

# Bachelorgradsoppgave

## Prematur fødsel og tilknytning

## Premature Birth and Attachment

En litteraturstudie med fokus på tilknytningsprosessen mellom foreldrene og det nyfødte premature barnet.

A study of literature focusing on the process of attachment between the parents and the newborn premature child.

Forfatter: Linn Indersund

Emne SPU110, sykepleiefaglig fordypningsemne

**Bachelorgradsoppgave i**

Sykepleie

Årstall: 2013

Antall ord: 10 741



Helsefagavdelingen  
ved HiNT, Røstad

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Teori.....	2
2	Metode .....	3
2.1	Søkestrategi/-prosess.....	3
2.1.1	Databaser og søkeord/nøkkelord.....	3
3	Resultater .....	6
3.1	Emosjonelle reaksjoner og foreldreopplevelsen ved prematurfødsel og sykehusopphold....	6
3.1.1	Innvirkning på samspillet mellom foreldre og barn .....	7
3.2	Foreldreopplevelsen etter utskrivelse.....	8
3.2.1	Følelsesspekter i foreldreopplevelsen etter utskrivelse .....	8
3.2.2	Følger for tilknytningen etter utskrivelse .....	9
3.3	Intervensjoner og deres innvirkning på foreldre og barn .....	9
3.3.1	Mother-Infant Transaction Program – MITP.....	9
3.3.2	Kengurumetoden/Kangaroo Care og musikkterapi – KC og MT .....	9
3.3.3	Kriseintervensjon – generelle traumeforebyggende evalueringer og tiltak, og psykologiske støttegrupper med og uten støttemateriell i form av video og manualer .....	11
3.3.4	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP ....	11
4	Drøfting og diskusjon.....	12
4.1	Resultatdiskusjon .....	12
4.1.1	Å opparbeide en forståelse av foreldrenes opplevelser og reaksjoner .....	13
4.1.2	Intervensjoner og deres påvirkning på tilknytning og barnets utvikling.....	19
4.2	Metodediskusjon.....	22
5	Konklusjon og tiltak .....	24
	Referanseliste.....	26
	Vedlegg 1 – Søketablell .....	
	Vedlegg 2 – Vurdering av forskningsartikler .....	
	Vedlegg 3 – Hovedfunn/analyse av artikler .....	
	Vedlegg 4 – Kategorisering av hovedfunn.....	

## Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet av Linn Indersund, sykepleierstudent ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, campus Røstad.

Arbeidet med oppgaven startet i januar 2013, og ble avsluttet i mai 2013.

Underveis har jeg hatt seks uker utenlandspraksis og flere uker med forelesninger. De første seks ukene fra starten var bacheloruker og gikk med på å jobbe med litteratursøk og analyse av forskningsartiklene.

Temaet jeg har valgt er prematurfødsel og tilknytningen mellom barn og foreldre. Fokuset rundt neonatalpleie har økt de siste årene, og temaet er ansett for å være svært relevant for de fleste neonatalavdelinger i landet. Det er i tillegg et tema av stor interesse for meg, med høy verdi for mine fremtidige yrkes- og utdanningsplaner.

Arbeidet har vært utfordrende, spennende og utrolig lærerikt, og har krevd mange timer med mye jobb. Jeg ville likevel ikke klart å fullføre uten en så dyktig og støttende veileder, så dyktige medstudenter eller tålmodige og hjelpsomme familiemedlemmer og venner. Jeg ønsker derfor å takke mitt nettverk av ulike støttespillere, korrekturlesere, barnepassere og tålmodige lyttere, og spesielt min høyt verdsatte veileder underveis i jobbingen, Hennie Skaufel, jordmor og høgskolelektor ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Hun har gitt konstruktive, tydelige og gode tilbakemeldinger hele veien. Hun har vært behjelpelig med å finne frem relevant litteratur og primærkilder, og hun har konsekvent hjulpet meg å bruke mitt potensiale i arbeidet med oppgaven.

Høgskolen i Nord-Trøndelag, campus Røstad

09.05.2013

---

Linn Indersund  
Sykepleierstudent

**Abstract:**

**Background:** 7 % of all births are premature. These children are vulnerable, and there is a need for increased knowledge about nursing in a NICU already during the general nursing education program.

**Aim:** To look at factors interfering with the parent-child relationship and attachment process when the newborn child is premature and hospitalized in a Newborn Intensive Care Unit (NICU).

**Method:** This is a literature study, where research from serious sources were gathered and analyzed. Acknowledged databases were used, and the research/articles quality was profoundly analyzed. There was also conducted an ethical assessment of each article and of this literature study.

**Results:** Findings showed that parental stress and psychological reactions was clearly related to disturbance in the bonding process and unbalanced attachment between mother and child. Further findings showed developmental disturbance in children with parents who had psychological difficulties during the newborn/toddler period and early period of childhood. Kangaroo Care (KC), Music Therapy (MT), Physical Contact (PC), Mother Intervention Transaction Program (MITP), Crisis Intervention (CI) and Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) all showed positive results of variable degree when used for increasing mother/parent-child attachment or child development.

**Conclusion:** MITP, MT, PC and KC were the interventions that showed the least results on the childs later development, mainly because of lack in research (not focusing on later development), but showed good results on attachment. CI and NIDCAP showed good results on both attachment and later development. Further research is required to make a recommendation, but NIDCAP is considered to be the most beneficial of the interventions.

**Keywords:** Premature Birth; Parent-child attachment; Parent-child interactions; Child development; NIDCAP; Kangaroo Care; Music Therapy; Mother-child interventions

## 1 Innledning

Når et svangerskap ender med fødsel før svangerskapsuke 37, kalles det en prematur eller preterm fødsel. På verdensbasis blir det født så mange som 13 millioner barn prematur. 500.000 av disse i Europa. I Norge alene fødes det i følge medisinsk fødselsregister, over 4000 barn før svangerskapsuke 37, noe som utgjør ca 7 % av alle fødsler i Norge (Saugstad 2009, Prematurforeningen 2013).

Personalet som jobber i neonatalavdelinger, har som oftest kun grunnutdanning når de begynner i jobben. Etter hvert vil de fleste etter- eller videreutdanne seg for å få mer teoretisk kunnskap til sin praktiske erfaring. Temaet prematur fødsel og konsekvensene rundt dette, vil derfor kunne være svært relevant for sykepleiernes grunnutdanning.

### *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - NIDCAP*

Heidelise Als utarbeidet på 80-tallet Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, forkortet til NIDCAP. Hovedtanken er at pleien som gis, skal tilpasses individuelt til hvert barn, og at barnet slik kan utvikle seg etter egne behov og evner. Når barnet mottar behandling eller gjennomgår undersøkelser, tolkes signalene barnet gir. Ut fra disse signaler og tegn tilpasses pleien aktivt og kontinuerlig. En NIDCAP-ekspert observerer barna en gang per måned, og tilpasser barnets pleieplan ut fra disse observasjonene (Saugstad 2009).

De viktigste prinsippene i NIDCAP er rolige, skjermede og individtilpassede omgivelser med reduserte lys- og lydinntrykk, og forutsigbar, konsistent og individtilpasset pleie og døgnrytme, i tillegg til tilrettelegging av høy foreldredeltagelse i pleien av, og omsorgen for, barnet (familieorientert omsorg) (Saugstad 2009, Maypole og Parker 2008).

### *Kengurumetoden*

Kengurumetoden, eller kengurupleie, er en form for familieorientert pleie, der familien sammen med den nyfødte settes i fokus for pleien som gis. Foreldrene skal være hovedomsorgsgivere fra starten, mens personalet skal være støttespillere som kun ser til at barnet får riktig pleie og behandling. Selve hovedprinsippet for kengurumetoden er hudkontakt, og mye av det. Barnet skal bæres tett mot mors eller fars bryst, med ryggen ut, i et bæresjal eller innenfor en bluse eller et teppe. I enkelte land erstatter kengurumetoden totalt kuvøsebehandling. Der kuvøse er nødvendig, er likevel kengurumetoden en god tilleggspleie, da hensikten blant annet er å fremme vekst, utvikling, amming, respirasjon og mor-barntilknytning (Saugstad 2009, Dahlø 2010, Gardner og Goldson 2006).

## ***Musikkterapi***

Musikkterapi er bruken av musikk i terapeutisk/behandlingsmessig sammenheng. Som behandling er denne formen for terapi orientert mot ressurser og har fokus på å nå et mål. Ulike former for musikk, og ulike rytmer, brukes for å oppnå ulike mål. Man antar for eksempel at rolig musikk gir en roligere pasient. Spedbarnets hørsel er antatt å være viktigere enn synet for tilknytning mellom foreldre og barn, og musikkterapi antas å være med på å bygge opp dette forholdet (Hva er musikkterapi 2013, Gardner og Goldson 2006).

### **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke faktorer som har betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn når barnet er født prematur.

### **1.2 Teori**

Det er valgt å bruke arbeidet til to teoretikere som en del av grunnlaget for drøftingen. Kari Martinsen og hennes teori om de tre dimensjoner i sykepleien; omsorgen, det relasjonelle det praktiske og det moralske. Og Johan Cullbergs teori om mennesker i krise. Dette vil diskuteres nærmere innledningsvis i drøftningskapittelet.

## 2 Metode

Det er i denne bacheloroppgaven gjort et litteraturstudium, med allment litteratursøk for å besvare en selvvalgt problemstilling. For å belyse problemstillingen fra flere perspektiver, er det også valgt ut relevant, faglig litteratur som blir brukt i diskusjonsdelen. Videre er det valgt at resultatene skal diskuteres opp mot to teorier, en omsorgsteori og en kriseteori. Enkelte utvalgte reviewartikler vil også være med i drøftingskapittelet, da disse kan gi et annet overblikk over problemstillingen og vise til ny kunnskap til fagfeltet.

Bacheloroppgaven vil baseres hovedsakelig på originale forskningsartikler av kvantitativ eller kvalitativ art, funnet ved allmenne søk i anerkjente og kvalitetssikrede databaser. For mer utfyllende bakgrunnskunnskap er det valgt å bruke fagbøker som kan belyse problemstillingen fra et annet perspektiv, og for å kunne drøfte opp mot funnene i originalartiklene. Det er besluttet å bruke bøker som er tilgjengelige på høgskolens bibliotek, for å sikre kvalitet og troverdighet.

### 2.1 Søkestrategi/-prosess

Ved Høgskolen i Nord-Trøndelag er det fastsatt at bacheloroppgaven skal skrives med bruk av originalartikler for å belyse problemstillingen, og det er påkrevd å bruke minst 12 stk. Reviewartikler regnes ikke med i dette antallet, men er tillatt brukt i diskusjonsdelen.

#### 2.1.1 Databaser og søkeord/nøkkelord

Det er valgt å bruke internasjonale, anerkjente databaser i artikkelsøkene for å sikre god kvalitet på artiklene som blir brukt i oppgaven. De anvendte databasene er Medline, PsycInfo og Cinahl. Det ble også gjort søk i andre databaser, som Svemed og Helsebiblioteket, men disse databasene ga ingen relevante treff ved bruk av de valgte søkeordene. Det ble derfor valgt kun å bruke de tre tidligere nevnte databasene for å sikre tilstrekkelig med forskningsartikler av tilfredsstillende kvalitet. Alle søkene som ble utført, ble lagret i hver enkelt database under Min Bruker og i nummererte mapper for enkel tilbakesporing av artiklene og hvor, hvordan og når disse ble funnet.

Ved å bruke tankekart, ble det satt opp en del søkeord som er relevante for problemstillingen. Disse ble kombinert på ulike måter og med ulike avgrensninger alt etter antall treff. Innenfor søkeordene er det valgt ut enkelte nøkkelord som ble ansett som de viktigste søkeordene. Nøkkelordene som ble brukt, ble forsøkt i alle tre databaser for å få best mulig dekning, og samtlige søkeord var på engelsk siden databasene er internasjonale.

Søkeord og nøkkelord:

- Infant, Premature (Nøkkelord)

- Music Therapy (Nøkkelord)
- Parent-Infant Bonding/Relations (Nøkkelord)
- Coping/Family Coping
- Mother/Parent-Child Relations (Nøkkelord)
- Premature Birth (Nøkkelord)
- Depressive Disorder
- Anxiety Disorder
- Post-traumatic Stress Disorder
- Kangaroo-Mother Care Method/Kangaroo Care
- NIDCAP
- Physical Contact
- Attachment/Attachment Behavior/Attachment Theory
- Infant Development

### *Inklusjonskriterier*

Det ble brukt avgrensninger der søkeordene alene ga store antall treff. Det ble valgt å inkludere all relevant forskning, uavhengig av hvor lenge siden den var utført, men de nyeste forskningsartiklene ble prioritert. Dette fordi en god del av forskningen som ble gjort for kanskje 15 år siden, fortsatt vil kunne være særdeles relevant i dag, og vil derfor være gunstig å kunne inkludere i denne litteraturstudien.

