

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY180H 000

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

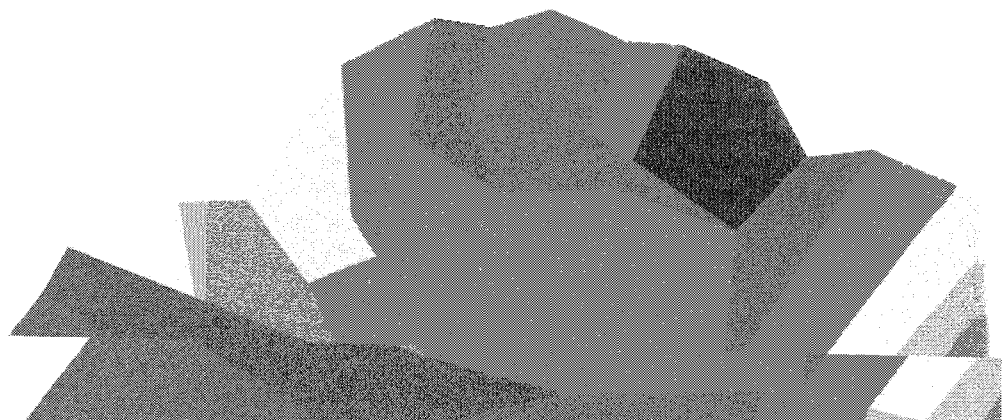
KULL: 08VÅR
KANDIDATNUMMER: 24

"DET PREMATURE BARNET"

"Hvordan kan sykepleiere redusere stress hos premature barn og hjelpe foreldrene med å tolke barnets signaler ved bruk av Nidcap modellen?"

[Andersen, Birgitte]

DATO FOR INNLEVERING: 28.10.2011. KL 14.00



”Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej”
(Løgstrup 1991:25).

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.

- 1.1. Bakgrunn for valg av oppgave. Side 1.
- 1.2. Presentasjon av problemstillingen. Side 2.
- 1.3. Avgrensninger av oppgaven. Side 2.
- 1.4. Definisjoner av sentrale begreper. Side 2.
- 1.5. Oppgavens disposisjon. Side 3.

2.0 METODE.

- 2.1. Valg av metode. Side 3-4.
- 2.2. Tidligere forskning. Side 4-5.
- 2.3. Kildekritikk. Side 5-6.
- 2.4. Etiske overveielser. Side 6.

TEORIDEL.

3.0 SYKEPLEIEFAGLIG FORANKRING.

- 3.1. Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Side 6-7.
- 3.2. Omsorgens relasjonelle side. Side 7-8.
- 3.3. Omsorgens moralske side. Side 8.
- 3.4. Omsorgens praktiske side. Side 8.

4.0 DET PREMATURE BARNET.

- 4.1. Barnets psykologiske utvikling. Side 9.
- 4.2. Barnets fysiske utvikling. Side 9-10.
- 4.3. Foreldre- barn relasjonen. Side 11-12.
- 4.4. Stress hos premature barn. Side 12.

5.0 NIDCAP MODELLEN.

- 5.1. Nidcap modellens formål/hensikt. Side 12-13.
- 5.2. Den synaktive modellens fem delsystem. Side 13-15.

DRØFTINGSDEL.

6.0 DRØFTING.

- 6.1. ”Hvordan kan sykepleiere redusere stress hos premature barn og hjelpe foreldrene med å tolke barnets signaler ved bruk av Nidcap modellen?” Side 15-16.
- 6.2. Tolkning av barnets signaler. Side 17-19.

6.3. <u>Betydning av foreldrenes deltagelse.</u>	Side 19-22.
6.3.1. <u>Viktigheten av å veilede og overføre kunnskap til foreldrene.</u>	Side 20-22.
6.4. <u>Betydning av kontakt med foreldrene for det premature barnet.</u>	Side 22-24.
6.4.1. <u>Tilrettelegge for optimal kontakt.</u>	Side 23-24.
6.5. <u>Utforming av avdelingen.</u>	Side 24-28.
6.5.1. <u>Lys og synsinntrykk.</u>	Side 24-25.
6.5.2. <u>Berøring og leie.</u>	Side 25-26.
6.5.3. <u>Lyd og støy.</u>	Side 27-28.
7.0 KONKLUSJON.	Side 28-29.
LITTERATURLISTE.	Side 30-33.
VEDLEGG.	Side 34.

1.0 INNLEDNING.

1.1. Bakgrunn for valg av oppgave.

I 2010-2011 er det født 79052 barn i Norge, og av disse er 5008 født prematurt. Til sammen utgjør det en prosent på 6,3 av det totale antall fødte barn i 2010-2011 så langt (Folkehelseinstituttet 2011). I en av mine praksisperioder i sykepleierstudiet var jeg så heldig å få praksisplass ved en nyfødtintensiv avdeling. Der fikk jeg anledning til å være med på å observere og behandle premature barn som var innlagt ved avdelingen. I løpet av praksisperioden gjorde jeg meg mange refleksjoner rundt tolkning og respondering på premature barns signaler, og hvilke tiltak som ble iverksatt for det enkelte barnet. Jeg syntes det var både spennende og interessant å se hvordan personalet tolket barnets signaler, og hvordan de forsøkte å ivareta barnets individuelle behov for pleie og omsorg. Samtidig fikk jeg anledning til å se hvordan foreldrene ble inkludert i pleien og behandlingen av barnet, og hvor viktig deres deltagelse er for barnets utvikling og trivsel.

En nyfødtintensiv avdeling er full av teknisk utstyr, og premature barn utsettes for flere ulike sanseintrykk i løpet av døgnet. Stress og overstimulering av premature barn kan på sikt medføre konsekvenser for barnets utvikling, som eksempelvis infeksjoner, hjerneblødning, syns og hørselsskader, samt hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (Sandtrø 2009). Det er dermed svært viktig at pleien som gis er tilpasset det enkelte barns muligheter til å motta og sortere stimuli (Sandtrø 2009). En nyfødtintensiv avdeling er preget av tverrfaglig arbeid, der det blant annet jobber leger, intensivsykepleiere, barnesykepleiere, sykepleiere og barnepleiere. Barn som er innlagt på en slik avdeling er blant annet premature barn, barn med ulike infeksjoner, barn med hjerteproblemer og ulike andre lidelser.

Denne oppgaven er avsluttende eksamen ved sykepleierstudiet. Da jeg på sikt ønsker å jobbe med nyfødte barn, vil jeg gjennom arbeidet med denne oppgaven øke min kompetanse innenfor nyfødtisykepleie. Oppgavens omfang er på 9764 ord.

1.2. Presentasjon av problemstillingen.

Jeg har valgt å skrive om forebygging av stress for premature barn på grunn av relevansen det har for premature barns helse, trivsel og videre utvikling. For å kunne yte best mulig pleie og omsorg for det premature barnet og dets foreldre, er det viktig at man som sykepleier er bevisst over hvilke tiltak og behandling som fremmer barnets utvikling og helse. Jeg har valgt følgende problemstilling for oppgaven: *”Hvordan kan sykepleiere redusere stress hos premature barn og hjelpe foreldrene med å tolke barnets signaler ved bruk av Nidcap modellen?”*

1.3. Avgrensinger av oppgaven.

Jeg har valgt å fokusere på premature barn i forhold til Nidcap modellen. Jeg vil ikke vektlegge barn med ulike andre lidelser, eksempelvis barn med hjertelidelser og infeksjoner, selv om modellen muligens kan være anvendelig her også. Videre har jeg valgt å inkludere barnets foreldre i pleien og behandlingen, da de er en uvurderlig støtte og kontakt for barnet, og deres viktigste omsorgsgivere. Jeg har valgt Kari Martinsens sykepleieteori, da jeg mener at hennes omsorgsfilosofi passer godt i min oppgave.

1.4. Definisjoner av sentrale begreper.

Prematur betyr for tidlig født. Et barn er prematurt dersom det blir født før svangerskapsuke 37(Holan 2010:155).

Nidcap står for Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. På Norsk betyr Nidcap, utviklingstilpasset familiefokusert neonatalomsorg. Heidelise Als har utviklet modellen for å gjelde premature barns kompetanse, da premature barn har ulike signaler og atferdsmønster enn fullbårne barn. Det sentrale i modellen er en forståelse og erkjennelse av at det premature barnet kommuniserer med sine omgivelser ut i fra sin modenhetsgrad (Kleberg 2001).

1.5. Oppgavens disposisjon.

Oppgaven starter med en innledning, der jeg først tar opp bakgrunnen for valget av oppgave. Deretter kommer en presentasjon av problemstillingen, avgrensninger av oppgaven, samt definisjoner av sentrale begreper. Videre følger en metodedel, hvor jeg redegjør for mitt valg av metode, tidligere forskning, kildekritikk, samt etiske overveielser. Deretter følger en teoridel som omhandler Kari Martinsens sykepleiefilosofi, det premature barnet, samt Nidcap modellen. Videre følger oppgavens drøftningsdel. Her forsøker jeg å drøfte teorien jeg har valgt, opp mot min problemstilling. Drøftningsdelen er oppdelt i mindre deler, hvorav jeg diskuterer de tema jeg anser som relevante i forhold til det premature barnet. Avslutningsvis følger en konklusjonsdel, samt en litteraturliste og vedlegg.

2.0 METODE

2.1. Valg av metode.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert 1985:196).

Metoden man anvender i en oppgave hjelper oss med å finne frem til informasjon som vi mener er relevant for problemstillingen. Det finnes to ulike retninger innenfor metodearbeidet, den kvalitative og den kvantitative metoden (Dalland 2004). Både kvalitativ og kvantitativ metode har som siktemål å øke forståelsen for hvordan mennesker lever og samhandler i samfunnet, men har ulike fremgangsmetoder. Kvalitativ forskning tar sikte på å beskrive erfaringer og meninger som verken lar seg tallfeste eller måles. Ved hjelp av kvalitativ metode søker man som oftest å samle inn data hvor en kan få en dypere mening av problemstillingen, man går i dybden og en forsøker å formidle økt forståelse. Den kvalitative metoden står med det i motsetning til den kvantitative tilnærmingen, som tar sikte på å la seg måles og tallfestes. Gjennom en kvantitativ tilnærming går man strukturert og systematisert tilverks, man går i bredden og en forsøker å formidle forklaringer og årsakssammenhenger (Dalland 2004).

