
Frafall	0 frafall.
Hovedfunn	5 tema som hovedfunn. 1. Å begynne med amming. Det er vanlig å begynne å pumpe brystmelken på neonatal avdeling fordi det premature barnet er for svakt til å klare å suge brystmelk ut selv. Dette forteller mødrene var frustrerende, og at bekreftelse fra helsepersonellet om at sakte og få dråper er vanlig, ble viktig informasjon for dem. Mødrene synes det var vanskelig å ikke kunne dele rom med det premature barnet, mtp at mødrene sov på barselavdelingen og barnet på neonatal avdelingen. De savnet å

	<p>ha kontroll på når barnet var sulten, samt at helsepersonellet ikke vekte de under natten når barnet måtte bli ammet.</p> <p>2. Føle seg eksponert og sammenlignet med andre.</p> <p>Mødrene synes det var vanskelig å slappe av når det var andre i rommet, og følte seg derfor eksponert. Dessuten opplevde mødrene som en konkurranse om å pumpe mest melk, i og med at flaskene ble satt ved siden av hverandre. Dette førte til at mødrene følte seg håpløs og at de feilet.</p> <p>3. Stresset og avhengig av veiing.</p> <p>Mødrene opplevde det som stressende og avhengig av veieskalaer, og det føltes noen ganger som en konkurranse. I stedet for å føle seg selvsikker som mor, ble det vanskelig og stressende i forhold til amming med tanke på veiing etter hvert måltid.</p> <p>4. Støtte fra helsepersonell.</p> <p>Mødrene synes det var viktig at helsepersonell hadde en balanse mellom det å være støttende og gi råd, og la mødrene være selvstendig. Likevel synes mødrene det var viktig å ha støttende helsepersonell som oppmuntret de til å amme. Mødrene trengte også helsepersonellet til å roe ned det premature barnet under ammingen dersom barnet gråt, hvis ikke følte mange at det lett kunne oppstå panikk.</p> <p>5. Skyldte på seg selv når ammingen ikke fungerer.</p> <p>Dersom ikke ammingen fungerte, skyldte mødrene på seg selv og at det var som hadde gjort noe feil. Dette førte til at mødrene ble lei seg og en følelse av å ha skuffet. På den andre siden var det mødre som beskrev at de stolte på det premature barnet, og at barnet derfor ga beskjed når det var sulten. For mødrene dette gjaldt, ble nervøsiteten redusert og de kunne derfor fokusere mer på barnet, og ikke ansvaret som lå på mor.</p>
Etisk vurdering	Ja
Kvalitet	Nivå 1
Databasesøk	OVID Medline
Søk	Nr.4