Det ble valgt å avgrense til kun engelsk tekst i visse søk, da mange av artiklene som ble funnet var på et fremmed språk, og det ikke er mulighet eller tid til å arrangere oversettelse av artiklene til engelsk/norsk. Videre ble enkelte søk avgrenset til å kun vise artikler med abstrakt tilgjengelig og med full tekst da det i enkelte tilfeller kunne være vanskelig å spore opp en fulltekstversjon via BIBSYS og Google. Noen av artiklene som er brukt, var likevel ikke tilgjengelige i full tekst direkte via Medline, PsycInfo eller Cinahl, og det ble derfor valgt å gjøre søk i BIBSYS og Google for å kunne spore opp fulltekstversjoner. Det ble da søkt på tittel på artikkelen, og ved et eventuelt treff på riktig tittel, ble det kontrollert at artikkelen hadde riktig(e) forfatter(e), publikasjonsår og eventuelt publikasjonskanal i forhold til artikkelen funnet i den opprinnelige databasen. Enkelte artikler ble på dette viset valgt bort, da det var svært vanskelig å finne fulltekstversjoner som ble oppfattet som troverdige og identiske med artikkelen funnet i databasen.

Ved et av søkene i Medline ble det også valgt å avgrense søket med tanke på type forskning som ble utført. Dette ble gjort fortrinnsvis for å se om det kunne oppdages noe nytt, og for å kunne begrense antall treff på søket. Type forskning som ble inkludert var "All Clinical Trial", "Comparative Study",



”Controlled Clinical Trial” eller ”Randomized Controlled Clinical Trial”. Dette søket ga 112 treff, men ingen relevante artikler ble funnet.

Hovedsakelig var fokuset i oppgaven rettet mot barnets tilknytning til både mor og far, og dermed på det psykiske aspektet. Forskning med fokus på fysiske senfølger ble dermed valgt bort. Det meste av forskningen var rettet mot mor-barnforholdet, og ekskluderte far helt. Kun i noe av forskningen var både far og mor deltagende, og ingen av artiklene handlet om far alene. Likevel er forskning som også inkluderer far-barnforholdet inkludert i dette litteraturstudiet, da far også kan være en viktig ressurs i barnets liv og i forhold til tilknytning.

Videre er det ikke tatt hensyn til barnets gestasjonsalder i artikkelsøkene og artikkelanalysene, da dette for det meste ikke virket å være relevant for resultatene. Likevel viser noen få artikler at gestasjonsalder kan ha en innvirkning på barnets tilknytning til omgivelsene, men dette anses å være en viktig faktor i tilrettelegging av individuell pleie og vil være svært relevant for drøftning av ulike tiltak.

### *Utvelgelsesprosess/Analyse*

Første utvalg av artikler ble gjort ved å se på overskriftene om de virket relevante til problemstillingen/hensikten. De som virket interessante ble notert. Det ble ikke på daværende stadium tatt hensyn til om artikkelen var original eller review. Neste steg var å lese abstraktet, med spesielt fokus på resultatdelen. De artikler som ut fra abstraktet fortsatt var interessante, ble notert i søketabellen (vedlegg 1) som funn. Her ble reviewartiklene sortert ut og lagret til senere bruk. Det ble så utført artikkelanalyse og kvalitetsbedømming på hver enkelt artikkel ved hjelp av et vurderingsskjema (vedlegg 2) for lettere å kunne sette funnene i system. Funnene i hver enkelt artikkel ble satt inn i en analysetabell (vedlegg 3). Ut fra disse funnene ble det så lagd kategorier og subkategorier til bruk i resultatdelen og drøftingsdelen (vedlegg 4).

Noen av de brukte artiklene ble funnet ved tilfeldigheter. Flere av søkene resulterte i artikler lagret i Science Directs artikkelbase, og fulltekstlinkene førte inn til fulltekstversjoner lagret der. Når man leser artikler i Science Directs base, vil Science Direct vise andre artikler som er beslektet til den man leser. På det viset ble det funnet et par svært relevante og gode artikler som ble valgt å inkluderes i studiet. Science Direct er en anerkjent, internasjonal base med kvalitetssikrede artikler, som ble vurdert å være troverdig og trygg å bruke.

### *Etiske hensyn*

Alle artiklene og forskningsresultatene som er brukt i resultatdelen, er fra forskning som har gjennomgått en etisk vurdering og godkjenning av en etisk komité eller vurderingsråd (review board)

ved fakultetet eller helseforetaket forskerne er knyttet til. Enkelte av studiene er vurdert og godkjent av flere komiteer, og noen studier poengterer i tillegg at samtykkeskjema fra deltagere, eller deltageres foresatte, er vedlagt i den etiske vurderingen og godkjenningen og at deltagere eller dennes foresatte er godt informert om sine rettigheter i forbindelse med deltagelse i forskningsprosjektet. Enkelte av studiene henviser i tillegg til at studien er registrert hos [controlled-trials.com](http://controlled-trials.com)<sup>1</sup>, og oppgir registreringsnummeret på studien. En av studiene påpeker i tillegg at valget av metode er gjort på grunnlag av etiske hensyn.

I Norge vil forskningsprosjekter måtte følge norsk lov relatert til forskning og utprøving, blant annet Helseforskningsloven, Forskningsetikkloven og Pasientrettighetsloven, og i tillegg følge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forsknings, REK, retningslinjer og søke REK om tillatelse til å forske og etisk godkjenning. Krav om søknad til REK gjelder blant annet utprøvende behandling der formålet ikke er å gi helsehjelp til enkeltpasienter, utlevering av personopplysninger fra helseregistre, og studentoppgaver som skal fylle vitenskapelige krav og skal gi ny kunnskap om sykdom og/eller helse. Denne litteraturstudien oppfyller ikke kravene om å søke REK for godkjennelse, men den følger likevel enkelte av REK's retningslinjer i forhold til anonymiserte personalia og lignende i artiklene som er brukt, og i tillegg etisk godkjennelse på samtlige artikler. Videre anses oppgaven å være hensiktsmessig for sykepleiefaget, setter nytt fokus/perspektiv på emnet, er ikke til skade for mennesker og overholder blant annet pasientrettigheter og moralske aspekter. Derfor anses dette litteraturstudiet å være etisk overveid, og ivaretar etiske hensyn. (REK – Lov 2013, REK – Helseforskning 2013, REK – Eksempler på virksomhet som skal søke REK 2013).

## 3 Resultater

### 3.1 Emosjonelle reaksjoner og foreldreopplevelsen ved prematurfødsel og sykehusopphold

Funnene viser at prematur fødsel kan utløse krise- og stressreaksjoner hos foreldrene, og de sliter med å finne foreldrerollen og sin rolle i miljøet ved nyfødtintensiv. Når det gjelder tilvenningen til foreldrerollen, finner man at det er en prosess med fire faser. Fremmedgjøring (alienation), ansvar/følelse av ansvar (responsibility), selvtillit/selvsikkerhet (confidence) og trygghet/godt kjennskap (familiarity). De ulike fasene har ulike reaksjoner. De emosjonelle reaksjonene som rapporteres under sykehusinnleggelsen, varierer fra frykt, bekymring og usikkerhet til følelse av

---

<sup>1</sup> Controlled-trials.com er en internasjonal nettside med tilhørighet i Stor-Britannia som tillater brukerne å registrere sine kliniske kontrollerte studier, og viser en oversikt over pågående kontrollerte studier (Controlled Trials – About us 2013, Controlled Trials – FAQ's 2013).

fremmedgjøring fra eget barn, depresjon og angst. Prematurfødsel i seg selv kan føre til depresjon, og spesielt hos mødre med tidligere psykiske problemer. Det er i forbindelse med fødselen og innleggelse ved nyfødttintensivavdeling, påvist at begge foreldrene opplever både negative, positive og ambivalente følelser som usikkerhet, nervøsitet, skyldfølelse, tvil, frustrasjon og lettelse. Begge foreldre sliter også med tilvenning til situasjonen og sitt eget forhold til barnet, og en følelse av at de ikke slipper til i pleien av barnet. I tillegg føler mor mer ansvar og behov for bekreftelse i forelderrollen enn far, mens far er tryggere på å overlate pleien av barnet til personalet. Far sliter også med å finne en balanse mellom familieliv og jobb. Så mange som 50 % av prematurmødrene rapporterer om negative følelser ved første møte med barnet. De dominerende følelsene var frykt og følelsen av fremmedgjøring. Og 31 % av disse kvinnene følte at barnet ikke var deres (Nicolaou et al 2009, Jackson et al 2003, Mannix og Sweet 2012, Griffin og Pickler 2011, Meijssen et al 2010, Korja et al 2008).

Det ble påvist at prematurfødsel med påfølgende sykehusinnleggelse, fremkaller betydelig psykisk stress hos begge foreldre, som igjen kan føre til utvikling av posttraumatisk stresslidelse, depresjon og/eller angst. 40 % av alle prematurmødre, evaluert med Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), har en betydelig økning i depresjonssymptomer målt en måned etter fødselen, sannsynligvis som følge av høyt stressnivå under sykehusoppholdet. Det er også påvist at et signifikant antall, 1/3 av foreldrepårene, melder om psykiske langtidsproblemer til tross for at de fleste foreldre føler at de får støtte fra personalet ved innleggelse (Eriksson og Pehrsson 2002, Mannix og Sweet 2012, Davies et al 2003, Nicolaou et al 2009).

### **3.1.1 Innvirkning på samspillet mellom foreldre og barn**

Når foreldrene viste tegn på stressreaksjoner, ble det også målt tegn på de samme nivåene av stress hos barna i form av endring i utseende og adferdsmønstre. Funn viser at en prematurfødsel i seg selv, påvirker både karakteristikk i mor-barnsamspillet og tilknytningen fra mors side. Det er også påvist at negative følelser ved mors første møte med barnet, er senere relatert til ubalansert tilknytning. Mødre med barn født til termin, viste mer balansert tilknytningsmønster enn prematurmødre, 69 % mot 23 % hos prematurmødre med samarbeidsvillig samspillmønster. Hos flere av mødrene ble det funnet høye nivået av symptomer på post-traumatisk stress (PTS-symptomer), og undersøkelser viser tydelig at PTS-symptomene har en korrelasjon til mønsteret i samspillet mellom mor og barn. Mødre med høy forekomst av PTS-symptomer hadde en tendens til å følge et kontrollerende samspillmønster, og viste betydelig mer forstyrrelse i tilknytningen til barnet. Prematurmødre med lav PTS-symptomscore, viste mer av det uengasjerte tilknytningsmønsteret, der mor er non-responsiv. I tillegg har det blitt påvist at mødre med depresjonssymptomer scoret lavere på positivt følelsesmessig engasjement og positiv kommunikasjon med barnet, og kan slik være en risikofaktor

for dårlig utvikling av forholdet mellom mor og prematurt barn. Dette kunne også sees ved mors adferd under samhandling når barnet var ved henholdsvis 6 og 12 måneder korrigert alder. En spesiell risikofaktor ble det når mor tidligere hadde hatt psykiske problemer, der funnene viser betraktelig høyere forekomst av depressive symptomer ved 6 måneders korrigert alder, enn hva som ble funnet hos tidligere friske mødre. Depresjonssymptomene virket ikke å ha sammenheng med barnets gestasjonsalder, fødselsvekt, lengde på sykehusopphold eller 5-minutters Apgar Score<sup>2</sup>, og heller ikke med mors alder eller utdanningsnivå (Mannix og Sweet 2012, Forcada-Guex et al 2010, Korja et al 2008, Meijssen et al 2010).

## 3.2 Foreldreopplevelsen etter utskrivelse

Mange av foreldrene så på utskrivelse fra sykehuset som et viktig vendepunkt i foreldreopplevelsen. De fleste mødre beskrev utskrivelsen fra sykehuset som det beste øyeblikket, og følte at dette var en dag med udelt positive følelser etter å ha taklet vanskelighetene med prematurfødsel og sykehusopphold. Videre rapporterte 29 % av mødrene utelukkende positive følelser de første ukene hjemme. Likevel viser undersøkelser at 1/3 av foreldrene rapporterer psykiske langtidsproblemer på grunn av den premature fødselen og det påfølgende sykehusoppholdet. I tillegg forteller de om problemer med økonomi, praktiske vansker og sosiale problemer som følge av prematurfødselen. Flere mødre følte at de møtte mange hindringer etter utskrivelse, og opplever adferdsrelaterte problemer med barna sine, som gråt, lite nattesøvn, spiseproblemer og at barnet er oppmerksomhetskrevende. Resultatene viser at de sliter med å tilpasse seg morsrollen og følelsen av alvor ved å ta vare på barnet alene. 28 % av mødrene rapporterte ambivalente følelser de første ukene hjemme, og hele 37 % rapporterte negative følelser. De negative følelsene gikk mest på frykt, bekymring og stress (Meijssen et al 2010, Jackson et al 2003, Eriksson og Pehrsson 2002, Griffin og Pickler 2011).