I denne oppgaven har jeg valgt å foreta en litteraturstudie. Gjennom en litteraturstudie forsøker en å finne frem til skriftlige kilder som passer i forhold til den valgte problemstillingen. Videre forsøker en å samle sammen og kritisk vurdere litteraturen en har kommet frem til, for så å sette den i sammenheng (Dalland 2004). En litteraturstudie kan ha både positive og mindre positive sider. Litteraturen en har benyttet seg av i litteraturstudiet er forsket på og allmenn kjent, og viser hvor relevant kunnskapen er. Videre er kunnskapen bearbeidet av den som har forsket på det gitte emnet, slik at kunnskapen blir fortolket ut i fra deres forforståelse (Dalland 2004). Jeg har også valgt å vektlegge erfaringer fra egen praksis ved nyfødttintensiv avdeling, samt benytte meg av relevant faglitteratur, knyttet opp mot min problemstilling. I tillegg vil jeg anvende relevante forskningsbaserte artikler for å se hva tidligere forskning sier om temaet.

Faglitteraturen jeg har anvendt består av pensumlitteratur, selvvalgt pensum, samt forskningsbaserte artikler. Av selvvalgt pensum har jeg lett meg frem til relevante bøker ved universitetets bibliotekside BIBSYS. Jeg har vært innom nettsteder som Helsebiblioteket, Pubmed, Tidsskrift for den norske legeforening, Statistisk sentralbyrå, Helsedirektoratet, Tidsskrift for Norsk barnelegeforening og Norsk Sykepleierforbund. Jeg har brukt søkeord som ”prematuro”, ”Nidcap”, ”Nidcap modellen”, ”stress”, ”stress hos premature”, ”Nidcap og foreldre”, ”nyfødtsykepleie”, ”prematuro”, ”neonatalomsorg” for å komme frem til relevante artikler og selvvalgt pensum. Jeg har også anvendt engelske søkeord.

2.2. Tidligere forskning.

Overlege Lutz Nietsch tar opp i en artikkel i Tidsskrift for Norsk barnelegeforening, hvorfor det lønner seg å utdanne helsepersonell innefor Nidcap metoden (Nietsch 2007). Metoden anser foreldrene som en sentral og viktig ressurs for barnet, og metoden legger forholdene til rette for mest mulig deltagelse fra foreldre. Samtidig tar Nietsch opp at tidligere studier har vist positive effekter for barnets videre utvikling ved bruk av modellen. Deriblant er det funnet reduksjon i risikoen for hjerneblødning, samt

atferdsrelaterte fordeler ved bruk av modellen. Videre viser tidligere undersøkelser en reduksjon i antall respiratorbehandling og antall liggedøgn på sykehus (Nietsch 2007).

I en artikkel av Wielenga m.fl. (2006), ble det foretatt en undersøkelse over hvor fornøyde foreldre til premature barn var ved hjelp av sykepleiere som tok i bruk Nidcap modellen. Undersøkelsen ble foretatt gjennom spørreundersøkelser, basert på grupper som hadde hjelp av tradisjonell pleie, og grupper som tok i bruk Nidcap modellen i behandlingen av barnet. Resultatene av undersøkelsen viste at foreldre var betydelig mer fornøyde med omsorgen som ble gitt i forhold til Nidcap modellens prinsipper, enn de var med tradisjonell pleie for det premature barnet (Wielenga m.fl. 2006).

I artikkelen ”Små barn – store lyder”(Pettersen m.fl. 2002), tar forfatterne opp hvordan lyd påvirker det premature barnet, og betydningen av å redusere støyet det utsettes for i nyfødttintensiv avdeling (Pettersen m.fl. 2002). Artikkelen tar videre opp viktigheten av å innføre Nidcap modellen i nyfødttintensiv avdelinger, som et tiltak for å redusere støynivå i avdelingen. Hvordan miljøet er i avdelingen og stimuliene barnet utsettes for, kan være med på å øke komplikasjonene og senskadene barnet kan få. Videre kommer det frem i artikkelen at barnet kan utvikle problemer som konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet, samt lære- og skrivevansker senere i livet (Pettersen m.fl. 2002).

2.3. Kildekritikk.

Jeg har i oppgaven tatt hensyn til eventuelle feilkilder som kan ha oppstått. Noe av faglitteraturen jeg har valgt å basere oppgaven ut på, kan være av eldre dato, samt for begrenset i forhold til hva som fins av litteratur om emnet. Det kan komme av at det kanskje ikke forskes så mye på dette området. Selv om noe av litteraturen kan være av eldre dato, anser jeg det som like dagsaktuelt. Søkeord jeg har benyttet meg av kan være for få og avgrenset, samtidig har mine egne erfaringer med å bruke søkeord og ulike nettsteder sine begrensninger. Dermed kan jeg ha unngått artikler som er mer relevante og oppdatert. Jeg har også forsøkt å benytte meg av primærkilde så langt det lar seg gjøre,

men ettersom noen av primærkildene ikke var å få tak i, har jeg måtte benytte meg av sekundærkilder.

Ettersom som jeg vektlegger egne observasjoner og erfaringer i oppgaven, kan noe av informasjon og observasjonene som jeg har foretatt meg, være farget av min egen forforståelse rundt emnet. Videre blir oppgaven skrevet i etterkant av min praksis, slik at deler av mine observasjoner kan være glemt eller gjenfortalt upresist.

2.4. Etiske overveielser.

Det kommer frem av Lov om behandling av personopplysninger § 1, at ”*Formålet med denne loven er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger...*”(Justis- og politidepartementet 2000). Jeg har vektlagt egne erfaringer fra praksis og faglitteratur som grunnlag for oppgaven. Jeg har anonymisert praksisplassen og eksemplene mine, slik at verken pasienthistoriene eller selve praksisplassen skal kunne gjenkjennes av allmennheten.

TEORIDEL.

3.0 SYKEPLEIEFAGLIG FORANKRING.

3.1. Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Kari Martinsen er utdannet sykepleier og har magistergrad i filosofi. Hennes forfatterskap er inspirert av filosofene Knud Løgstrup og Karl Marx (Kristoffersen 2005). Hun har gjennom flere års forfatterskap utviklet en omsorgsfilosofi som tar utgangspunkt i sykepleierens grunnleggende verdier og holdninger. Omsorg er det grunnleggende fenomenet som sykepleie bygger sitt utgangspunkt på, og omsorgen er et mål i seg selv (Kristoffersen 2005). Den kjennetegnes ved engasjement, faglig vurdering, moralitet og aktiv innlevelse i pasientens situasjon. Sentralt i omsorgsfilosofien står sykepleierens genuine omsorg og pleie for de svakeste i samfunnet (Martinsen 2008). Sykepleierne skal i følge Kari Martinsen, handle ut i fra et dypt engasjement og interesse for de svakeste. En

skal handle ut i fra hva som er det beste for pasienten, og hele tiden ha deres behov i fokus, uten å ønske om å få noe tilbake (Martinsen 2008).

Kari Martinsens menneskesyn bygger på en oppfatning av at mennesket står konstant i en relasjon til sine medmennesker. Relasjonen er det fundamentale i menneskers liv, og alle mennesker står i et avhengighetsforhold ovenfor hverandre (Martinsen 2008). Dette kommer tydelig frem når behovet for omsorg og pleie melder seg. Gjennom avhengighet til andre mennesker utvikler individet selvstendighet, og kan med det realisere seg selv. I relasjonene vektlegger hun de spontane og suverene livsytringene, hvor tillit, kjærlighet og barmhjertighet står sentralt (Martinsen 2008). Hun tar dermed avstand mot et menneskesyn som vektlegger enkeltindividet på bekostning av menneskers omsorg for hverandre og fellesskapet (Martinsen 2008). Mennesket kan heller ikke ses isolert sett fra sine omgivelser, men må ses ut ifra de omgivelsene og miljøet det er en del av. Mennesket og dets omgivelser må ses på som en helhet. Kari Martinsen tar avstand fra formålsrasjonalitet i sykepleien, men mener at mål kan settes opp, men at de vil kunne endres på etter hvert som pasienten situasjon endrer seg (Kristoffersen 2005). Målene må tilpasses pasientens behov og situasjon. Hennes omsorgsfilosofi tar utgangspunkt i tre grunnprinsipper. Omsorgens relasjonelle, moralske og praktiske side. Disse grunnprinsippene er nært flettet sammen, og må ses på som en helhet (Kristoffersen 2005).

3.2. Omsorgens relasjonelle side.

For å kunne yte hjelp og omsorg for pasienten, er det viktig at sykepleieren forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon. Sykepleieren må vise engasjement og interesse for pasienten, og sette seg inn i pasientens helsetilstand for å kunne vite hva han eller hun trenger (Martinsen 2008). Her kommer livsytringene inn og spiller en viktig rolle. De er spontane og dermed suverene. Et hvert menneske i enhver relasjon utleverer en del av seg selv til den andre, og det er da opp til denne andre å svare på personenes utlevering (Martinsen 2008). Det er derfor svært viktig at relasjonen dem imellom er basert på tillit, kjærlighet og barmhjertighet. Gjennom sansene og inntrykkene sykepleieren får fra pasienten, er det mulig for sykepleieren å tolke de inntrykkene som pasienten gir. Ut i fra sykepleierens

tolkninger kan hun eller han gi pasienten den pleien og omsorgen som er til det beste for pasienten (Martinsen 2008).

3.3. Omsorgens moralske side.

Omsorgen har også en moralsk side. Omsorgen og moralen er nært knyttet til hverandre, og sykepleieren må lære seg å handle ut i fra moralen og etikken (Martinsen 2008).

Handlingene kommer til uttrykk gjennom de spontane livsytringene. ”*Det moralske er å være i en bevegelse fra seg selv til den andre for å handle til den andres beste. Slik ytrer livet seg, hvor vi alltid er utlevert den andre for å ta vare på han eller henne.*”(Martinsen 2008:21). Moralens kan være både primær og sekundær (Martinsen 2008). Moralens er primær når den er spontan og uegennyttig, og den er sekundær når den styres av normer og regler skapt av menneskene, og samfunnet menneskene er en del av. I følge Kari Martinsen innehar sykepleiere etisk kompetanse som gjør dem i stand til å treffe moralske handlinger ut i fra deres fagkompetanse. Denne fagkompetansen ligger i sykepleiernes grunnholdninger (Martinsen 2008).

3.4. Omsorgens praktiske side.

Gjennom omsorgens praktiske side kan sykepleieren handle ut i fra egne erfaringer og en genuin forståelse av den sykes behov (Martinsen 2008). Handlingene kommer fra sykepleierens innlevelse og forståelse av pasientens helsetilstand og konkrete situasjon. Sykepleieren kan sette seg inn i pasientens situasjon og forstå den syke ut fra egen forforståelse (Martinsen 2008). Egne erfaringer rundt sykdom og lidelse gjør sykepleieren i stand til å forstå hva som er det beste for pasienten. Ut i fra et moralsk skjønn og med fagkunnskapene sykepleierne innehar, er sykepleierne i stand til å treffe gode beslutninger ut i fra en forståelse av pasientens behov (Martinsen 2008).

4.0 DET PREMATURE BARNET.

4.1. Barnets psykologiske utvikling.

Barnet kan allerede fra svangerskapets første måneder føle og reagere på inntrykk fra omgivelsene (Holan 2010). Tidlig i utviklingen mottar barnet sanseintrykk fra huden, allerede før barnet kan se eller høre. Gjennom huden kan barnet føle varme fra fostervannet og palpasjoner fra navlesnoen. Barnet opplever også forholdet mellom sin egen kropp og omgivelsene han eller hun er en del av gjennom huden. På denne måten utvikler barnet en tidlig opplevelse av selvet (Holan 2010). Fra barnets hørselsorganer utvikles i uke 3, kan det oppfatte lydvariasjoner, og barnet er omgitt av lyder fra mors mage og tarmsystem. Barnet er omgitt av mors hjerteslag døgnet rundt, og hennes hjerterytmene varierer gjennom ulike aktiviteter og tid på døgnet. Disse rytmene blir en del av kommunikasjonsbåndet mellom mor og barn (Holan 2010). Barnet har trolig en evne til å lagre minner, og den delen av hjernen som brukes til bevisste tanker og hukommelse, er ferdig utviklet i uke 32. Tidligere rådet synet om at barnet ikke var aktiv deltakende i deres omgivelser, men passivt. Dette synet har endret seg, og i dag vet man at barnet er aktiv i samspill med andre mennesker (Grønseth 2009).

Premature barn har begrenset evne til å sortere og bearbeide ulike former for sansestimuli (Grønseth 2009). Dette har en sammenheng med modenhetsgraden til barnets sentralnervesystem. Ved nyfødtintensiv avdelinger utsettes barnet for en mengde ulike typer for sanseintrykk som kan virke stressende for barnet, deriblant prøvetakninger, stell, lyd, matsituasjoner, lys og usammenhengende søvn. Det er dermed viktig at sanseintrykk og stimuli barnet utsettes for, tilpasses barnets evne til å ta imot og bearbeide inntrykk (Grønseth 2009).

4.2. Barnets fysiske utvikling.

Hjernen til premature barn er ikke ferdig utviklet, og jo mer prematurt barnet er, jo mindre utviklet er hjernen når barnet fødes (Stiris 2009). Samtidig er blodårene som omdanner hjernen umodne, og disse blodårene vil fortsatt være umodne når barnet er født. Dette medfører en økt fare for blødninger og hjernesker (Stiris 2009).

Hudens tre hudlag er ikke ferdig utviklet før i uke 32, noe som medfører at huden til premature barn er tynn og sårbar, og utsatt for rifter og sår (Grønseth 2009). Premature barn er også utsatt for infeksjoner, noe som har sammenheng med den tynne og umodne huden, samt et umodent immunforsvar (Steinnes 2009). Det er derfor svært viktig at sykepleiere og foreldre i stell og pleiesituasjoner er ekstra oppmerksomme og forsiktige med barnets hud. (Grønseth 2009).

Temperaturreguleringssenteret til premature barn er ikke ferdig utviklet, noe som fører til at barnet ikke klarer å regulere væske og kroppstemperatur. Samtidig har barnet dårlig isolerende og varmeproduserende hud, og evnen til å regulere kroppstemperaturen er dermed svekket (Grønseth 2009). Ukontrollerte temperatursvigninger kan få alvorlige konsekvenser for barnets helsetilstand, da temperatursvigninger medfører økt oksygen og energibehov (Haaland 2009). Opprettholdelse av stabil kroppstemperatur er nødvendig for barnets vekst og utvikling. Premature barn har nedsatt muskeltonus, og det fører til at barnet ikke klarer å kompensere for eventuelle varmetap via muskelskjelvinger (Grønseth 2009).

Mange premature barn har respirasjonsproblemer (Grønseth 2009). Barnets brystkasse er myk og elastisk. Sammen med nedsatt elastisitet i lungene kan det bidra til anstrengt respirasjon (Steinnes 2009). De stive lungene, samt trange luftrørsforgreninger, fører til at barnet øker respirasjonsfrekvensen for å kompensere. Etersom barnets respirasjonssenter er umodent, hender det at barnet glemmer å trekke pusten. Det oppstår da apneer som fører til pustestopp og redusert puls (Grønseth 2009). For at barnet skal få optimal vekst og utvikling, er det av avgjørende betydning at barnet får tilstrekkelig med næringsstoffer. Samtidig er det viktig at barnet ikke forbruker mer energi enn det de får tilført. Barnets energilagere er redusert, og nedsatt kroppstemperatur, sykdom, stress og andre påkjenninger medfører et økt behov for tilstrekkelig med næringsstoffer (Grønseth 2009).

4.3 Foreldre- barn relasjonen

Under svangerskapet gjennomgår mor en rekke store fysiske og psykiske forandringer. Forandringene er med på å gjøre henne i stand til å respondere på barnets behov, samtidig som det knytter et unikt bånd mellom henne og barnet (Holan 2010). Gjennom svangerskapet forbereder hun seg på møtet med barnet, og svangerskapsperioden er som oftest preget av glede og forventninger. Morsfølelsen utvikles, og mor fantaserer om barnet sitt og utvikler en økt sårbarhet ovenfor barnet. Denne sårbarheten er viktig, og gjør henne i stand til å utvikle en økt sensitivitet ovenfor barnets behov, og et ønske om å beskytte barnet sitt mot alt vondt (Holan 2010). Når barnet fødes for tidlig og blir innlagt på nyfødttintensiv avdeling, befinner mange foreldre seg i en situasjon som er preget av usikkerhet, og som kan virke skremmende. Isteden må de forholde seg til en høyteknologisk avdeling og helsepersonell som trer inn for å ta seg av barnet deres. Mulighetene til å kunne ta seg av barnet sitt på egen hånd, blir mer eller mindre borte (Tandberg 2009).

Et godt samspill er av stor betydning for barnets vekst, trivsel og velvære. Barnets sosiale, intellektuelle og emosjonelle utvikling er avhengig av et godt samspill med foreldrene (Ravn 2009). Premature barn gir svakere og ulike signaler enn fullbårne barn. I tillegg bruker de lengre tid på å respondere og bearbeide signaler enn fullbårne barn. Det kan være med på å vanskeliggjøre kontakten og samspillet med foreldrene (Grønseth 2009). Barnet klarer i mange tilfeller ikke å respondere på foreldrenes tilnærmelser, noe som kan resultere i at foreldrene føler seg utilstrekkelig og avvist av barnet. Et godt samspill med foreldrene gjennom berøring, blikkontakt og gode lyder skaper trygghet og ro for barnet (Holan 2010).

En viktig sykepleieroppgave er å veilede foreldrene til samhandling med det premature barnet (Tveiten 2009). Sykepleiere skal ta utgangspunkt i hva foreldrene tenker, føler og mener er viktig i forhold til sitt barn, og få tak i deres vurderinger av barnets behov (Tveiten 2009). Hensikten med veiledningen er å øke kompetansen til foreldrene, slik at

mestringsfølelsen som foreldre styrkes. Veiledningens formål er å bidra til medvirkning og innflytelse gjennom økt kunnskap (Tveiten 2009).

4.4. Stress hos premature barn.

Begrepet stress brukes som regel for å angi en eller annen form for psykisk og fysisk ubalanse når et menneske utsettes for ulike typer stimuli som oppfattes som vanskelig og uoverkommelig (Sandtrø 2009). De ulike stimuliene som barnet kan oppfatte som stressende, er eksempelvis støy, lys, smerte og sterke lukter (Sandtrø 2009). Det premature barnet blir født når de er under en intensiv utviklingsperiode i livmoren. Nervesystemet og viktige fysiske funksjoner er under utvikling, og barnet modnes og utvikles i perfekt tilpasset miljø i livmoren (Wallin 2001). Miljøet i livmoren er mørkt og beskyttende, og barnet ligger tett i fosterstilling og kjenner avgrensninger av egen kropp. Når barnet fødes for tidlig er det ikke ferdig utviklet, og flere organer er umodne og underutviklet (Wallin 2001).

Ved langvarig stress skiller binyrebarken ut hormonet kortisol. Sammen med økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet, kan kombinasjonen med utskillelsen av kortisol, ha mange uheldige bivirkninger. Energiressursene tappes, pulsen og åndedrettet øker, fordøyelsen blir dårligere, blodtrykket stiger og barnet kan bli ekstra utsatt for infeksjonssykdommer ettersom immunforsvaret svekkes (Sand m.fl. 2007). Det økte blodtrykket kan igjen føre til at barnet blir ekstra utsatt for hjerneblødning (Sandtrø 2009). Stress er barnets reaksjon på stimuli som bringer barnet ut av balanse (Sandtrø 2009).