### 3.2.1 Følelsspekter i foreldreopplevelsen etter utskrivelse

66 % av mødrene hadde bekymringer angående barnet, der de viktigste bekymringene var barnets vekst og utvikling, og en bekymring for utviklingen av barnets karakter og eventuelle adferdsvansker som ADHD. 43 % satt med følelsen av at de ville gjort noe annerledes hvis de hadde hatt muligheten. 24 % av disse ønsket de hadde vært mer forsiktig under svangerskapet, mens 18 % ville ikke blitt gravid i det hele tatt. Det ble også uttrykt et ønske om å ha utført barneoppdragelsen annerledes, vært oftere tilstede for barnet og bedt om hjelp til seg selv tidligere i forløpet, henholdsvis 18 %, 15 % og 12 % av kvinnene. Det er også vist at følelsspekteret de første ukene hjemme er både positive

---

<sup>2</sup> En metode brukt til å bedømme spedbarnets vitalitet, beskrevet av Virginia Apgar i 1953. Vurdering gjøres etter 1 og 5 minutter, og en eller flere ganger senere dersom barnet viser tegn til slapphet. Score under 3 er lavt, mellom 4-7 er moderat lavt, over 7 er normalt (Danielsen 2010).

i form av glede, optimisme og ubetinget kjærlighet til barnet, negative i form av bekymring, nervøsitet og frustrasjon, og blandede følelser i form av glede og frustrasjon, stress og frykt, og oppstemthet og usikkerhet. Mødrene forteller også om følelser rundt det å finne egen rolle, være babyens beskytter og å forstå sitt eget ansvar som mor, og å styrke egne evner og godta forandringer i eget liv som avbrudd i det sosiale livet (Meijssen et al 2010, Griffin og Pickler 2011).

### **3.2.2 Følger for tilknytningen etter utskrivelse**

Resultatene viser at flere mødre føler usikkerhet og nervøsitet ved samhandling med barnet tidlig etter utskrivelse. Negative følelser de første ukene etter hjemkomst, er klart relatert til ubalansert tilknytning i forholdet mellom mor og barn. Og så mange som 8 av 9 mødre som etter utskrivelse bekymret seg for barnets karakter, personlighet og utvikling med tanke på adferdsvansker, hadde tydelige tegn på ubalansert tilknytning. Mødrene oppfattet i tillegg barna som søvnige og at de ga lite respons (Nicolau et al 2009, Meijssen et al 2010).

## **3.3 Intervensjoner og deres innvirkning på foreldre og barn**

### **3.3.1 Mother-Infant Transaction Program – MITP**

Det er påvist at MITP<sup>3</sup> styrker mor-barnrelasjonen, og fortsetter å gjøre dette også etter utskrivelse. De mødrene som fikk MITP, viste klart høyere score på sensitivitet og respons ovenfor barnet. Særdeles hos førstegangsmødre, som tydelig hadde størst fordel og effekt av programmet. Hos førstegangsmødre var mor-barnrelasjonen mer synkronisert, og barna viste klart mer positiv adferd og humør. Funnene viser tydelig at intervensjonen fører til bedre samspill og forhold mellom mor-barn hos førstegangsmødre med moderat til senprematuro barn (Ravn et al 2010).

### **3.3.2 Kengurumetoden/Kangaroo Care og musikkterapi – KC og MT**

Ved kengurumetoden (KC) som alenestående terapi, viste mødre betydelig mer positivt samspill ved 37 ukers gestasjonsalder i forhold til kontrollgruppen, som mottok standard kuvøsepleie. I forhold til kontrollgruppen hadde KC-gruppen tydelig mer positiv affekt ovenfor spedbarna, mer positiv berøring og bedre tilpasning til barnets tegn/signaler, mens barna viste mer våkenhet og mindre motvilje mot øyekontakt. I tillegg rapporterte mødrene om betydelig mindre depresjonsfølelse og oppfattet barnet sitt som mindre abnormt enn kontrollgruppen, og så på barnet som mindre avvikende fra "det gjennomsnittlige spedbarnet" (Feldman et al 2002).

---

<sup>3</sup> En intervensjonsmetode som går ut på å sensitivisere foreldrene ovenfor barnets signaler, og lære dem å respondere på en sensitiv og situasjonsbetinget måte. Det vanlige er syv samtaler/møter før utskrivelse, og deretter fire nye samtaler innen tre måneder etter utskrivelse. Basert på Vermontmodellen (Samspill fremmer læring hos premature 2008, Clinicaltrials.gov 2013).

Ved tre måneders alder viser både mødre og fedre i KC-gruppen mer sensitivitet, uttrykker høyere nivåer av emosjonell og verbal respons, og sørger for bedre hjemmemiljø enn kontrollgruppen. Foreldrene i KC-gruppen var dyktigere på å organisere det fysiske og skiftende miljøet, og var flinkere til å sørge for muligheter for variasjon i dagliglivet. Og ved seks måneders alder er KC-mødrene fortsatt mer sensitive enn mødrene i kontrollgruppen. I tillegg viser barna i KC-gruppen betydelig bedre kognitiv utvikling enn kontrollgruppen. De scorer betraktelig høyere på Bayley Mental Developmental Index, og på Psychomotor Developmental Index. Generelt sett, uavhengig av alder, ser man at kengurumetoden øker mors sensitivitet overfor barnet, og at barnet øker sitt sosiale engasjement/involvering, som til sammen bedrer samspeillet mellom mor/far-barn. Dette til sammen viser en signifikant positiv effekt av kengurumetoden (Feldman et al 2002).

På den andre siden er det funn som viser at KC-barn generelt scorer lavere enn kontrollbarn på Nursing Child Assessment Satellite Feeding Scale og Teaching Scale ved seks måneders alder, og at de gir mindre respons på tegn/signaler fra mor. En forklaring kan være at KM-barna er på et annet utviklingsstadium enn kontrollgruppen ved akkurat seks måneders alder (Chiu og Anderson 2009).

Musikkterapi (MT) alene, og gitt som livemusikk, har ingen effekt på fysiologiske responser hos barnet under selve terapien (30 minutters varighet), men viser lavere pulsfrekvens og dypere søvn i 30 minutter etter at terapien er avsluttet. Musikk på opptak, eller ingen musikk, viste ingen effekt på nevnte verdier. I tillegg ble livemusikk foretrukket av både foreldre og personale, og ble sett på av foreldre som den mest effektive av livemusikk, musikk på opptak og ingen musikk (Arnon et al 2006).

Ved bruk av både KC og MT, er funnene hovedsakelig relatert til fysisk helseeffekt hos barnet. Repetert KC og MT viser lavere respirasjons- og pulsfrekvens, og økt O<sub>2</sub>-metning målt med pulsoxymeter. MT i kombinasjon med KC påvirket blodtrykket mer positivt enn KC alene. Mens andre funn tyder på at de fysiologiske responsene på kombinasjonsterapi uteblir, og viser ingen forskjeller mellom kontrollgruppe og behandlingsgruppe med hensyn til fysiologiske verdier (Teckenberg-Jansson et al 2011, Lai et al 2006).

Når det gjelder de psykiske og utviklingsmessige aspektene ved KC og MT kombinert, viser funnene at barna i testgruppen har mer stille søvn, og gråter mindre. Foreldrene rapporterer at både de selv og barna blir beroliget av KC og MT i kombinasjon, og det kan sees en lavere forekomst av angst hos mor i testgruppene (Teckenberg-Jansson et al 2011, Lai et al 2006).

### *Fysisk kontakt*

Som et lite biområde av KC er det funn som viser at fysisk kontakt generelt, i form av bæring i mykt bæretøy (meitai, bæresele osv), kan fremme tilknytning. Dette fordrer ikke hudkontakt. Mødrene i

testgruppen fikk utdelt myke, ergonomisk korrekte bæreseler, mens kontrollgruppen fikk utdelt barnestoler. Førstnevnte gir mer fysisk kontakt i bruk enn sistnevnte, og mødrene i testgruppen var klart mer responsive på barnas vokalisasjon enn kontrollgruppen ved 3,5 måneders alder. Ved 13 måneders alder viste barna i testgruppen betydelig tryggere/sikrere tilknytning, med 83 % mot 38 % i kontrollgruppen når utsatt for Ainsworth Strange Situation. Det var ingen forskjell på gruppene når det gjaldt egen oppfatning om egne moderlige holdninger. Dette viser en klar sammenheng mellom økt fysisk kontakt gjennom tidlig bæring, og sikkerhet/trygghet i tilknytningen mellom mor og barn (Anisfield et al 1990).

### **3.3.3 Kriseintervensjon – generelle traumeforebyggende evalueringer og tiltak, og psykologiske støttegrupper med og uten støttemateriell i form av video og manualer**

En generell kriseintervensjon ble brukt, og modifisert for å passe spesifikt opp mot prematurfødsler og traumeopplevelser i forbindelse med dette. Det kombineres tidlig inngripen ved krise, psykologisk støtte gjennom hele sykehusoppholdet, og intens støtte i kritiske perioder. Mødre i intervensjonsgruppa viste ved utskrivelse betydelig lavere nivåer av symptomatisk respons på traumet/stressoren "prematurfødsel" enn kontrollgruppa. Intervensjonsprogrammet reduserte ergo betraktelig symptomer på traume relatert til prematurfødsel (Jotzo og Poets 2005).

Begge gruppene som mottok intervensjon i form av psykologiske støttegrupper, viste lavere nivå av angst og depresjon etter intervensjonen, og etter utskrivelse av barnet fra nyfødtintensiv. I tillegg viste gruppen som også mottok støttemateriale i form av video eller manualer, en signifikant reduksjon i det kliniske nivået av situasjonsbetinget angst (Carvalho et al 2009).

### **3.3.4 Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP**

Mødrene i NIDCAP-gruppen rapporterte mer positive opplevelser med foreldrerollen, og funnene viser at de følte seg nærmere barnet, hadde mer øyekontakt og følte at de fikk mer støtte av personalet til å ta over pleien av eget barn. Foreldrene i NIDCAP-gruppen var også mer opptatte av hvor viktig øyekontakt med barnet er, enn mødrene i kontrollgruppen. Følelsen av nærhet med barnet hos mødrene i NIDCAP-gruppen, hadde ingen sammenheng med barnets gestasjonsalder, fødselsvekt eller medisinske status, i motsetning til mødrene i kontrollgruppen, der fødselsvekt påvirket nærheten i negativ grad, mens barnets medisinske status påvirket nærheten i positiv grad. Det ble ikke funnet noen ulikheter mellom gruppene når det gjaldt mors oppfatning av egen evne, eller troen på personalets evne, til å tolke barnas signaler. Videre er det påvist at mødrene i NIDCAP-gruppen opplever mer angst, men dette antas å ha sammenheng med bedre og tidligere tilknytning. Ved 3-årsalder hadde foreldre i NIDCAP-gruppen betydelig mer fysisk kontakt med barnet sitt, og av

bedre kvalitet, enn foreldre i testgruppen. Det var også bedre og hyppigere visuell kontakt mellom foreldre og barn, og barna i testgruppen hadde bedre motorisk kompetanse, og kvalitet enn barna i kontrollgruppen. Dette er klare indikasjoner på at NIDCAP kan legge til rette for mer deltagelse i pleien fra mors side, og at NIDCAP kan sørge for bedre følelsesmessig tilknytning og mer positivt samspill mellom foreldre og barn, også på lengre sikt enn kun ved innleggelse. I tillegg er det påvist at NIDCAP-basert pleie gir lavere forekomst av kronisk lungesykdom, og signifikant forbedrer kort- og langsiktige utfall av prematurfødsel hos barnet. Funn om kortere innleggelsesvarighet, lavere forekomst av funksjonshemning og spesielt lavere forekomst av mental forsinkelse, tyder på god nevroutvikling hos disse barna. NIDCAP har vist å ha positiv effekt til langt inn i skolealder, og hos barn i åtteårsalder ble det påvist bedre funksjon i høyre hjernehalvdel og i frontallappen enn hos jevngamle prematurfødte barn som ikke fikk NIDCAP-pleie. Ingen forskjell ble påvist mellom barn i test- og kontrollgruppe når det gjelder verbal IQ<sup>4</sup> eller Full Scale IQ<sup>5</sup>, men det ble påvist klart høyere Performance IQ<sup>6</sup> hos testgruppen. Testgruppen viste også signifikant bedre mental kontroll, oppmerksomhet/konsentrasjon og bedre integrerende bearbeidelse i det visuelle spatiale området i hjernen (området som bearbeider romfølelse og romsans), i tillegg til bedre ytelse i hukommelsessenteret. Dette samsvarer klart med nevroadferd og fysiologiske resultater hos NIDCAP-barna i nyfødtperioden, og kunne dermed forutsi nevroutviklingen hos barna (Kleberg et al 2006, Leigh-Peters et al 2009, McAnulty et al 2010, Kleberg et al 2000).