5.0 NIDCAP MODELLEN

5.1. Nidcap modellens formål/hensikt.

Nidcap modellen bygger på en forståelse av at barnet er i stand til å oppfatte stimuli, og kan formidle reaksjoner på stress og overstimulering til sine omgivelser. Modellen er utviklet for at pleiepersonell skal kunne tolke signalene barnet gir, og ut i fra observasjonene som er foretatt, gi barnet individuelt tilpasset omsorg ut i fra dets

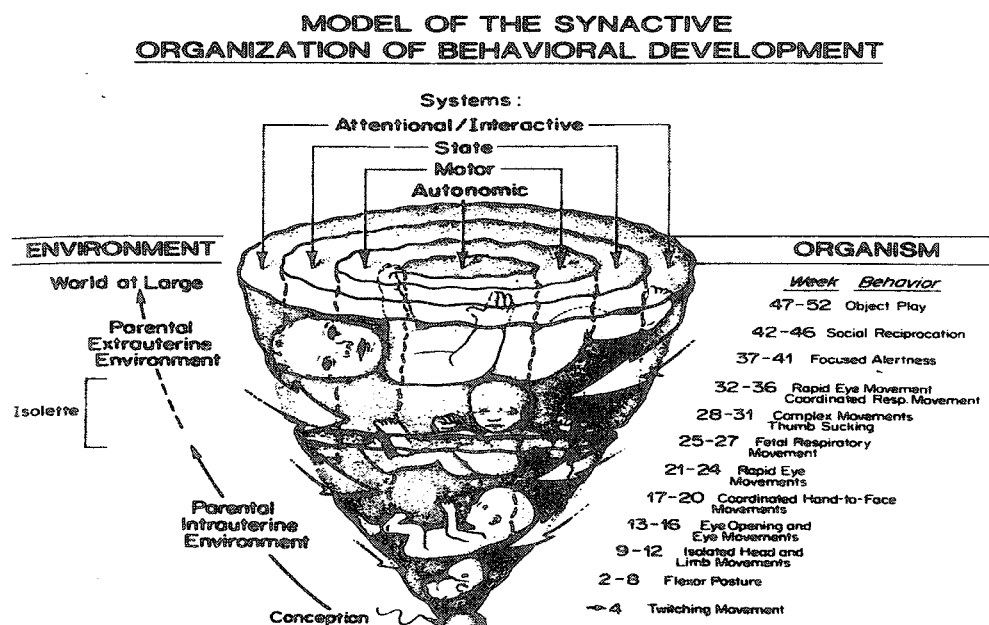
modenhetsgrad og sårbarhet (Kleberg 2001). Ved bruk av Nidcap modellen tar en sikte på å lage miljøet rundt det premature barnet så likt som mulig det miljøet barnet ville ha hatt i livmoren. Samtidig fokuserer modellen på stimuli reduserende tiltak i nyfødttintensiv avdelingene for å forebygge stress hos barnet. Dette er tiltak som redusering av lys, støy, sterke lukter, berøring, samt å fremme god og uforstyrret søvn (Sandtrø 2009). Det blir dermed opp til sykepleierne å forsøke å tilpasse og redusere sanseinntrykkene på best mulig måte. Det er viktig å finne frem til en balanse som ivaretar barnets behov for samspill, samtidig som en er var og lydhør for barnets signaler på stress (Grønseth 2009). Gjennom bruk av Nidcap modellen skal sykepleierne og barnets foreldre lære å tolke barnets signaler på stimuli, og lære å respondere adekvat på signalene som gis (Grønseth 2009).

Nidcap modellen bygger på fire grunnleggende prinsipper. I det første prinsippet vektlegges det at omsorgen en gir barnet skal være basert på relasjoner (Sandtrø 2009). Det innebærer at det fokuseres på relasjonen og samspillet som barnets omsorgsgivere bygger opp med barnet. Det medfører at sykepleierne og foreldrene må innrette pleien og samspillet på barnets premisser og behov (Sandtrø 2009). Modellens andre prinsipp innebærer å forstå hvordan man skal observere det premature barnets signaler. Herunder blir det svært viktig å lære å tolke barnets tegn på tilnærming og unnvikelse (Sandtrø 2009). Dette gjøres ved å nøye observere barnets tegn og signaler i forhold til modenhetsgrad og stress. Modellens tredje prinsipp vektlegger hvor viktig det er å fokusere på at omsorgen en gir barnet skal være individuelt tilpasset barnets behov (Sandtrø 2009). Det premature barnet er unikt, og alle barn reagerer ulikt på stimuli. Omsorgen en gir barnet må da tilpasses barnet individuelt. Modellens fjerde prinsipp vektlegger at omsorgen er familiefokusert, noe som innebærer at barnets foreldre og familien skal inkluderes i pleien rundt barnet så langt det lar seg gjøre (Sandtrø 2009).

5.2. Den synaktive modellens fem delsystem.

For å kunne gi barnet best mulig individuell pleie og omsorg, er det nødvendig med en forståelse av at barnet er under utvikling og hvor langt i utviklingen barnet er kommet

(Kleberg 2001). Gjennom observasjoner av premature barns signaler og atferdsmønstre, har Heidelise Als utviklet en synaktiv modell (Kleberg 2001). Den synaktive modellen bygger på en forståelse av at barnet er i kontinuerlig samspill med sine omgivelser, og at barnets utvikling går fra å være udifferensiert, til å bli mer differensiert (Sandtrø 2009). Eksempelvis er bevegelsene til premature barn i begynnelsen av utviklingen store og sprikende, og blir etter hvert mer kontrollerte og rolige (Sandtrø 2009). I den synaktive modellen beskriver og tolkes barnets atferd ut i fra fem delsystem. De ulike delsystemene i modellen utvikler seg til forskjellige tider, og hvert delsystem representerer en del av barnets utvikling (Sandtrø 2009). Systemene påvirker hverandre gjensidig i samspill med barnet miljø, og er i konstant samspill med hverandre. Det premature barnet må utvikle en viss modenhet innenfor et system før det kan utvikle seg videre i neste system (Sandtrø 2009). Barnet har ved hjelp av senteret for selvkontroll mulighet for å opprettholde en viss stabilitet og balanse innenfor de ulike delsystem (Sandtrø 2009). Modellens fem delsystem omfatter det autonome/fysiologiske systemet, det motoriske systemet, det våkenhetsregulerende systemet, systemet for oppmerksomhet og samspill, samt systemet for selvkontroll (Kleberg 2001). Modellen nedenfor illustrerer den synaktive modellens ulike delsystem (Kleberg 2001:33).



Figur 2.1 Den synaktiva modellen av barns utveckling.
Källa: Als, H., *Infant Mental Health Journal*, 1982.

(Kleberg 2001:33).

Kjernen i den synaktive modellen er det autonome/fysiologiske systemet. Dette systemet omfatter barnets respirasjon, sirkulasjon, temperaturregulering, mage- og tarmaktivitet, samt hudfarge. Ved å studere barnet i forhold til disse komponentene kan sykepleierne observere tegn på stress, eksempelvis apneer, hikke, ustabil blodtrykk og uregelmessig puls (Sandtrø 2009). Det motoriske systemet omdanner det autonome systemet. Der observeres barnet i forhold til kroppsstilling, muskeltonus og bevegelser. Tegn til stress vil kunne vise seg ved enten høy eller lav muskeltonus (Sandtrø 2009). I det våkenhetsregulerende systemet observeres barnet i forhold til søvn og våkenhet. Ved stress vil barnet eksempelvis gråte, være irritert, samt ha dårlige og uklare søvnstadier (Sandtrø 2009). I systemet for oppmerksomhet og samspill observeres i forhold til dets evne til samhandling med sine omgivelser. Tegn til stress vil kunne vise seg ved at barnet vender blikket bort og låser blikket (Sandtrø 2009). Systemet for selvkontroll representerer barnets evne til selv å regulere stimuli og for så å komme i balanse. Når barnet prøver å gjenvinne selvkontroll og balanse mellom de ulike stadiene, vil det vise tegn som å snu seg bort, legge hånden over ansiktet, innta fosterstilling og lete etter noe å suge på (Sandtrø 2009).

DRØFTNINGSDEL

6.0 DRØFTING.

6.1. "Hvordan kan sykepleiere redusere stress hos premature barn og hjelpe foreldrene med å tolke barnets signaler ved bruk av Nidcap modellen?"

"Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert." (Norsk sykepleierforbund 2008:7). Slik jeg ser det, er det premature barnet avhengig av sine omsorgsgivere og sykepleierne for å etterkomme deres behov for hjelp. Når det premature barnet blir innlagt ved en nyfødintensiv avdeling, trenger både barnet og familien hjelp og omsorg. Når barnet ikke er i stand til å imøtekomme egne behov eller å gi egenomsorg, mener jeg at det da er opp til sykepleierne å påse at barnet får den hjelpen som barnet trenger og har behov for. Omsorgen for menneskets egenverd og iboende verdi er det grunnleggende fenomenet ved

sykepleie slik det fremkommer av yrkesetiske retningslinjer for sykepleierne (Norsk sykepleierforbund 2008:7).

Sykepleiere er i følge Lov om helsepersonell § 4 første ledd, pliktig til å yte helsehjelp ut i fra kravet om faglig forsvarlighet. ”*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig...*” (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Slik jeg ser det innebærer det at pleien man yter skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, samt tilpasses hver enkelt pasient og særegne situasjon. Ettersom premature barn har ulike behov, trenger de som oftest pleie og omsorg til ulike tider. Jeg mener at man som sykepleier dermed bør tilrettelegge for mest mulig individuell behandling, og forsøke å tilpasse pleien slik at den på best mulig måte gagnar barnet. Hjelpen man som sykepleier gir barnet, må ses ut i fra den aktuelle situasjonen barnet befinner seg i, samt det individuelle behovet barnet har (Korsvold 2009).

Det premature barnet blir født i en periode i svangerskapet der barnet er i rask vekst og utvikling (Wallin 2001). Samtidig er foreldrene i mange tilfeller ikke forberedt på en for tidlig fødsel. Når det premature barnet ankommer en nyfødtintensiv avdeling, utsettes barnet hele tiden for en mengde ulike stimuli. Stimuliene barnets utsettes for, er barnet i mange tilfeller ikke modent nok for å bearbeide og sortere (Grønseth 2009). Premature barn må ofte igjennom ulike prøver og undersøkelser, som igjen kan bidra til å øke stressfølelsen til barnet. I mange tilfeller blir barnet rett etter fødselen flyttet over til nyfødtintensiv avdelingen, slik at den umiddelbare kontakten med foreldrene kan bli borte (Grønseth 2009). Slik jeg ser det kan dette virke stressende både på det premature barnet og barnets foreldre. Dermed er det viktig at man som sykepleiere er lydhøre for barnet og foreldrenes signaler, og forsøker å redusere opplevelsen av stress så langt det lar seg gjøre (Grønseth 2009). Dersom barnet utsettes for stress kan det få konsekvenser for barnets vekst og utvikling, ved at det kan øke risikoen for blant annet hjerneblødning og atferdsrelaterte vansker (Nietsch 2007).

6.2. Tolkning av barnets signaler.

I følge Kari Martinsen er omsorgen det fundamentale fenomenet som sykepleierne skal danne sitt grunnlag på, og omsorgen er et mål i seg selv (Martinsen 2008). Omsorgen kjennetegnes ved engasjement, faglig vurdering, moralitet og en aktiv innlevelse i pasientens situasjon. Dette krever faglig dyktighet hos sykepleiere (Martinsen 2008). Sentralt står omsorgen for de svakeste i samfunnet (Martinsen 2008). Ved en nyfødt intensiv avdeling er det premature barnet, slik jeg anser det, blant de svakeste pasientene. Det premature barnet er helt avhengige av sine omsorgsgivere og sykepleierne for å få tilfredsstilt og møtt sine behov for hjelp. Ved å ta i bruk Nidcap modellen for å observere barnet i forhold til de stimuli det utsettes for, kan sykepleierne forsøke å tolke de signalene barnet gir, for så å sette opp tiltak for å redusere sanseinntrykkene de får (Tandberg 2009).

I følge Kari Martinsen kan sykepleierne ved aktiv innlevelse i barnets situasjon, og ved bruk av kunnskapen som sykepleierne har ervervet seg, tolke signalene som barnet viser. Sykepleieren skal kunne sette seg inn i pasientens situasjon og utøve sykepleie med hensyn til hva som er til det beste for pasienten (Martinsen 2008). Videre legger hun vekt på sykepleierens praktiske kunnskaper. Sykepleieren kan gjennom å sette seg inn i pasientens situasjon, forstå hva pasienten trenger hjelp til, og på den måten yte best mulig pleie og omsorg (Martinsen 2008). Slik jeg ser det, kan sykepleiere med bakgrunn i sine fagkunnskaper og tidligere erfaringer med pleie av premature barn, tolke barnets signaler på best mulig måte. Selv om at hvert prematurt barn er unikt og forskjellig fra andre barn, kan det være enkelte fellestrekk med andre premature barn, som kan gjøre sykepleiere i stand til å yte best mulig pleie til barnet basert på tidligere erfaringer. Noen sykepleiere har kanskje også erfaringer ved å ha egne barn som har vært innlagt på en nyfødtintensiv avdeling, eller som har vært syke, og kan med det erfare hva barnet og barnets foreldre trenger av informasjon og hjelp. Dermed kan sykepleiere med grunnlag i observasjonene de foretar, sette i verk tiltak til behandling som de anser er til det beste for barnet.

Et av Nidcap modellens prinsipper tar opp betydningen av at sykepleierne skal forstå hvordan man skal observere barnet. Når man som sykepleier skal observere det premature

barnet ut i fra Nidcap modellen, bør man følge et detaljert observasjonsskjema, se vedlegg 1, (Kleberg 2001). Hver observasjon anbefales å gjøres en gang hver uke, og hver observasjon tar omtrent en time på hvert barn. De premature barna observeres i forhold til hvordan de reagerer på stimuli både før, under og etter ulike undersøkelser og tester, ut i fra de fem delsystemene i den synaktive modellen (Kleberg 2001). Samtidig observeres barnets evne til å oppnå balanse mellom de ulike systemene. På bakgrunn av observasjonene sykepleierne foretar av det premature barnet, skal det i følge Nidcap modellen settes opp tiltak for hvert enkelt barn. Tiltakene skal nedtegnes i barnets journal, slik at informasjonen er tilgjengelig for alle i teamet rundt barnet, samt barnets foreldre (Kleberg 2001). Dersom barnet reagerer på en type stimuli, eksempelvis berøring eller samspill, på en måte som fremmer stress, noteres det ned i barnets journal. Dermed vil tiltakene en setter, kunne vise hvordan barnet utvikler seg i løpet av oppholdet ved avdelingen (Kleberg 2001). Kari Martinsen tar som nevnt i kapittel 3.1, avstand til formålsrasjonaliteten i sykepleien. Derimot mener hun at mål kan settes opp, men at de må evalueres og endres etter hvert ettersom behovene til pasienten også endrer seg over tid (Kristoffersen 2005). Slik jeg ser det er Kari Martinsens synspunkt i tråd med Nidcap modellens tenkning rundt observasjoner og tiltak for barnet. Både Kari Martinsen og Nidcap modellen legger vekt på at tiltakene som settes opp kan endres etter hvert som behovet tilsier det. Ved å endre på tiltakene underveis tror jeg at det kan bidra til en mer individuelt tilpasset pleie og omsorg. Modellen vil samtidig kunne bidra til at alle ved avdelingen utfører arbeidet på samme måte, slik at det blir kontinuitet i pleien uansett hvem som er på jobb. Selv om at man er forskjellig og har ulike måter å arbeide på, kan tiltakene som settes opp med utgangspunkt i modellen, bidra til at pleien blir mest mulig lik. Det kan videre føre til trygghet i forhold til foreldrene ved at sykepleierne rundt barnet behandler barnet likt, samt en økt forståelse av barnets atferd og behov. Jeg tror at ved å observere barnet i forhold til Nidcap modellens anbefalinger, kan pleien man som sykepleier gir barnet, bli best mulig med hensyn til barnets individuelle behov for pleie og behandling.

Barnet observeres med tanke på tegn på tilnærming og unnvikelse (Sandtrø 2009). Slik jeg ser det, er det da viktig at man som sykepleier observerer barnet nøye under stell og prosedyrer, slik at man kan tolke signalene som barnet gir på best mulig måte. Ut i fra de

signalene sykepleierne får fra barnet, kan hun eller han legge til rette for tiltak som sikrer at barnet får best mulig pleie og behandling. Samtidig får man anledning til å se hvordan barnet reagerer i ulike situasjoner, og hva som virker mest stressende og beroligende på barnet. Sykepleierne får også se hvordan barnet takler stimuliene det utsettes for, og hvor lang tid barnet selv bruker på å oppnå stabilitet og ro. Dersom barnet viser tegn som eksempelvis forhøyet puls, anstrengt respirasjon og apneer, kan dette være tegn på at barnet er stresset og overstimulert (Sandtrø 2009). Når barnet er i balanse og viser tegn til tilnærming kan barnet vise tegn som eksempelvis, god muskeltonus, regelmessig puls og respirasjon. Barnet vil samtidig ha rosa hudfarge og stabil oksygenmetning (Sandtrø 2009). Et barn som var innlagt i avdelingen der jeg hadde min praksis, fikk under mating apneer og forhøyet puls. Dette hendte omtrent hver gang barnet fikk mat. Matingen ble da tilpasset barnets behov, slik at barnet fikk være i fred når det ble matet. Barnet ble ikke snakket til eller strøket på. Samtidig ble melkedryppet senket for hver gang barnet fikk antydning til forhøyet puls. Dette hjalp, og stressignalene ble redusert. Foreldrene ble informert om dette, og fikk dermed også en forståelse over hvorfor barnet fikk fysiske reaksjoner på matingen, og hjelp til å tilpasse matingen etter barnet signaler.

6.3. Betydning av foreldrenes deltagelse.

I en travel og hektisk hverdag kan det hende at sykepleierne overtar noe av det arbeidet som foreldrene selv kan gjøre for sitt barn, og for mange foreldre kan det være vanskelig å se sitt barn bli tatt vare på av andre. Når det premature barnet ankommer nyfødttintensiv avdeling, er det barnet som er i fokus og som har det primære behov for hjelp (Wallin 2001). Foreldrene kan føle at sykepleierne og legene er eksperter på deres barns behov for pleie og omsorg, og at de selv kommer i annen rekke ovenfor barnet. Det kan også hende at enkelte foreldre føler at de er i veien og ikke er kompetente nok i forhold til hva barnet trenger av hjelp, og føler at sykepleierne og teamet rundt barnet vet mer om barnets behov enn hva de selv gjør. I enkelte tilfeller kan det være at noen sykepleiere synes at det er tidskrevende å involvere foreldrene for mye, slik at de på den måten unngår det. Samtidig kan det være vanskelig for noen sykepleiere å gi fra seg en del av oppgavene rundt barnet. Det kan også hende at enkelte sykepleiere ikke alltid tenker over hvordan de skal kunne klare å overføre deres kompetanse over til foreldrene, eller at de bruker begreper og ord

som kan være vanskelig å forstå for foreldre som ikke innehar fagkompetansen. Jeg tror at det kan ligge mye makt og avmakt i begrepene en velger å bruke ovenfor foreldrene. Det er dermed viktig at man som sykepleier er lydhøre for foreldrenes signaler, og søker å ivareta deres behov for støtte og veiledning (Sandtrø 2009).