## 4 Drøfting og diskusjon

### 4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse hvilke faktorer som var av betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn når barnet var født prematurt. Resultatene viser at blant annet foreldrenes følelser og reaksjoner etter fødselen tydelig kan påvirke tilknytningen i negativ grad. Og det er vist at selv om foreldrene senere opplever positive følelser, hovedsakelig forbundet med barnets fremskritt under behandling, og knyttet til sykehusutskrivelse, så viser funnene tydelig at forstyrrelsene i tilknytningen fortsatt skaper problemer i samspillet mellom foreldre og barn. Dette gjelder også lenge etter utskrivelse og vil dermed kunne ytterligere påvirke tilknytningen negativt. Resultatene viste også at mødre ofte føler usikkerhet og nervøsitet under samhandling med barnet etter

---

<sup>4</sup> Verbal IQ - Måling av evnen til å analysere informasjon og løse problemer ved bruk av språkbasert resonnement

<sup>5</sup> Full Scale IQ - Et mål av barnets globale intellektuelle funksjon. Virker å være særdeles relatert til akademiske prestasjoner, yrkesnivå og deltagelse i utdanning.

<sup>6</sup> Performance IQ - Måling av barnets non-verbale intellektuelle evner (Intelligence Tests Used in Assessment for Learning Disabilities 2013).



utskrivning. Dette kan knyttes til at foreldrene ofte kan ha problemer med å lese det premature barnets signaler og kroppsspråk, og tolket i følge funnene ofte barnet som søvning og lite responderende under samhandling.

Når man iverksatte intervensjoner for å styrke tilknytningen, og fremme båndet mellom foreldre og barn, så man ofte en økning i positive følelser og en forsterkning i tilknytningen. Spesielt NIDCAP, MITP og kengurumetoden viste positive resultater på både kort og lang sikt i flere studier.

Disse funnene skal nå innledningsvis drøftes opp mot hensikten og settes i et sykepleiefaglig perspektiv. Det vil også diskuteres i forhold til Martinsens (1994) omsorgsteori i størst grad, og også delvis Cullbergs (1983) kriseteori for å bygge opp under Martinsens teori, i tillegg til at man skal sammenligne resultatene opp mot de nåværende faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (Sosial- og Helsedirektoratet 2007). Det skal også drøftes den praktiske betydningen for sykepleien, og det skal sammenlignes med den eksisterende Samspillsveilederen, utviklet av Moss et al (2007), neonatalfagfolk ved Nyfødtintensiv ved Sykehuset Buskerud. Det skal avslutningsvis fremmes forslag til hvordan neonatalomsorgen kan utvikles i positiv retning med tanke på å styrke og fremme tilknytning og godt samspill mellom foreldre og barn.

#### **4.1.1 Å opparbeide en forståelse av foreldrenes opplevelser og reaksjoner**

##### **4.1.1.1 Omsorg, makt og avhengighet**

Når barnet er prematurt er det tydelig at foreldrene opplever ulike former for traumereaksjoner i forbindelse med separasjonen fra barnet, den kritiske situasjonen ved innleggelse ved nyfødtavdeling, og videre deres omstilling til en annen hverdag enn hva de sikkert hadde sett for seg på forhånd. Foreldrene, og barnet, står plutselig i en sårbar situasjon, der de er prisgitt helsepersonell, medisinske rutiner/sykepleierutiner og medisinsk utstyr. Her har sykepleieren et ansvar for både foreldre og barn. Barnet skal ha medisinsk behandling, og i tillegg må foreldrene få omsorg, for å kunne styrke deres ressurser til å ta over omsorgen for sitt eget barn, noe som også presiseres og vektlegges i Sosial og Helsedirektoratets (2007) faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Martinsens (1994) omsorgsteori bygger på det faktum at den menneskelige eksistens bygger på avhengighet, og at vi er grunnleggende avhengige av omsorg fra andre mennesker i tilværelsen for å kunne leve. I total isolasjon vil ikke mennesket kunne eksistere. Dette kan overføres til omsorgen for både foreldre og barn. Barna må ha omsorg, nærhet og tilknytning til trygge omsorgspersoner for å kunne overleve (Martinsen 1994, Sosial- og Helsedirektoratet 2007).

Disse trygge omsorgspersonene er, og bør være, i hovedsak foreldrene, men der foreldrene mangler ressurser kan sykepleieren tre støttende til samtidig som man støtter og bygger opp foreldrenes

ressurser. Foreldrene er også avhengige av omsorg fra sykepleieren for å kunne bearbeide det traumet en prematur fødsel kan innebære. Slik vil det være til det beste for både barn og foreldre, at barnet får sin medisinske behandling av helsepersonalet, mens foreldrene får den støttende, styrkende omsorgen samtidig. Hvis så helsepersonalet inntar en støttende og utfyllende funksjon overfor foreldrene, så vil disse øke sin kunnskap og evne til selv å gi omsorg til sitt eget barn. Sykepleierens funksjon vil her bli å gi fysisk kontakt, emosjonell og sanselig stimuli og omsorg når foreldrene ikke er i stand til det. Samtidig skal hun gjøre foreldrene i stand til å etter hvert ta over pleien for barnet selv. Slik vil tilknytningen få grunnlag for å bli sterkere og foreldrene vil oppleve økt følelse av mestring i sin foreldrerolle. Som forskriftene poengterer, skal foreldrene trygges så godt som mulig i sin foreldrerolle, av helsepersonalet, slik at de etter hvert vil bli i stand til å overta pleien for sitt eget barn (Martinsen 1994, Sosial- og Helsedirektoratet 2007).

For å kunne gi omsorg, må man som sykepleier ha forståelse for omsorgsmottaker. I følge Martinsen (1994) vokser en slik forståelse for eksempel frem fra felles behov og/eller felles virksomhet. I et tilfelle med prematur fødsel vil både sykepleier og foreldre ha felles behov – barnets beste, og felles virksomhet – pleien av og omsorgen for barnet. Omsorg krever også etikk og moral, og en forståelse av forholdet mellom makt og avhengighet. Sykepleieren må være seg bevisst på hvordan hun utøver sin makt over barnet som er i hennes pleie, og hvordan denne maktbruken påvirker foreldrene. I en slik relasjon som beskrevet ovenfor, der foreldrene er avhengige av sykepleieren, blir det svært aktuelt å ha forholdet mellom makt og avhengighet i bevisstheten fra sykepleierens side. Hun skal være bevisst på hvordan hun utøver sin makt og hvordan hun forholder seg til foreldrene og deres avhengighet. Og ikke minst bør hun ha en stor forståelse for hvordan hun forholder seg til barnet, ikke bare som pasient, men også som foreldrenes barn. Det er så klart viktig å ha en viss kontroll og oversikt over behandling og pleie av barnet, for barnets medisinske beste. Men det vil også være svært viktig å ha en stor bevissthet rundt hvor mye makt man utøver i forhold til relasjonen mellom foreldre og barn. Flere foreldre har uttrykt at de ikke slipper til i pleien av barnet, og majoriteten av mødrene kjenner på følelsen av at det ikke er deres barn. Dette vil det være svært viktig å ta hensyn til. Man bør som sykepleier gå inn i pleiesituasjoner og møter med foreldrene med et klart fokus på at dette er foreldrenes barn. Deres "eierforhold" til barnet skal styrkes og relasjonene mellom foreldre og barn skal bygges opp. Da er det viktig at sykepleieren tar et steg til side og lar foreldrene få slippe til i stedet for selv å ta rollen som omsorgsgiver ovenfor barnet (Martinsen 1994).

Sykepleieren vet best når det gjelder medisinsk behandling på generell basis, men foreldrene bør alltid inkluderes og få en følelse av at deres meninger er viktige, og i noen tilfeller avgjørende, for slik å kunne styrke tilknytningen og relasjonen mellom foreldre og barn. Man bør alltid utøve forsvarlig og moralsk maktbruk, og alltid ha foreldre og barns beste i tankene. Resultatene viser at foreldrenes

opplevelser blant annet er avhengige av personalets holdninger og miljøet i neonatalavdelingen. En forsvarlig og moralsk bruk av egen makt og bevissthet rundt egne holdninger, vil kunne gi foreldrene følelsen av å være likeverdige, verdsatte, inkluderte i og tillatt å delta i pleien/omsorgen. De vil også få spillerom til å utvikle en følelse av ansvar for sitt eget barn, samtidig som den medisinske behandlingen ivaretas. For å beholde et avbalansert og moralsk ansvarlig makt/avhengighetsforhold, må sykepleieren dermed være bevisst på at hun er den "sterke" i relasjonen, og foreldrene er de "svake". Det er derfor sykepleierens ansvar å reflektere over relasjonen og balansen i den, og ikke minst å justere sin maktbruk hvis den ikke er moralsk ansvarlig og forsvarlig (Martinsen 1994).

#### *4.1.1.2 Forståelse for krisen*

Studien viser at foreldrene uttrykker at de trenger tid til å venne seg på den nye situasjonen en prematur fødsel er. I resultatene påpekes det at tilvenningsprosessen til foreldrerollen i en situasjon der barnet er prematurt, kan deles opp i fire faser. Den første fasen er fremmedgjøring, noe flere mødre har uttrykt at de kjenner seg igjen i. Når foreldrene får bearbeidet de følelser, reaksjoner og opplevelser de har i forbindelse med prematurfødselen og de påfølgende konsekvensene, på en riktig og god måte, så vil prosessen gå over til fasen der foreldrene begynner å føle ansvar. Men for at foreldrene skal kunne komme hit, er det mye som skal bearbeides og aksepteres. Funnene viser at mange foreldre trenger i denne fasen økt emosjonell støtte og omsorg. Og det er uttrykt ønske om at sykepleieren her må komme på banen tidlig i forløpet med en omsorgsrettet funksjon, slik det også beskrives av Martinsen (1994). Sykepleieren må anerkjenne foreldrenes opplevelser og følelser, og slik kan hun, i følge Martinsen (1994), oppnå forståelse og respekt for foreldrenes opplevelse, og kunne gi omsorg til både barn og foreldre.

Forskningsresultater viser også det kritiske i at helsepersonalet har forståelse for familiens stress og kriseopplevelse, for at foreldrene skal kunne føle trygghet og omsorg. Dette nevnes også i Cullbergs (1983) kriseteori. Han skiller mellom to ulike former for krise, utløsende faktorer og utviklings-/livskriser. I et tilfelle med prematur fødsel, smelter disse to kriseformene sammen da de omhandler både ytre påkjenninger som sykehusinnleggelse av eget barn, og livskrise i form av den naturlige livshendelsen det er å få barn (Cullberg 1983, Martinsen 1994, Howland 2007). Man kan spekulere i om dette gjør foreldre av premature barn dobbelt utsatt for de påkjenninger en krise utløser.