For at foreldrene skal kunne lære å kjenne barnet sitt på best mulig måte, er det viktig at foreldrene får muligheten til å delta aktivt i stell og pleie rundt barnet. I et av Nidcap modellens prinsipper er betydningen av kontakt med familien og barnets foreldre av stor viktighet for barnet. Modellen vektlegger en familiefokusert tilnærming, som går ut på å involvere foreldrene tidligst mulig i omsorgen rundt barnet deres (Sandtrø 2009). Ved å delta aktivt så tidlig som mulig i stell og pleie av barnet, kan det være med på å bringe ekspertisen tilbake til foreldrene. Foreldrene får da anledning til å gjøre så mye som mulig selv, og bli godt kjent med barnets behov og signaler. Foreldrene lærer seg barnets tegn på tilnærming og unnvikelse, og kan muligens lettere tolke signalene som barnet gir på en god måte. Det kan slik jeg ser det, medføre at foreldrene blir tryggere i forhold til egen kompetanse i forbindelse med sitt barn, samt bidra til styrket selvtilit i forhold til foreldrerollen. Samtidig kan det bidra til at tilknytningen og samspillet mellom foreldrene og barnet fremmes (Ravn 2009).

6.3.1. Viktigheten av å veilede og overføre kunnskap til foreldrene.

I følge Tveiten (2009), er det en svært viktig sykepleieroppgave å kunne veilede foreldrene i forhold til barnets behov for pleie og omsorg. Gjennom god veiledning kan foreldrene videreutvikle den kompetansen og kunnskapen de har om sitt barn, slik at samspillet mellom dem kan forsterkes (Tveiten 2009). Slik jeg ser det kan økt kunnskap gjennom veiledning bidra til økt trygghet i foreldrerollen. Den økte kompetansen som veiledningen medfører kan også gjøre det lettere for foreldrenes følelse av trygghet i forhold til å kunne imøtekomme barnets behov når barnet blir skrevet ut av avdelingen (Tveiten 2009). En viktig sykepleieroppgave er å veilede foreldrene i å tolke barnets signaler på stress og overstimulering (Grønseth 2009). Ettersom barnet viser ulike tegn og signaler, mener jeg at det kan være en god ide om at sykepleierne er tilstede for å veilede foreldrene i pleien av

barnet. Dermed kan foreldrene få veiledning i forhold til det de vurderer som viktig for barnet. Ved å inkludere foreldrene i pleien får sykepleierne samtidig anledning til å observere barnet sammen med foreldrene, og se hvordan barnet har det i forhold til stress og balanse, samt hvordan barnet reagerer i ulike situasjoner. Under slike omstendigheter får sykepleieren mulighet for å kunne veilede foreldrene i å tolke barnets signaler, og samtidig foreslå tiltak ovenfor foreldrene om hvordan mest mulig balanse for barnet kan oppnås. Alle barn er ulike, og dermed trenger foreldrene veiledning om hva som er spesielt og unikt ovenfor deres barn. Dersom mor og far ikke får den responsen på de signalene de gir sitt barn, kan de føle seg avvist eller i enkelte tilfeller, mislykket som foreldrene (Grønseth 2009).

Foreldrene trenger god informasjon om hva som er spesielt med premature barn, og hvilke hensyn som må tas i kontakt og samspill med dem (Ravn 2009). De trenger blant annet informasjon om at premature barn reagerer forskjellig fra barn født til termin på ulike stimuli. Informasjonen er viktig for at samspillet og tilknytningen mellom dem skal bli best mulig (Ravn 2009). Det premature barnet har svake signaler, og det er viktig at man som sykepleier informerer foreldrene om viktigheten av å bruke godt tid på å tolke signalene som barnet gir (Grønseth 2009). For at barnet ikke skal bli overstimulert er det viktig at barnet ikke mottar flere inntrykk samtidig. Dersom barnet overstimuleres kan barnet vise tegn til stress. Det er derfor av stor betydning at foreldrene informeres om at barnet ikke må motta flere stimuli samtidig, slik at overstimulering kan unngås (Grønseth 2009). Slik jeg ser det er det ingen selvfølge at foreldrene mottar tilstrekkelig med informasjon. Jeg mener at det er en av sykepleierens viktigste oppgaver å veilede og informere foreldrene i forhold til barnets behov. Noen foreldre kan også være redd for å være til bry for sykepleierne, og dermed ikke ytre ønske og behov for informasjon og veiledning. Jeg mener at det er opp til sykepleiere å være lydhøre ovenfor foreldrenes signaler på slike behov. Dersom foreldre på forhånd er klar over hva som kan medføre stress hos barnet, kan de lettere forebygge overstimulering, og unngå at de føler at de gjør noe galt i forhold til sitt barn. Samtidig kan det gjøre foreldrene tryggere i forhold til å imøtekomme barnets behov når barnet blir skrevet ut av avdelingen, og skal reise hjem. I min praksis ble jeg under en rutineundersøkelse for hørselstest for et av de premature barna, bedt om å bære barnet over til fødeavdelingen. Avstanden mellom avdelingene var stor og belysningen i

korridorene var skarpe. Jeg dekte til barnets ansikt og skjermet det for lys, men fikk på forhånd ikke fortalt viktigheten av skjermingen eller konsekvensene av mange synsinntrykk. I etterkant av praksisen syntes jeg at dette var uheldig, ettersom for mange sansesinntrykk kan føre til overstimulering og stress. Dersom dette skulle hende foreldrene, kan det resultere i at de føler seg usikre og utrygge på det de gjør i forhold til sitt barn. Det kan videre føre til at de trekker seg unna barnet for at de er redd for å skade det. Jeg tror at slike reaksjoner kan unngås dersom sykepleierne på forhånd er oppmerksomme på å gi mest mulig konkret informasjon om hvert enkelt barn.

6.4. Betydning av kontakt med foreldrene for det premature barnet.

Kari Martinsen vektlegger relasjoner som det fundamentale i alle menneskers liv, og alle mennesker står i et avhengighetsforhold ovenfor hverandre (Martinsen 2008). I relasjonene kommer livsytringene som barmhjertighet og kjærlighet frem (Martinsen 2008). Slik jeg ser det, er det premature barnet helt avhengig av sine omsorgsgivere for å kunne oppnå optimal vekst og utvikling. Gjennom kontakt og samspill med foreldrene kan relasjonen mellom foreldrene og barnet styrkes og bygges. Sykepleierne bør dermed så langt det lar seg gjøre tilrettelegge for mest mulig kontakt med barnet (Holan 2010). En nyfødtintensiv avdeling kan virke skremmende på barnets foreldre, og det kan være vanskelig å se sitt barn tilkoblet apparater og slanger. Jeg tror at enkelte foreldre ikke alltid føler at de kan sette ord på hvor vanskelig det er å se barnet sitt innlagt i en nyfødtintensiv avdeling til sykepleierne, ettersom barnets behov for pleie og behandling står i fokus. Derfor er det viktig at man som sykepleier er lydhøre ovenfor signalene som foreldrene gir. Verken foreldrene eller det premature barnet er i mange tilfeller forberedt på samspill på dette tidspunktet, og relasjonen dem imellom kan dermed være vanskelig og komplisert (Ravn 2009). I noen tilfeller blir det premature barnet overflyttet til nyfødtintensiv avdeling rett etter fødselen. Den umiddelbare hud mot hud kontakten og tidlige tilknytningen mellom foreldrene og barnet kan dermed bli avbrutt. Dersom barnet kan få muligheten til å oppleve hud mot hud kontakt med foreldrene, kan det være med på å styrke samhørigheten dem i mellom samtidig som barnet opplever trygghet og ro (Holan 2010). Hudkontakten kan også bidra til å øke selvfølelsen til foreldrene, med at de føler at de er uvurderlige og betydningsfulle for sitt barn. Varmen fra huden og foreldrenes respirasjonsbevegelser, kan

virke beroligende på barnet og bidra til å redusere stress (Sandtrø 2009). Slik jeg ser det er det derfor viktig at man som sykepleier legger forholdene til rette for mest mulig uforstyrret kontakt og samspill mellom barnet og foreldrene. Videre er det viktig at man som sykepleier forsøker å trygge foreldrene i kontakten og samspillet med barnet. Når forholdene tilsier det, bør derfor barnet få oppleve hudkontakt med sine foreldre så ofte som mulig.

6.4.1. Tilrettelegge for optimal kontakt.

I artikkelen ”*Familiefokusert nyfødtsomsorg*”(Meberg m.fl. 2010), legges det vekt på at det bør tilstrebes kortere avstander mellom fødeavdeling og nyfødttintensiv avdeling, og en mulighet for å opprette foreldrerom der foreldrene kan få bo hos barnet under barnets opphold i avdelingen. Videre anbefales det også at foreldrene og barnet bør få muligheten til å være nær hverandre helst døgnet rundt dersom det lar seg gjøre (Meberg m.fl. 2010). Flere sykehus innehar på tross av anbefalingene, store avstander mellom nyfødttintensiv avdeling og fødeavdelingen. I mange tilfeller blir barnet flyttet direkte på nyfødttintensiv avdeling rett etter fødselen, mens mor enda oppholder seg på fødeavdelingen. Jeg tror at dette kan være med på å komplisere kontakten mellom mor og det premature barnet, da mor kan trenge hjelp til å komme seg frem og tilbake mellom avdelingene. Samtidig kan det være vanskelig for foreldrene å ha døgkontinuerlig kontakt med barnet, ettersom ikke alle nyfødttintensiv avdelingene har familierom nok til alle.

For at mor og det premature barnet skal kunne ha mulighet for å tilbringe mest mulig tid sammen, er det slik jeg anser det, viktig at sykepleierne tilrettelegger for optimal kontakt. I avdelingen der jeg hadde min praksis var det egne familierom der foreldrene kunne trekke seg unna med sitt barn når barnets tilstand tillot det. Samtidig var det skillevegger mellom kuvøsene som kunne trekkes for slik at familiene fikk være i fred når barnet måtte oppholde seg i kuvøsen. Foreldrene fikk også anledning til å oppholde seg ved avdelingen så lenge de ønsket det. Avdelingen hadde fortløpende kontakt med fødeavdelingen for å kunne tilrettelegge for kontakt mellom foreldrene og barna, når barna var våkne. Samtidig

hadde avdelingen leilighet og hotellrom disponible slik at foreldre som ble utskrevet fra sykehuset hadde mulighet for å være i nærheten av barnet.