For å kunne bistå foreldrene og å hjelpe disse til å bearbeide sine kriseopplevelser, bør sykepleieren først og fremst sette seg inn i hva som er utløsende faktor, i dette tilfellet en prematur fødsel. Videre er det i følge Cullberg (1983), avgjørende for sykepleierens forståelse av foreldrenes opplevelse, at hun setter seg inn i hvilken betydning prematurfødselen har for foreldrene. Forskningen viser her helt tydelig at det viktigste punktet, er at selve foreldreopplevelsen ble annerledes enn hva de hadde

drømt om/sett for seg. Foreldrene forteller videre om en følelse av ikke å slippe til i pleien av barnet, de uttrykker frykt for, og bekymring, rundt medisinske rutiner og utstyr, og bekymring for barnets nåværende og fremtidige helse og utvikling i høyere grad enn om barnet hadde vært fullbåret. Forskning viser at også tidligere opplevelser/psykiske vansker og miljøet rundt foreldrene også spiller inn for hvordan foreldrene takler prematurfødselen og hvilken betydning denne har for dem. At sykepleieren setter seg inn i, og forsøker å forstå grunnlaget for disse følelsene, er altså avgjørende for hennes forståelse av foreldrenes opplevelse av krise. Som sykepleier ved en neonatalavdeling, ser man mange syke barn på daglig basis, og vil kunne oppleve situasjoner som normale og ufarlige der foreldrene kan oppleve de samme situasjonene som traumatiske og dramatiske. I slike tilfeller er det også svært viktig at sykepleieren har kompetanse innen neonatologi og psykiatri i den forbindelse fra grunnutdanningen. Da vil hun ha et grunnlag for å oppnå en forståelse for foreldrenes reaksjoner, og forsøker å se gjennom deres øyne. Slik vil hun kunne hjelpe dem å avdramatisere forholdsvis udratiske hendelser og situasjoner sett fra et medisinsk perspektiv. Når så bearbeidelsen av hendelsene og følelsene de bærer med seg, er i gang og barn og foreldre begynner å bli kjent med hverandre, på tross av de hindringer de møter, så vil etter hvert foreldrene kunne komme til den andre fasen i tilvenningen til foreldrerollen; å begynne å føle ansvar for barnet og pleien av det, så lenge personalet legger til rette for det (Cullberg 1983).

#### ***4.1.1.3 Oppnå kontakt og bygge opp tillit og relasjon***

For å kunne hjelpe foreldrene å jobbe gjennom den første fasen og komme inn i den andre; å oppnå en følelse av ansvar ovenfor barnet og pleien av det, må sykepleieren bli kjent med foreldrene og opparbeide et tillitsforhold. Da vil foreldrene kunne føle det trygt å dele reaksjoner, følelser og tanker med helsepersonalet. For å kunne bistå foreldrene og å hjelpe disse til å bearbeide disse følelsene, bør sykepleieren i følge Cullberg (1983) først og fremst sette seg inn i hva som er utløsende faktor, i dette tilfellet en prematur fødsel. Videre er det avgjørende for sykepleierens forståelse av foreldrenes opplevelse, at hun setter seg inn i hvilken betydning prematurfødselen har for foreldrene. Forskningen viser her helt tydelig at det viktigste punktet, er at selve foreldreopplevelsen ble annerledes enn hva de hadde drømt om/sett for seg. Foreldrene forteller videre om en følelse av å være tilsidesatt og bekymring for barnets fremtid og utvikling. Forskning viser at også tidligere opplevelser/psykiske vansker og miljøet rundt foreldrene også spiller inn for hvordan foreldrene takler prematurfødselen og hvilken betydning denne har for dem. At sykepleieren setter seg inn i, og forsøker å forstå grunnlaget for disse følelsene, er altså avgjørende for hennes forståelse av foreldrenes opplevelse av krise. Som sykepleier ved en neonatalavdeling, ser man mange syke barn på daglig basis, og vil kunne se mange situasjoner som normale og ufarlige der foreldrene kan oppleve de samme situasjonene som traumatiske og dramatiske. I slike tilfeller er det også svært

viktig at sykepleieren har forståelse for foreldrenes reaksjoner, og forsøker å se gjennom deres øyne, for å kunne hjelpe dem å avdramatisere forholdsvis udramatiske hendelser og situasjoner sett fra et medisinsk perspektiv. Når så bearbeidelsen av hendelsene og følelsene de bærer med seg, er i gang og barn og foreldre begynner å bli kjent med hverandre, på tross av de hindringer de møter, så vil etter hvert foreldrene kunne komme til den andre fasen i tilvenningen til foreldrerollen; å begynne å føle ansvar for barnet og pleien av det, så lenge personalet legger til rette for det (Cullberg 1983).

Å kunne hjelpe foreldrene med å komme til denne fasen, krever det i følge Martinsen (1994) omsorg. Hun beskriver omsorg som solidaritet, forståelse og fellesskap med andre. Omsorg er en form for sosial relasjon, som kan oppnås når sykepleieren har korrekt grunnholdning i forhold til sitt yrke, og forståelse for den andres situasjon. Når barnet er innlagt ved neonatalavdeling på sykehus, og foreldrene er til stede som pårørende, oppstår det som tidligere nevnt, en avhengighetssituasjon som følges av et forhold mellom makt og avmakt eller avhengighet. Makt-/avmaktforholdet skal være balansert, og det er sykepleiers ansvar å være seg bevisst den makt hun utøver, og den påfølgende avmakt foreldrene opplever. Hun skal også anerkjenne foreldrenes avhengighet av henne selv og av annet helsepersonell, og ivaretar på den måten også den moralske dimensjonen i sykepleien som omsorg. Alle hennes praktiske handlinger skal kunne svare til denne moralske dimensjonen og ivaretagelsen av relasjonen i omsorgen, og dette oppnås, som også tidligere nevnt, ved å møte foreldrene der de er og å forstå deres situasjon (Martinsen 1994).

Resultatene viser at foreldre som oppnår et godt forhold til neonatalpersonalet, får undervisning i forhold til prematurbarnet, veiledning i foreldrerollen, og/eller deltar i en form for intervensjon, får stort sett alltid et bedre psykisk utfall enn foreldre som føler seg tilsidesatt og lite veiledet/undervist. Mødre som følte støtte og empati fra personalet, har redusert risiko for depresjonssymptomer og angst, som igjen kan gi forstyrrelser i tilknytningen. Flere av foreldrene uttrykte et tydelig behov for tydelig kommunikasjon, delt informasjon og ikke minst konsekvent og empatisk personaladferd mot seg selv og i behandlingen av barnet, for at de kunne oppnå tillit til personalet og arbeidet de gjør. Dette er det også satt tydelig fokus på i de faglige retningslinjene for oppfølging, med en anbefaling om at sykepleiere i nyfødtafdelinger aktivt bør inkludere foreldrene i pleie og behandling.

At foreldrene etterlyser kommunikasjon, informasjon og konsekvent adferd fra personalet, viser tydelig at foreldrenes tillit til personalet ikke begrenser seg til adferden vi viser foreldrene, men også hvordan vi behandler prematurbarnet de er foreldre til. Det er også viktig å la foreldrene ta del i pleien av barnet for å styrke deres ansvarsfølelse, og for å gi dem ressursene de trenger, men kanskje mangler, for å føle selvtilit/selvsikkerhet i sin foreldrerolle. Dette krever kanskje en del kunnskap som kanskje ikke foreldrene innehar, men det vil da være sykepleierens ansvar å veilede og

undervise foreldrene i å pleie sitt eget barn. Det fastslås av Sosial- og Helsedirektoratet (2007) i Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, at sykepleiere i nyfødtafdelinger bør ha kompetanse i samspillsveiledning. Denne kompetansen bør være på plass i en viss grad allerede i grunnutdanningen. Forslag til hvordan man kan veilede og støtte foreldrene i denne prosessen, beskrives godt av Moss et al (2007) i Samspillsveilederen, med spesielt fokus på sykepleierens støttende og tilretteleggende funksjon heller enn den utfyllende, og der målet er å bidra til positive samhandlinger og økt tilknytning (Sosial- og Helsedirektoratet 2007, Moss et al 2007).

#### ***4.1.1.4 Konsekvensene for samspillet og tilknytningen***

Resultatene viser at de hyppigste reaksjonene man kan se hos foreldre til nyfødte premature, er frykt og, som tidligere nevnt, følelsen av fremmedgjøring fra sitt eget barn. Hva gjør disse reaksjonene med tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn? Det er tydelig at foreldrene, og spesielt mødrene, påvirkes i negativ grad når det gjelder å bli kjent med sitt eget barn. De er usikre og nervøse under samhandling med barnet både underveis i sykehusoppholdet, og etter hjemkomsten. Og selv om de føler lettelse og glede ved å få ta barnet med hjem, så er følelsen av bekymring, tvil og skyldfølelse sterkt fremtredende.

Forskningen viser klart at dette gir negative utspill på kvaliteten i samspillet mellom foreldre og barn, og spesielt mor sliter med å lese barnets signaler under lek og samspill. Det er kjent at premature barn ofte viser mer utydelige og andre signaler enn fullbårne barn under samspill, og at de trenger mer tid til å lære seg de sosiale tegnene som viser at de er interesserte i videre samspill med foreldrene. Det at disse signalene er annerledes og mer utydelige, oppleves ofte fra foreldrenes side som at barnet er trett og uinteressert i samspill og kontakt med foreldrene. Når så foreldrene leser sitt barn som uinteressert, vil de avslutte kontakten og samspillet, og familien kan gå inn i en ond sirkel der kvaliteten og kvantiteten på samspillet stadig degraderes/synker. Dette går igjen ut over tilknytningen mellom foreldre og barn, og barnets utvikling vil til syvende og sist bli skadelidende.

Forstyrrelsen i tilknytningen starter allerede ved fødselen. Fullbårne, friske barn legges opp på mors bryst og får umiddelbart den første, viktige kontakten som tilknytningen skal bygge på. Premature barn tas som oftest med bort fra mor for undersøkelser og videre innleggelse på kuvøseavdelingen. Far får kanskje være med, men må forholde seg i bakgrunnen av medisinske hensyn med tanke på helsepersonalets rutiner og undersøkelser, og distanseres i tillegg ytterligere fra barnet da barnet som oftest legges i kuvøse. Kuvøsen utgjør en form for fysisk hindring mellom foreldre og barn i den første tiden fremover. Dette er helt klart nødvendig for barnets fysiske helse og medisinske hensyn, men man må samtidig være bevisst på skaden dette impliserer på tilknytningsprosessen som så brått avbrytes og forstyrres. Oppstarten av samspill og relasjon mellom foreldre og barn blir preget av

sjokk, og forstyrrelsene i tilknytningen vil kunne gi langvarige samspillsproblemer. Forstyrrelsene fortsetter ofte å komme underveis i neonataloppholdet, og tilknytningen og samspillet blir stadig forstyrret på grunn av frykt for å miste barnet, behandlingen det utsettes for og adskillelsen i form av selve den praktiske utformingen av de fleste neonatalavdelinger (Danielsen 2010, Dahlø 2010, Jepsen 2004).

Jepsen (2004) påpeker at disse forstyrrelsene i tilknytningen, vil kunne få alvorlige konsekvenser for barnets videre liv og oppvekst. Denne oppfatningen støttes også av Sosial- og Helsedirektoratet (2007) i deres faglige retningslinjer, der det er anerkjent at tilknytningsforstyrrelser helt klart har negativ innvirkning på barnets senere psykiske helse og vil kunne føre til psykiske lidelser og dårlig sosial funksjon. Det sjokket som det premature livet startet med, vil kunne få ringvirkninger som ikke bare rammer barnets forhold til foreldrene, men også til resten av sine omgivelser. Jepsen (2004) setter fokus på at når barnet er under medisinsk behandling, skaper dette mye uro og påfølgende overstimulering av barnet, og barnet håndteres hyppigere pr dag jo lavere gestasjonsalderen er. Dette gjør at barnet har behov for mye hvile og ro mellom pleiesituasjoner og undersøkelser, noe som igjen etterlater lite tid til positivt samspill mellom foreldre og barn. "Man kan si, at barnet bliver sansemæssigt overstimulert og følelsesmæssig understimulert." (Jepsen, 2004, side 24). I tillegg er det bevist at premature barn gir svake og utydelige signaler, som gjør det vanskelig for foreldre å tolke barnets behov. Dette vil kunne gi foreldrene en økt følelse av utilstrekkelighet, som igjen fører til en negativ påvirkning på tilknytningen og samspillet. Dette er tatt opp i de faglige retningslinjene for oppfølging, og det gis en anbefaling om at foreldrene ikke bare skal få ta aktiv del i pleien, men også lære å forstå barnet som individ og lære seg hvordan man skal tolke nettopp sitt eget premature barns signaler og tegn. Dette er også fokus i Moss et al (2007) Samspillsveileder, der samspillsamtalene har fokus på ulike tegn og signaler som barnet gir. Som for eksempel søvn og hvordan tegn på tretthet og søvnighet kan se ut, eller signaler på at barnet er overstimulert. Det gis samtidig råd om hvordan foreldrene skal forholde seg til signalene, og hvordan de hjelper barnet å regulere sin tilstand. Denne tryggingen allerede tidlig i sykehusoppholdet, vil igjen kunne føre til mindre av de rapporterte negative følelsene man har funnet hos mødre etter hjemkomst fra sykehuset (Jepsen 2004, Sosial- og Helsedirektoratet 2007, Moss et al 2007).

#### **4.1.2 Intervensjoner og deres påvirkning på tilknytning og barnets utvikling**

Når sykepleieren skal gi omsorg, så skal det foreligge en begrunnelse og en plan for omsorgen hun skal gi. Begrunnelsen må være å øke foreldrenes evne til å ha omsorg for sitt eget barn, og hun skal øke deres evne og kunnskap rundt prematurbarnet de har fått. I resultatene kommer det frem flere typer intervensjoner, med varierende fokus og utfall. Alle har et overordnet fokus på å øke foreldrenes tilknytning til sitt eget barn, og flere fokuserer også på å forbedre mors psykiske helse

som en vei mot målet om tryggere tilknytning. Som sykepleier skal man også ta hensyn til barnets helse og modenhet, og enkelte av intervensjonene vil derfor kunne falle bort. Kengurumetoden er muligens svært gunstig for å styrke foreldrenes tilknytning til barnet og følelsen av at det er deres barn, men kan være belastende for en umoden, prematur liten kropp. Metoden fordrer at barnet er modent og utviklet nok til å kunne håndteres og tas inn og ut av kuvøsen ved start og slutt av metoden. For enkelte barn vil dette kunne medføre overstimulering og vil dermed ikke være gunstig med tanke på barnets helse. Dette er det sykepleierens oppgave å vurdere, og en slik runde med hud-mot-hudkontakt vil i alle fall ikke i starten være noe foreldrene selv kan initiere eller utføre uten hjelp fra sykepleier (Martinsen 1994).

Når så barnet er lagt på brystet, har forelderen nødt til å sitte stille i en lengre periode for å unngå å stresse og overstimulere barnet med stryking, snakking eller lignende. Videre er muligens metoden i starten avhengig av at sykepleier stadig "forstyrrer" for å undersøke barnet og se til dets medisinske og psykiske tilstand, noe som kan stresse både mor/far og barn. Senere i det neonatale forløpet, eller hvis barnet er modent nok fra fødselen av, vil kengurumetoden helt klart kunne styrke tilknytningen, og ikke minst gi mor og far en følelse av å knytte bånd med barnet og bli kjent med det på en annen måte enn gjennom kuvøsen. Når barnet er modent nok vil det ikke lenger være like nødvendig med hyppig tilsyn av sykepleier underveis i metoden. Metoden vil også kunne gjøre det lettere for foreldrene å lære seg barnets signaler og lese dets behov når de får barnet så tett på seg som ved kengurumetoden.

Mother-Infant Transaction Program (MITP) har dog større fokus på å lære mor å lese barnets signaler enn kengurumetoden, og er spesielt tilpasset til nettopp dette, men har resultatene inkluderer ikke far. Det er likevel nærliggende å tro at dette også har overførbar verdi til far, siden far i teorien kan, med unntak av amming, delta på lik linje i omsorgen for barnet som mor. Intervensjonen vil slik kunne være med på å styrke familiebandene også mellom far og barn. Retningslinjene for oppfølging av for tidlig fødte barn nevner også den positive effekten av MITP, og påpeker at dette førte til lavere omsorgsrelatert stressnivå hos foreldrene i løpet av det første året etter å ha blitt foreldre. Samspillsveilederen er utviklet med denne intervensjonen som bakgrunnsteppe, og vil derfor kunne være til veiledning for sykepleieren (Moss et al 2007).

Hvis man tar i betraktning et av kriteriene i Martinsens (1994) omsorgsteori, å møte foreldrene der de er, så bør man også fokusere på å møte barnet der det er. Med andre ord, møte familieenheten bestående av foreldre og barn, der de er akkurat nå. Dette er også det overordnede fokuset i NIDCAP, der programmet går ut på å individuelt tilpasse pleie og omsorg til hvert enkelt barn, og foreldre. Dette krever at sykepleieren gjør akkurat slik Martinsen foreslår, setter seg inn i foreldrenes



og barnets situasjon, forstår deres behov og følelser, og ser hva som kreves for å kunne gi dem omsorg der og da. NIDCAP vil også være i samsvar med de faglige retningslinjene for oppfølging, da disse anbefaler at familien møtes der de er i situasjonen, og at det utføres en kartlegging av familiens behov (Martinsen 1994).

Siden NIDCAP fordrer at sykepleieren stadig evaluerer og på nytt planlegger, kartlegger behov og tilrettelegger tiltak og pleie/omsorg, vil det være større sannsynlighet for at foreldrene får økt ansvar for barnet når de selv er klare for det, og ikke minst føler at de blir sett og hørt av personalet ved neonatalavdelingen. Sykepleieren vil med riktig kompetanse, kunne se når foreldrene er klare for økt ansvar, og når de trenger mer støttende omsorg. Hvis sykepleieren i tillegg aktivt bruker Samspillsveilederen som verktøy, sikrer man også anbefalingene om å la foreldrene ta aktiv del i pleien, og de vil kunne oppleve at de mottar mer informasjon, veiledning og kunnskap om hvordan de skal forstå barnet og dets signaler og behov. Denne forståelsen og kunnskapen vil igjen gi økt grunnlag for å bygge opp trygg tilknytning og balansert samspill mellom foreldre og barn. NIDCAP kan også i teorien kombineres med en del andre intervensjoner, der man ser at det er behov for det. Kengurumetoden kan inngå som en del av NIDCAP, hvis dette er med på å dekke et behov som foreldre og barn har, og å øke utviklingen hos barnet. NIDCAP's tilnæringsmåte på individuelt plan, vil også gjøre at intervensjonen tar hensyn til alle de ulike faktorer som påvirker pleie og omsorg av barnet, som gestasjonsalder, modenhet, fødselsvekt og medisinsk tilstand hos barnet, og også mor og fars psykiske tilstand og hvor de er i tilvenningsprosessen til foreldrerollen (Moss et al 2007).

Ved å kombinere NIDCAP-pleie med Samspillsveilederen, vil man også trygge foreldrene på hvordan de skal ta vare på barnet når de kommer hjem. Mødrene spesielt, beskrev negative og ambivalente følelser ved hjemkomst, selv om de anså selve hjemkomsten som noe positivt. Dette var hovedsakelig fordi de følte seg utrygge på hvordan de skulle stelle og ha omsorg for barnet på egen hånd. Dette viser at det er behov for å gjøre mor sikrere på egen rolle og egen kompetanse i morsrollen. Som sykepleier er det derfor viktig å ha god nok faglig kompetanse og personlig egnethet for å kunne gjennomføre NIDCAP. Ved å ha kompetanse og egnethet til å gjennomføre de samtaler og veiledninger som er beskrevet i Samspillsveilederen, og utøve sykepleie i følge NIDCAP-prinsippet, vil begge foreldre få bedre kunnskap og selvtillit på hvordan de skal utøve omsorg for sitt premature barn. Dette vil igjen kunne føre til redusert forekomst av negative følelser som usikkerhet, bekymring, tvil og depresjonssymptomer, som igjen vil påvirke samspillet i positiv grad.

I mange neonatalavdelinger er barna innlagt på en felles kuvøseavdeling der kuvøsene står på rekke og rad inne på samme rom. Foreldrene er i beste fall henvist til et rom i samme etasje og kanskje samme korridor. I verste fall har de rom på pårørende-/pasienthotell i et eget bygg på

sykehusområdet. Dette skaper en avstand mellom foreldre og barn, som også vil påvirke tilknytningen og deres følelse av "eierskap" til barnet. En bedre løsning ville kunne være å la barn og foreldre være sammen. Hvis dette gjøres ved bruk av fellesrom eller flermannsrom, vil følelsen av å feile/mestre foran andre foreldre være med på å bryte ned foreldrenes selvtillit og selvfølelse. Andre kan se deres fiaskoer og suksesser. Det beste vil derfor være om neonatalavdelinger organiseres rundt foreldre og barn som en enhet som trenger skjerming og privatliv. Et enerom i nærheten av fagfolkene ved neonatalavdelingen vil ikke bare kunne være trygt, men også styrkende for tilknytning, selvstendighet og "eierskap" til barnet. Trygge foreldre vil gi tryggere omsorgspersoner, og trygge omsorgspersoner gir det beste grunnlag for tilknytningen mellom foreldre og barn, og barnets videre sosiale og psykiske utvikling for fremtiden (Cullberg 1983, Martinsen 1994).

## 4.2 Metodediskusjon

Metoden som er brukt i denne litteraturstudien har vært fulgt opp systematisk og ordnet. Det er valgt kjente og anerkjente databaser som er antatt å inneholde seriøse og forsknings-/fagbaserte artikler. Det er brukt tabeller for å få bedre oversikt, og artiklene har vært saumfart nøye for resultater som er relevante for hensikten. Likevel er det enkelte aspekter som kunne vært gjort annerledes. Flere artikler ble blant annet valgt bort på grunn av økonomiske hensyn og tidsperspektiv. Artiklene fantes ikke som gratis full tekst, men måtte bestilles opp. Dette ville blitt dyrt da enkelte artikler koster flere titalls dollar (inntil USD 150\$), og ikke minst ville det tatt tid å få gjennomført disse bestillingene. Samtidig ville det vært en sjanse å ta, da det ikke var mulig kun ut fra abstraktene å se om artiklene virkelig var så relevante som de så ut til. Derfor ble disse artiklene bortvalgt, og det ble på det viset kanskje valgt bort en del gode forskningsresultater.

Videre ble det valgt å avslutte søkene og analysene når det ble ansett at man hadde nok artikler å basere litteraturstudiet på. Dette valget ble delvis gjort på grunn av tidspress, men også for å unngå å ha for mye stoff å jobbe med. Andre gode forskningsresultater kunne vært avdekket og brukt hvis søkene og analysene hadde fortsatt løpende ved siden av skrivingen en tid til. Men valget anses å være begrunnet da den forskningen som har blitt brukt, har vært svært nyttig og relevant. Det er i tillegg valgt med flere artikler enn det påkrevde minimum på 15. Dette ble gjort for å styrke noen av funnene, og for å kunne ha et bredere grunnlag for diskusjon.

Analysene av artiklene ble det brukt en god del tid på. De første seks ukene ble viet til å søke opp og analysere forskningen. Dette anses å være en fordel, men et lavere antall artikler ville kunne spart en del tid til en bedre analyse av færre artikler. Det anses likevel å være utført en god og grundig analyse av de artikler som er brukt, selv om ikke alle resultater fra analysene ble brukt i resultatdelen. Og på tross av gode engelskspråklige kunnskaper må det presiseres en ydmykhet overfor oversettelse og

viktige betydninger i språknyansene som kan ha gått tapt på grunn av forståelsen av det faglige fremmedspråket.

Forskningen som er brukt er fra flere deler av verden, og ikke kun vestlige land eller skandinaviske land. Det hadde helt klart vært en fordel for overførbareheten i resultatene om all forskningen hadde vært norsk eller skandinavisk. Det er likevel ansett at resultatene i de artiklene som er inkludert i studien, kan overføres til norske forhold. Dette fordi det primære forsøket på tilknytning mellom foreldre og barn, anses å springe ut fra urinstinktene mennesket har for å sikre avkommets overlevelse, og vil derfor ikke være særdeles påvirket av kulturelle forhold. Slik vil de faktorer som forstyrrer eller styrker denne prosessen, også kunne være overførbare mellom kulturer og land.

Ikke alle resultatene har blitt drøftet i diskusjonsdelen. Dette er et bevisst valg, da det ble ansett å være fordelaktig heller å drøfte noen få av resultatene grundig, enn å overflødig diskutere alt. De funnene som er valgt ut til diskusjon, er de det ble fattet mest interesse til, og som i tillegg var godt beskrevet og begrunnet i flere artikler.

Et annet aspekt til diskusjon i metodedelen var inklusjons-/eksklusjonskriteriene. Det ble brukt mange søkeord, og søkene ble minimalt avgrenset. Dette ble gjort for å sørge for tilgang på nok forskningsartikler til å kunne vise til gode resultater og en konstruktiv drøftningsdel. Man kunne valgt å ekskludere far i resultatene, og legge alt fokus på mor-barnforholdet, men da man anser far for å være en stor ressurs, og i tillegg anser ham for å være "glemt"/forsømt i forskningen, så ble det valgt å inkludere forskningsartikler som også legger delvis fokus på farsrollen. Det bunner delvis i et ønske om å få større fokus på fars rolle, men også for å få et bredere og fylldigere bilde av barnets oppvekst i familien som helhet. Likevel ble søsken ekskludert for å begrense antallet faktorer som spiller inn på utviklingen. Skulle man i tillegg valgt å inkludere søsken som en innvirkning, og analysert hvordan innvirkningen eventuelt ville vært, så hadde det blitt konflikter med både tid, ressurser og det begrensede antall ord på 10000 +/- 10 %. Det ble derfor valgt å ekskludere søsken, for slik å kunne gå mer i dybden på de faktorene man har valgt, heller enn å berøre samtlige mulige faktorer innenfor familien kun overfladisk.