6.5. Utforming av avdelingen.

Ettersom en nyfødteintensiv avdeling er svært teknisk med flere ulike apparater og utstyr, er det viktig at miljøet rundt barnet tilpasses barnets evne til å motta og sortere de inntrykk de utsettes for (Sandtrø 2009). I avdelingene er det til tider høyt tempo og barnet utsettes for en mengde ulike sanseintrykk (Sandtrø 2009). Som nevnt tidligere er barnets nervesystem og viktige fysiske funksjoner under utvikling. I livmoren er barnet i et perfekt tilpasset miljø, omgitt av dunkle lyder og mørke. Når barnet blir født for tidlig er barnet umodent, og har nedsatt evne til å takle de omgivelsene de utsettes for ved avdelingen (Grønseth 2009).

Støy, lys, temperatur, mating, prøvetakning og berøring er faktorer som kan medføre stress for barnet, og kan hemme barnets videre vekst og utvikling (Sandtrø 2009). I følge Kari Martinsen kan man ikke se på barnet isolert sett, men som en del av det miljøet det er en del av (Martinsen 2008). Jeg tror at dersom sykepleiere også tar hensyn til barnets omgivelser i pleien og behandlingen av barnet, vil de kunne innta en helhetlig tilnærming av barnets behov for pleie. Utformingen av miljøet ved en nyfødteintensiv avdeling kan slik jeg ser det, være en utfordring for barnet, og ha betydning for barnets vekst og utvikling. Ved å redusere sanseintrykkene barnet utsettes for, kan det bidra til at barnet får ro til å utvikles og modnes på en best mulig måte. Avdelingen der jeg hadde min praksis, anvendte Nidcap modellens prinsipper i forhold til stressforebyggende tiltak for barnet. Det ble lagt stor vekt på det fysiske miljøet rundt barnet i avdelingen. I de følgende avsnitt skal jeg komme nærmere inn på lys og synsinntrykk, lyd og støy, samt leie og berøring.

6.5.1. Lys og synsinntrykk.

Ettersom synet utvikles i uke 30, er det den sansen som er dårligst utviklet hos premature barn når de fødes for tidlig (Sandtrø 2009). Dersom lyset i en nyfødteintensiv avdeling er

for skarpt kan lyset føre til motorisk uro hos barnet, og kan dermed være en kilde for stress (Sandtrø 2009). For sterkt lys og for mange synsinntrykk kan også føre til at barnet får vanskeligheter med å regulere søvnen og utvikle en stabil søvnrytme. Når belysningen er dempet kan det bidra til at barnet holder øynene lengre oppe slik at blikkontakt med foreldrene fremmes (Sandtrø 2009). Gode søvnperioder kan dermed øke samspillet mellom barnet og foreldrene. Lys og synsinntrykkene bør derfor reduseres og tilpasses barnets evne til å motta og bearbeide disse inntrykkene (Sandtrø 2009). Utsettes det premature barnet av for skarpt lys kan det resultere i at barnet blir urolig og forbruker mer energi for å oppnå stabilitet.

Dersom barnet viser tegn til stress og overstimulering vil barnet ut ifra Nidcap modellens synaktive modell, prøve å finne tilbake til ro og balanse gjennom selvregulerende adferd (Kleberg 2001). Dersom barnet ikke klarer dette selv, trenger han eller hun hjelp fra sykepleierne og sine omsorgsgivere for å få det til. Kari Martinsen vektlegger i sin omsorgsfilosofi omtanken til pasienten som det overordnede hensynet til sykepleierne. Pasientens behov kommer fremfor avdelingens rutiner, behovene til kollegaer og en selv (Kristoffersen 2005). Flest mulig individuelle hensyn til det premature barnet kan være vanskelig å imøtekomme til enhver tid. Som regel er det flere barn samtidig i avdelingen, og de kan også ha ulike behov. Dersom forskjellige rutiner skal opprettholdes og følges, kan det hende at barnet blir vekt og utsatt for stimuli når barnet ikke er klar for å motta det. Slik jeg ser det bør det premature barnets behov for skjerming av unødige synsinntrykk tilstrebes så langt det lar seg gjøre. Der jeg hadde min praksis ble alle kuvøser og barnesenger dekket med et klede. Det ble ikke lagt leker i barnets synsfelt i kuvøsene. Lyset i avdelingen ble dempet i mellom rutiner og prosedyrer, blant annet for å sørge for at barna fikk stabil døgnrytme. Når prosedyrer skulle utføres ble de premature barnas øyne dekt for, slik at de ikke skulle utsettes for unødige synsinntrykk.

6.5.2. Berøring og leie.

I livmoren ligger barnet i fosterstilling og kjenner tydelig avgrensinger av egen kropp. Fosterstillingen er et avslappende leie for barnet og fremmer motorisk stabilitet (Wallin

2001). Dersom barnet ikke får ligge samlet i kuvøsen eller i sengen, kan det bidra til at barnet blir motorisk urolig. Det kan resultere i at barnet forbruker mye energi på å forsøke å finne tilbake til fosterleie som virker avslappende for barnet (Sandtrø 2009).

Premature barn har reduserte energilagre, og den energien barnet forbruker ved å finne motorisk ro, kan resultere i at barnet blir utslitt og stresset. I følge Nidcap modellen vil stress og ustabilitet i ett av den synaktive modellens delsystem, fortsette over i neste delsystem. Barnets utvikling vil da i følge modellen hemmes (Kleberg 2001). Der jeg hadde min praksis ble alle premature barn lagt i rede med sammenrullet klede rundt barnet i kuvøsen eller sengen. Ved å ta i bruk kledet på denne måten kan det bidra til at barnet kjenner avgrensinger av egen kropp. Samtidig er det med på å stabilisere barnet motorisk, ettersom bevegelsene til barnet vil bli mer kontrollert og mindre sprikende (Kleberg 2001). Barnet kan dermed innta den stillingen som etterligner barnets bevegelse i livmoren, og som fremmer ro og trygghet for barnet (Kleberg 2001).

Premature barn kan mislike berøring med fingertuppene, og kan forbinde berøring med behandling (Sandtrø 2009). Slik jeg ser det, er det viktig at sykepleiere veileder foreldre i hvordan barnet bør berøres. Det er ikke alltid en selvfølge at foreldrene på forhånd er klar over hvordan det premature barnet liker å bli berørt. Ved å legge hendene stille og rolig rundt barnet, kan berøringen fremme trygghet og stabilitet hos barnet. Under stell og ulike prosedyrer som eksempelvis temperaturmåling og blodprøver, kan barnet bli beroliget ved at man som sykepleier legger hendene rolig over barnets kropp i forsøk på å samle barnet. Det kan samtidig bidra til å gjøre undersøkelsene lettere for barnet. Dersom foreldrene ønsker det, kan de også delta under undersøkelsene ved å være nær barnet, og holde rundt barnet. Barnet vil da muligens kunne være mindre stresset og urolig, samtidig som undersøkelsene kanskje vil ta kortere tid. Hvis barnet blir urolig under prosedyrene som foretas, kan det resultere i at barnet forbruker mer energi, og bruker lengre tid på å roe seg ned etter undersøkelsene er ferdig (Sandtrø 2009).

6.5.3. Lyd og støy.

I artikkelen ”*Små barn- store lyder*”(Pettersen m.fl. 2002), tar forfatterne opp betydningen av støy for det premature barnet, og hvilke konsekvenser det kan få for barnet når det utsettes for slike inntrykk. Deriblant kommer det frem at miljøet barnet utsettes for i avdelingen kan være en medvirkende faktor for om barnet kan utvikle komplikasjoner og senskader. Videre tar artikkelen opp viktigheten med å ta i bruk Nidcap modellen som et viktig tiltak for å redusere lydinntrykkene barnet får (Pettersen m.fl. 2002). Nidcap modellen tilstreber at barnet skal ha det så likt som mulig forholdene barnet hadde i livmoren. I livmoren omgir lyder fra mors mage - og tarmsystem barnet, samtidig som barnet hører mors hjerteslag og stemme. Ettersom foreldrenes stemme er kjente for barnet kan deres stemmer virke beroligende på barnet. Lydene barnet utsettes for i avdelingen er helt ulik lydene som har omgitt barnet i livmoren, og som barnet er vant med (Sandtrø 2009).

Når fosteret er 23 uker kan det reagere lyd. Når det premature barnet blir født, er hørselen den sansen som er mest utviklet (Sandtrø 2009). Lydene barnet utsettes for i en nyfødtintensiv avdeling kan virke stressende for barnet (Sandtrø 2009). Ettersom avdelingene er meget tekniske er det mange ukjente lyder fra apparater, klokker, stemmer, latter og aktivitet ved avdelingen. Dette er lyder som omgir barnet hele døgnet ved avdelingen, og som de kan ha vanskeligheter med å stenge ute og unnsnippe. Slik jeg ser det, bør man som sykepleier søke å redusere lyd og støynivået til et nivå som det premature barnet er i stand til å takle. Selv om avdelingen alltid vil inneholde forskjellige lyder til enhver tid, kan man forsøke å redusere inntrykkene som barnet mottar med enkle tiltak. Deriblant bør man snakke med dempet stemme, bruke mykt fottøy og unngå slamring med dører. Videre bør en tilstrebe og plassere kuvøsene og sengene på rolige plasser i avdelingen og sørge for at utstyr som skal brukes gjøres klart før det tas med til barnet. Der jeg hadde min praksis hadde personalet rutiner i forhold til klokkeslett for mating og stell av barna slik at det skulle bli minst mulig forstyrrelser rundt dem. Legevisitten ble holdt på avstand fra barna slik at de ikke skulle utsettes for unødig støy og prat. Dersom alarmklokkene gikk ble de straks undersøkt og slått av. Telefoner, samtaler eller radio ble ikke brukt ute i avdelingen.