Det er videre valgt to teorier å drøfte funnene opp mot. Dette er henholdsvis Martinsens (1994) omsorgsteori og Cullbergs (1983) kriseteori. Det har blitt lagt en god del mer vekt på Martinsens omsorgsteori enn på Cullbergs kriseteori. Dette ble gjort bevisst for å unngå at resultatdelen ble formettet av teoridrøfting. Og på grunn av at Cullbergs kriseteori delvis ble valgt som et supplement til å vise hvordan man kan sette seg inn i og forstå foreldrenes situasjon og reaksjon, for videre å kunne bygge en relasjon mellom sykepleier og foreldre slik Martinsens omsorgsteori forutsetter. Cullbergs teori er derfor ikke like sentral i oppgaven som Martinsens teori. Det kunne også vært valgt en

tydeligere/annen kriseteori som bedre beskriver fasene for reaksjonsmønsteret ved kriseopplevelser. Men siden det er kjent i fagkretser at en krise som følge av prematur fødsel, ikke normalt følger de kjente krisereaksjonene i andre kriseforløp, så ble ikke dette sett på som relevant for oppgaven.

En annen følge av prematur fødsel er de senfølger som barna vil kunne slite med videre i livet. Underveis i skrivingen og analyseringen av artikler, kom det frem mange gode og interessante synspunkter og forskning som det ville vært interessant å se nærmere på. Det er i denne studien beskrevet en liten del av de mulige følgene for barnas psyke og utvikling, for å kunne gi en dybde til oppgaven. Hvilke konsekvenser det vil kunne ha for samfunn og menneske hvis tilknytningen forstyrres, vil være en svært relevant begrunnelse for hvorfor man som sykepleier bør jobbe for å styrke og øke tilknytning og relasjon mellom foreldre og barn. Det ble derimot ikke valgt å utføre noen dypere drøfting og analyse av aspektet, da det ble ansett å være utenfor hensikten med studien.

Til sist er det ønskelig å poengtere at teorier og annen fagkunnskap som ikke er hentet fra artikler, er hentet fra anerkjente fagbøker, som i all hovedsak er primære kilder og ikke sekundære. Dette er ansett å være en styrke, da det ikke må tas hensyn til en tredjeparts tolkning av teorier og fagstoff.

## **5 Konklusjon og tiltak**

Resultatet av denne litteraturstudien har vist at det er mange faktorer som virker inn på tilknytningen mellom foreldre og barn. Det er tydelig at prematurfødsel i seg selv, med de påfølgende implikasjoner som behandling i neonatal avdeling innebærer og de senere psykiske problemer hos foreldre-barn, er hovedårsaken til at det er vanskelig å sikre trygg tilknytning. Siden tilknytning til sikre omsorgspersoner er nødvendig for barnets videre utvikling sosialt og psykisk, er det å fremme tilknytningen noe som ikke bare vil gagne barnets helse, men også samfunnet med tanke på ressurser og kostnader ved senere oppfølging og behandling innenfor det offentlige helse- og omsorgsvesen. Derfor er det også nødvendig med fokus på neonatalogi i sykepleiernes grunnutdanning, for å kunne gi riktig pleie uansett hvor i systemet disse barna befinner seg.

De intervensjonene som har blitt undersøkt har vist forholdsvis gode resultater på tilknytningen, og NIDCAP skilte seg ut som den intervensjonen som viste klart bedre resultater på både foreldre og barns psykiske og utviklingsmessige utbytte.

Likevel anses det at det er behov for ytterligere forskning på området for å avdekke de mer langsiktige utfallene av NIDCAP-metoden, og hvordan den kan brukes på best mulig måte. Det er derimot ikke funnet grunnlag for at NIDCAP vil være til skade for eller hemme utvikling,

yrkesutøvelse, tilknytning eller helse for verken foreldre, barn eller helsepersonell, og det vil derfor være å anbefale at NIDCAP med fordel tas i bruk i neonatale avdelinger for å fremme og trygge relasjonen mellom foreldre og barn.

## Referanseliste

- Anisfield, E., Casper, V., Nozyce, M. og Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development, volum 61* (Nr. 1990), side 1617-1627.
- Arnon, S., Shapsa, A., Forman, L., Regev, R., Bauer, S., Litmanovitz, I. og Dolfen, T. (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *BIRTH, volum 33* (Nr. 2), side 131-136.
- Blum, H.P. (2001). Separation-individuation theory and attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association, volum 52* (Nr. 2), side 535-553.
- Carvalho, A.E.V., Linhares, M.B.M., Padovani, F.H.P. og Martinez, F.E. (2009). Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. *The Spanish Journal of Psychology, volum 12* (Nr. 1), side 161-170.
- Chiu, S.H. og Anderson, G.C. (2009). Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: Randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, volum 46* (Nr. 2009), side 1168-1180. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.005
- ClinicalTrials.gov (2012). *Vermont intervention: Effect on joint attention skills between parents and moderate/late preterm infants in the first year of life*. Hentet 8.mai 2013 fra: <http://clinicaltrials.gov/show/NCT00245843>
- Controlled Trials – About us. (2013). Hentet 29.mars 2013 fra: [http://controlled-trials.com/information/#about\\_us](http://controlled-trials.com/information/#about_us)
- Controlled Trials – FAQ's. (2013). Hentet 29.mars 2013 fra: <http://controlled-trials.com/information/faqs>
- Cullberg, J. (1983). *Mennesker i krise og utvikling*. (2.utgave). Gjøvik: Aschehougs Fagbøker.

- Dahlø, R. (2010). Det syke nyfødte barnet (del 2). I A. Brunstad og E. Tegnander (Red.). *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (1.utgave, side 613-615). Oslo: Akribe.
- Danielsen, K.E., (2010). Det friske nyfødte barnet. I A. Brunstad og E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (1.utgave, side 575-587). Oslo: Akribe.
- Davies, L., Edwards, H., Mohay, H. og Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development, volum 73* (Nr. 2003), side 61-70.  
DOI: 10.1016/S0378-3782(03)00073-2
- Eriksson, B.S. og Pehrsson, G. (2002). Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *Journal of Child Health Care, volum 6* (Nr. 1), side 19-33.
- Feldman, R., Eidelman, A.I., Sirota, L. og Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *PEDIATRICS, volum 110* (Nr. 1), side 16-26.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. og Muller-Nix, C. (2010). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationships. *Early Human Development, volum 87* (Nr. 2011), side 21-26. DOI: 10.1016/j.earhumdev.2010.09.006
- Gardner, S. og Goldson, E. (2006). The neonate and the environment: Impact on development. I G.B. Merenstein og S.A. Gardner (Red.). *Handbook of Neonatal Intensive Care*. (6.utgave, side 273-349). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Griffin, J.B. og Pickler, R.H. (2011). Hospital-to-Home – Transition of mothers of preterm infants. *American Journal of Maternal Child Nursing, volum 36* (Nr. 4), side 252-257.
- Howland, L. C. (2007). Preterm Birth: Implications for family stress and coping. *Newborn and Infant Nursing Reviews, volum 7*. (Nr. 1), side 14-19.

Intelligence Tests Used in Assessment for Learning Disabilities. (2013). Hentet 29.mars 2013:

[http://childparenting.about.com/cs/learningproblems/a/wisciii\\_2.htm](http://childparenting.about.com/cs/learningproblems/a/wisciii_2.htm)

Jackson, K., Ternestedt, B.M. og Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, volum 43 (Nr. 2), side 120-129.

Jepsen, J. (2004). *For tidligt fødte børn – Usynlige senfølger*. (1.utgave). København: Hans Reitzels Forlag.

Jotzo, M. og Poets, C.F. (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of trauma-preventive psychological intervention. *PEDIATRICS*, volum 115 (Nr. 4), side 915-919. DOI: 10.1542/peds.2004-0370

Kleberg, A., Hellström-Westas, L. og Widström, A.M. (2006). Mothers' perception of Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Human Development*, volum 83 (Nr. 2007), side 403-411. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2006.05.024

Kleberg, A., Westrup, B. og Stjernqvist, K. (2000). Developmental outcome, child behaviour and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. *Early Human Development*, volum 60 (Nr. 2000), side 123-135.

Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen, L. og "The PIPARI study group" (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Pædiatrica*, volum 97, side 724-730. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2008.00733.x



- Lai, H.L., Chen, C.J., Peng, T.C., Chang, P.M., Hsieh, M.L., Huang, H.Y. og Chang, S.C. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International Journal of Nursing Studies*, volum 43 (Nr. 2006), side 139-146. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.04.008
- Leigh-Peters, K., Rosychuk, R.J., Hendson, L., Coté, J.J., McPherson, C. og Tyebkhan, J.M. (2009). Improvement of short- and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP trial. *PEDIATRICS*, volume 124 (Nr. 2009), side 1009-1020. DOI: 10.1542/peds.2008-3808
- Mannix, T. og Sweet, L. (2012). Identifications of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal Paediatric and Child Nursing*, volum 15 (Nr. 2), side 8-16.
- Martinsen, K. (1994). *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays*. (3.utgave) Otta: Engers Boktrykkeri A/S
- Maypole, J. og Parker, S. (2008). Neurodevelopmental assessment and care of premature infants in primary care: An evidence-based approach. I D. Brodsky og M.A. Ouellette (Red.), *Primary Care of the Premature Infant*. (1.utgave, side 171-184). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- McAnulty, G.B., Butler, S.C., Bernstein, J.H., Als, H., Duffy, F.H. og Zurakowski, D. (2010). Effects of the Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: Preliminary Data. *Clinical Pediatrics*, volum 49 (Nr. 3), side 258-270. DOI: 10.1177/00099228093356682
- Meijssen, D., Wolf, M.J., van Bakel, H., Koldewijn, K., Kok, J. og van Baar, A. (2010). Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior and Development*, 34 (Nr. 2011), side 72-80. DOI: 10.1016/j.infbeh.2010.09.009

Moss, N., Hval, M., Hellerud, A.K. og Petersen, I.B. (2007). *Samspillveileder: Styrking av samspill mellom premature barn og deres foreldre basert på NIDCAP-prinsippene og Vermontprogrammet*. Drammen: Nasjonalt Kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse.

Nicolaou, M., Rosewell, R., Marlow, N. og Glazebrook C. (2009). Effect of early intervention on social interactions between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, volum 34 (Nr. 2011), side 215-225. DOI: 10.1016/j.infbeh.2010.11.004

Pettersen, R.C. (2008). *Oppgaveskrivingens ABC – Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Prematurforeningen (2013). *Fakta om premature*. Hentet 22.03.2013 fra [http://www.prematurforeningen.no/premature\\_fakta](http://www.prematurforeningen.no/premature_fakta)

Ravn, I.H., Smith, L., Lindemann, R., Smeby, N.Aa., Kyno, N.M., Bunch, E. og Sandvik, L. (2010). Effect of early intervention on social interactions between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial. *Infant Behavior and Development*, volum 34 (Nr. 2011), side 215-225. DOI: 10.1016/j.infbeh.2010.11.004

REK – Eksempler på virksomhet som skal søke REK. (2013). Hentet 29.mars 2013 fra:

[https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p\\_dim=34998&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dim=34998&_ikbLanguageCode=n)

REK – Helseforskning. (2013). Hentet 29.mars 2013 fra:

[https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p\\_dim=34997&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=n)

REK - Lover. (2013). Hentet 29.mars 2013 fra:

[https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p\\_dim=34770&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=34770&_ikbLanguageCode=n)

Samspill fremmer læring hos premature (2008). Hentet 29.mars 2013 fra:

[http://uit.no/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=76060](http://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=76060)

Saugstad, O.D. (2009). *Når barnet er født for tidlig*. Oslo: Spartacus.

Sosial- og Helsedirektoratet (2007). *Faglige Retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*.

(NOU 2007: 08). Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, Avdeling Sykehustjenester.

Teckenberg-Jansson, P., Huotilainen, M., Pölkki, T., Lipsanen, J. og Järvenpää, A.L. (2011). Rapid effects of neonatal music therapy combined with kangaroo care on prematurely born infants.