Sykepleierne bør informere foreldrene om barnets evne til å sortere de lydinntrykkene de får, slik at foreldrene kan tilpasse et stemmeleie som barnet er modent nok til å håndtere (Sandtrø 2009). Mange foreldre er kanskje ikke klare over at barnet ikke kan motta eller stenge ute alle lydinntrykkene de får, eller hvilke konsekvenser støy kan medføre barnet. Dersom barnet viser tegn til stress vil det kunne vise seg gjennom endret respirasjonsmønster, apneer, korte søvnperioder og lav oksygenmetning (Sandtrø 2009). Støy vil også kunne føre til at barnet får vanskeligheter med å falle til ro og sovne (Sandtrø 2009). Under gode søvnperioder forbruker barnet minst energi, og disse søvnperiodene er viktig for at barnet skal kunne vokse og utvikle seg (Sandtrø 2009). Barnet er avhengig av den hjelpen det får i avdelingen, og det kan derfor virke motstridig at de hjelpemidlene som brukes for å behandle barnet, også kan medføre stressreaksjoner for barnet (Sandtrø 2009).

7.0 KONKLUSJON.

Slik jeg ser det har innføring av Nidcap modellen mange positive fordeler. Deriblant kan arbeidet man som sykepleier utfører bli mer konsekvent i og med at alle i pleien rundt barnet gjør det samme. Nidcap modellen strukturerer arbeidet med premature barn slik at det til enhver tid vil ligge klare føringer for hvordan arbeidet utføres til det beste for barnet. Alle i teamet rundt barnet, inkludert foreldre vil kunne øke forståelsen for barnets behov og reaksjoner, samt følge barnets utvikling nøye. Samtidig fokuserer modellen på en aktiv deltagelse av barnets foreldre og familie slik at mulighetene for best mulig samspill og tilknytning er tilstede. Modellen vil også slik jeg ser det, kunne føre ekspertisen tilbake til foreldrene i og med at de inkluderes tidlig i behandlingen. Det kan medføre en økt deres innflytelse og forståelse for barnets behov. I en artikkel av Wielenga m.fl. (2006), kommer det frem at foreldre som ble inkludert i pleien rundt barnet ved hjelp av Nidcap modellen, var mer fornøyde enn foreldre uten bruk av modellen som redskap (Wielenga m.fl. 2006).

Nidcap modellen er slik jeg anser det, også sykdomsforebyggende i den grad at modellen vektlegger stressreducerende tiltak basert på grundige og detaljerte observasjoner av barnets reaksjoner på stimuli. I følge Nietsch (2007), lønner det seg å utdanne sykepleiere i

Nidcap modellen, fordi tidligere undersøkelser har vist at ved bruk av modellen har en registrert en reduksjon i antall respiratorbehandlinger og antall liggetid ved nyfødttintensiv avdeling (Nietsch 2007). Samtidig viser tidligere forskning at det ved bruk av Nidcap modellen har resultert i en reduksjon av hjerneblødning og komplikasjoner hos det premature barnet (Nietsch 2007). Jeg tror at utfordringene vil ligge i å kunne innføre modellen som et fast redskap i arbeidet med premature barn i avdelingene. Modellen er tidskrevende og forutsetter at alle er deltakende og engasjerte dersom modellen skal kunne fungere optimalt.

LITTERATURLISTE

- Aubert, Vilhelm(1985). *Det skjulte samfunn*. s. 196. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Dalland, Olav(2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Folkehelseinstituttet(2011). *Medisinsk fødselsregister. Is6: Lav Apgar score, prematur fødsel, overflyttet barneavdeling og lav fødselsvekt*. (Online), Tilgjengelig fra
<http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/> [Lest 10. 09.2011]
- Grønseth, Randi og Trond Markestad(2009). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Haaland, Kirsti(2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 14-26. Oslo: Cappelen Damm AS
- Helse- og omsorgsdepartementet(1999). *Lov om helsepersonell*. I: Lovdata. (Online), Tilgjengelig fra
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4> [Lest 15. 09.2011]
- Holan, Synne og Mari Landsverk Hagtvedt(red.)(2010). *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Justis- og politidepartementet (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. I: Lovdata. (Online), Tilgjengelig fra
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20000414-031.html&emne=personopplysningslov*&& [Lest 23.10. 2011]
- Kleberg, Agneta(2001). Familjecentrert utvecklingsstødjande vård enligt NIDCAP®. I: Wallin, Lars(red.)(2001). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. ss. 24-71. Lund: Författarna och Studentlitteratur

- Kleberg, Agneta(2001). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP®. I: Wallin, Lars(red.)(2001). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. ss. 33. Lund: Författarna och Studentlitteratur
- Kleberg, Agneta(2001). Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP®. I: Wallin, Lars(red.)(2001). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. ss. 44. Lund: Författarna och Studentlitteratur
- Korsvold, Live(2009). Jus og nyfødtsykepleie. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 28-30. Oslo: Cappelen Damm AS
- Kristoffersen, Nina Jahren(2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli – Anne Skaug(red.)(2005). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. ss. 13-99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Løgstrup, Knud Ejler(1991). *Den etiske fordring*. s. 25. 2.udg. Copenhagen: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A.S.
- Martinsen, Kari(2008). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2.utg. ss. 10-178. Otta: Universitetsforlaget
- Martinsen, Kari(2008). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2.utg. s. 21. Otta: Universitetsforlaget
- Meberg, Alf og Heidi Wataker(2010). *Familiefokusert nyfødtsomsorg*. I: Tidsskrift for Den Norske Legeforening. Nr, 17. (Online), Tilgjengelig fra
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=2010628 [Lest 27.08. 2011]
- Nietsch, Lutz(2007). *NIDCAP: Utviklingstilpasset neonatalomsorg*. I: PAIDOS – Tidsskrift for Norsk Barnelegeforening, nr. 4, ss. 78-80+87. (Online), Tilgjengelig fra:
http://www.legeforeningen.no/asset/36519/1/36519_1.pdf [Lest 10.09. 2011]
- Norsk Sykepleierforbund(2008). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. s. 7. (Online), Tilgjengelig fra

https://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

[Lest 15.10. 2011]

- Pettersen, Hege og Runa Helen Kaldestad(2002). *Små barn- store lyder*. I: Sykepleien. nr, 15. ss. 41-44. (Online), Tilgjengelig fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121123/sma-barn-store-lyder> [Lest 05.10. 2011]
- Ravn, Ingrid Helen(2009). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 244-258. Oslo: Cappelen Damm AS
- Sand, Olav, Øystein V. Sjaastad, Egil Haug og Jan G. Bjålie(2007). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sandtrø, Hege Pettersen(2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 57-79. Oslo: Cappelen Damm AS
- Steinnes, Solfrid(2009). Sykepleie til premature barn. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 27-56. Oslo: Cappelen Damm AS
- Stiris, Tom(2009). Nevrologiske problemer: IVH og ROP. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødtsykepleie 2. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 89-104. Oslo: Cappelen Damm AS
- Tandberg, Bente Silnes(2009). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I: Tandberg, Bente Silnes og Solfrid Steinnes(red.)(2009). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. ss. 224-243. Oslo: Cappelen Damm AS
- Tveiten, Sidsel(2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

- Wallin, Lars(2001). Omvårdnad av det nyfödda barnet – en introduktion. I: Wallin, Lars(red.)(2001). *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. ss. 11-23. Lund: Författarna och Studentlitteratur
- Wielenga, Joke M, Bert J. Smit & Lex K. A. Unk(2006). *How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP® Model of Care for Their Preterm Infant?* *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 21, No. 1, pp. 41-48. [Lest 15.09. 2011]

Vedlegg: 1.

Observationsblad

Namn: _____ Datum: _____ Sidnr: _____

		Tid:					Tid:					
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	
Andning:	Regelbunden						Vakenhetsgrad:	1A				
	Oregelbunden							1B				
	Långsam							2A				
	Snabb							2B				
	Paus							3A				
Färg:	Gulsot							3B				
	Rosig							4A				
	Blek							4B				
	Marmorerad							5A				
	Röd							5B				
	Sjaskig							6A				
	Cyanotisk						6B					
	Darrar						AA (>15 sek)					
	Rycker						Ansikte (forts):	Rör på munnen				
	Spritter i ansiktet							Sugsöker				
	Spritter i kroppen						Suger					
	Spritter i extrem.						Extrem- iteter:	Spretar med fingrarna				
Mag/tarm/Spottar	Andning: Ulkar							Flygplan				
	Rapar							Hålsar				
	Hickar							Sitter på luft				
	Krystar							Handhållning				
	Ljud							Fothållning				
	Suckar							Hand till mun				
	Drar efter andan							Griprörelse				
Motorik:	Slappa armar							Håller om				
	Slappa ben							Knyter handen				
	Böjda armar <small>akt. läge</small>						Uppmärksamhet:	Kinkar				
	Böjda ben <small>akt. läge</small>							Gäspar				
	Utsträckta armar <small>akt. läge</small>							Nyser				
	Utsträckta ben <small>akt. läge</small>							Håjer ögonbrynen				
	Mjuka armrörelser							Flacker med blicken				
	Mjuka benrörelser							Vänder bort blicken				
	Mjuka bålrörelser							Rynkar ögonbrynen				
	Motorisk drunkning							Trutar				
	Skrugar sig diffust							Läser blicken				
	Sträcker sig bakåt							Kuttrar				
	Kurar ihop sig						Talrörelser					
Tar benstöd						Läge: mage, rygg, sida						
Ansikte:	Sträcker ut tungan						Huvud: höger, vänster, mitten					
	Hand över ansiktet						Plats: säng, kuvös, famn					
	Tappar hakan						Vårdåtgärd:					
	Grimaserar						Puls					
Ler						Andningsfrekv.						
						TcPO2/SaO2						

Figur 2.2 Observationsblad NIDCAP®.

(Kleberg 2001:44).