*Nordic Journal of Music Therapy*, volum 20 (Nr. 1), side 22-42. DOI:

10.1080/08098131003768123

## Vedlegg 1 – Søketablell

Søk nr:	Database og dato:	Søkeord:	Avgrensninger:	Treff:	Utvalg:	Tittel på utvalgte artikler:	Full tekst tilgjengelig (URL)?
1	Cinahl (31.01.2013)	Infant, premature	AND Music Therapy	40 treff	9 stk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Meta-Analysis of the Efficacy of Music Therapy for Premature Infants*</li> <li>2. Effects of music therapy on preterm infants in the neonatal intensive care unit</li> <li>3. Live Music Is Beneficial to Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit Environment**</li> <li>4. Music as a Nursing Intervention for Preterm Infants in the NICU*</li> <li>5. Music Therapy for premature infants and their parents: An integrative review*</li> <li>6. Music Therapy for the Neonate*</li> <li>7. Nurses Expectations of Using Music for Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit</li> <li>8. Randomized Controlled Trial of Music During Kangaroo Care on Maternal State Anxiety and Preterm Infants Responses**</li> <li>9. Rapid effects of neonatal music therapy combined with kangaroo care on prematurely-born infants **</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Via BIBSYS <a href="#">URL</a></li> <li>2. Via BIBSYS, Google og PubMed <a href="#">URL</a></li> <li>3. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>4. Via BIBSYS og Google <a href="#">URL</a></li> <li>5. Via BIBSYS og Google <a href="#">URL</a></li> <li>6. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>7. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>8. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>9. Via BIBSYS og Google <a href="#">URL</a></li> </ol>
2	Cinahl (31.01.2013)	Parent-Infant Bonding OR Parent-Infant Relations (explode)	AND Coping OR Family Coping	42 treff	6 stk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ABC of preterm birth – Supporting parents in the neonatal unit *</li> <li>2. Evaluation of psycho-social support to parents with infants born preterm **</li> <li>3. From alienation to familiarity: Experiences of</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Via BIBSYS, Google og BMJ <a href="#">URL</a></li> <li>2. Ja <a href="#">URL</a></li> </ol>

						mothers and fathers of preterm infants **	3.	Ja <a href="#">URL</a>
						4. Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit **	4.	Ja <a href="#">URL</a>
						5. Preterm birth: Implications for family stress and coping *	5.	Ja <a href="#">URL</a>
						6. Resilient parenting: Overcoming poor parental bonding	6.	Ja <a href="#">URL</a>
<b>3</b>	PsycInfo (05.02.2013)	Mother child relations (explode)	AND Premature birth (explode) AND English text	360 treff	5 stk	1. Effect of early intervention on social interaction between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial **	1.	Ja <a href="#">URL</a>
						2. Effects of early mother–infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial	2.	Ja <a href="#">URL</a>
						3. Quality of attachment, perinatal risk, and mother-infant interaction in a high-risk premature sample	3.	Ja <a href="#">URL</a>
						4. Maternal attachment representations after very preterm birth, and the effect of early intervention **	4.	Ja <a href="#">URL</a>
						5. Hospital-to-home – transition of mothers of preterm infants **	5.	Ja <a href="#">URL</a>
<b>4</b>	Medline (14.02.2013)	Parent-Child Relations (explode)	AND Premature Infant (explode)	802 treff	Ingen			
<b>5</b>	Medline (14.02.2013)	Parent-Child Relations (explode)	AND Premature Infant (explode) AND English language AND Abstract	338 treff	Ingen			

AND Full text							
6	Medline (14.02.2013)	Parent-Child Relations (explode)	AND Premature Infant (explode) AND English language AND Abstract AND Full text AND All Clinical Trial OR Comparative Study OR Controlled Clinical Trial OR Randomized Controlled Clinical Trial	112 treff			
7	Medline (14.02.2013)	Parent-Child Relations (explode)	AND Premature Infant (explode) AND (Depressive Disorder (explode) OR Anxiety Disorder (explode) OR Stress Disorder, Post- Traumatic (explode))	29 treff	6 stk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants.</li> <li>2. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. **</li> <li>3. Maternal depression is associated with mother-infant interactions in preterm infants. **</li> <li>4. Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of trauma-preventive psychological intervention. **</li> <li>5. Kangaroo (Skin-To-Skin) Care With a Postpartum Woman Who Felt Depressed</li> <li>6. Interaction and attachment in normal and atypical infants</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>2. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>3. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>4. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>5. Ja <a href="#">URL</a></li> <li>6. Via BIBSYS og PsycNet <a href="#">URL</a></li> </ol>
8	Medline (15.02.2013)	Kangaroo- Mother Care Method		31	Ingen		
9	Medline	NIDCAP	AND English Language	47	7 stk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Improvement for short- and long-term outcomes for very low birth weight infants:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ja <a href="#">URL</a></li> </ol>

	(15.02.2013)	(keyword)	AND Abstract AND Full Text			Edmonton NIDCAP trial. ** 2. Mothers' perception of Newborn Individualized Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. ** 3. Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at Age 8 Years; Preliminary Data. ** 4. Neurodevelopmental care in the NICU 5. Developmental outcome, child behavior and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) intervention. ** 6. NIDCAP – Family-centered developmentally supported care 7. A randomized controlled trial to evaluate the effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program in a Swedish setting	2. Ja <a href="#">URL</a> 3. Ja <a href="#">URL</a> 4. Ja <a href="#">URL</a> 5. Ja <a href="#">URL</a> 6. Ja, snøballeffekt via forrige artikkel Science Direct <a href="#">URL</a> 7. Ja <a href="#">URL</a>
<b>10</b>	Medline (17.02.2013)	Kangaroo Care (Keyword)	AND English Language AND Abstract AND Full Text	84 treff	2	1. Factors Influencing Implementation of Kangaroo Holding in a Special Care Nursery 2. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcome and Preterm Infant Development. **	1. Ja <a href="#">URL</a> 2. Ja <a href="#">URL</a>
<b>11</b>	PsycInfo (17.02.2013)	Kangaroo Care (Keyword) OR Physical Contact (explode)	AND Attachment Behavior (explode) OR Attachment Theory (explode) AND Infant Development (explode) OR Premature Birth (explode) OR Mother	19 treff	2	1. Hold Me! The Importance of Physical Contact With Infants 2. Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development attachment. **	1. Ja <a href="#">URL</a> 2. Ja, snøballeffekt <a href="#">URL</a>

Child Relations (explode)							
<b>12</b>	PsycInfo (17.02.2013)	Music Therapy (explode)	AND Attachment (keyword) OR Attachment Behavior (explode) OR Attachment Theory (explode)  AND Infant Development (explode) OR Premature Birth (explode) OR Mother Child Relations (explode)	6	1	1. The use of music therapy to promote attachment between parents and infants * 2. Mother-infant musical interaction and emotional communication: A literature review* 3. Effects of Developmental Music Groups for Parents and Premature or Typical Infants Under Two Years on Parental Responsiveness and Infant Social Development	1. Ja <a href="#">URL</a> 2. Ja <a href="#">URL</a> 3. Ja <a href="#">URL</a>

\*Review

\*\*Brukt i resultatdel



## Vedlegg 2 – Vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel

Hovedområde

Forfatter/e

Land

Språk

År

Type studie

Original

Review

Annet

Resultater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentarer: \_\_\_\_\_

Kvalitetsbedømming \_\_\_\_\_

Viktige stikkord/søkeord:

### Vedlegg 3 – Hovedfunn/analyse av artikler (alfabetisk etter førstnevnte forfatters første bokstav i etternavn)

<b>Studie nr:</b> <b>Forfatter:</b> <b>År:</b> <b>Land:</b> <b>Tidsskrift:</b> <b>Database søk:</b> <b>Dato søk:</b>	<b>Tittel:</b>	<b>Hensikt:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Hovedfunn:</b>
Studie nr 1  Elizabeth Anisfield, Virginia Casper, Molly Nozyce og Nicholas Cunningham  1990  Child Development  PSYCINFO/ snøballeffekt  17.02.2013	Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment	Tester hypotesen om at økt fysisk kontakt (eksperimentelt introdusert), kan fremme bedre respons hos mor og sikrere tilknytning mellom mor og barn  Testmødre fikk bæretøy, kontrollmødre fikk et barnesete	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mødre i eksperimentgruppen var mer responsive, og ga raskere respons, enn kontrollgruppen på barnas vokalisasjon (3,5 mnd)</li> <li>• Ved Ainsworth Strange Situation (13 mnd) viste barna i eksperimentgruppen betydelig sikrere/tryggere tilknytning enn kontrollgruppen</li> <li>• Sammenheng mellom økt fysisk kontakt gjennom tidlig bæring i mykt bæretøy, og sikkerhet/trygghet i tilknytningen</li> <li>• Ingen forskjell på gruppene når det gjelder score på Maternal Attitude Scale</li> <li>• I testgruppen hadde 83 % av mødre/barn utviklet trygg/sikker tilknytning, mot 38 % i kontrollgruppen</li> </ul>
Studie nr 2  Shmuel Arnon, Anat Shapsa, Liat Forman, Rivka Regev, Sofia Bauer, Ita Litmanovitz og Tzipora Dolfin  2006	Live Music Is Beneficial to Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit Environment	Livemusikk er mer fordelsaktig enn musikk på opptak og kan muligens forbedre fysiologisk og adferdsmessige parametre hos stabile premature spedbarn i neonatal intensivavdeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livemusikk hadde ingen betydelig effekt på fysiologiske og adferdsmessige parametre under den 30 minutter lange terapisesjonen.</li> <li>• Musikk på opptak og ingen musikk, viste ingen betydelig effekt på noen av parametrene</li> <li>• Både foreldre og personale foretrakk livemusikk foran musikk på opptak eller ingen musikk</li> <li>• Foreldre oppfattet live musikkterapi som betydelig mer effektivt enn de andre terapiformene</li> <li>• Livemusikk er assosiert med redusert pulsfrekvens og dypere</li> </ul>

BIRTH CINAHL 31.01.2013				søvn i 30 minutter etter musikkterapi hos stabile premature spedbarn
Studie nr 3 Ana Emilia Vita Carvalho, Maria Beatriz Martins Linhares, Flávia Helena Pereira Padovani og Francisco Eulógio Martinez 2009 The Spanish Journal of Psychology MEDLINE 14.02.2013	Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU	Evaluere og sammenligne symptomer på angst og depresjon før og etter psykologisk intervensjon hos mødre med babyer født prematurt med veldig lav fødselsvekt, innlagt ved nyfødtintensiv. Det ble gitt intervensjon hos begge grupper, men den ene mottok ikke støttemateriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begge grupper viste lavere nivå av situasjonsbetinget angst, personlighetsrelaterte tegn til angst og depresjon, etter intervensjonen og etter utskrivelse av barnet fra nyfødtintensiv</li> <li>• Gruppen som mottok støttemateriale viste en signifikant reduksjon i det kliniske nivået av situasjonsbetinget angst</li> </ul>
Studie nr 4 Sheau-Huey Chiu og Gene Cranston Anderson 2009 International Journal of	Effect of early skin-to-skin contact on mother-preterm infant interaction through 18 months: Randomized controlled trial	Undersøke effekten av hudkontakt/kengurumeto den på mor-barnrelasjoner gjennom 18 måneder, der barnet er senprematuro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> <li>• Intervensjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KM-barna scorer generelt lavere enn kontrollgruppen, spesielt ved 6 måneders alder.</li> <li>• KM-barn ga mindre respons på mødrenes signaler/tegn, innspill</li> <li>• Mulig annet utviklingsstadium på KM-barna ved 6 mnd.</li> </ul>

Nursing Studies PSYCINFO 05.02.2013				
Studie nr 5 Leigh Davies, Helen Edwards, Heather Mohay og Judy Wollin 2003 Early Human Development PSYCINFO 05.02.2013	The impact of very premature birth on the psychological health of mothers	Undersøker sammenhenger mellom depresjonssymptomer hos mor og premature fødsel, en måned etter fødselen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 % av mødrene rapporterte en betydelig økning i depresjonssymptomer i følge EPDS</li> <li>• Høyt stressnivå hos mor ga mer sannsynlig utvikling av depresjonssymptomer</li> <li>• Høy utdannelse hos mor, og økt følelse av støtte fra personalet, viste en reduksjon i forekomsten av depresjonssymptomer</li> <li>• Prematurfødsel og påfølgende sykehusinnleggelse, fremprovoserer betydelig psykisk stress hos mor.</li> <li>• Studien gir grunnlag for å utarbeide nye retningslinjer for å styrke familiesentrert omsorg i neonatalavdelinger</li> </ul>
Studie nr 6 Birgitta Sandén Eriksson og Gunnel Pehrsson 2002 Journal of Child Health Care CINAHL 31.01.2013	Evaluation of psycho- social support to parents with an infant born preterm	Evaluering av den psykososiale støtten foreldre mottar ved innleggelse ved en neonatalavdeling, og utforskning av deres oppfatning av egen psykososial situasjon mtp økonomiske, praktiske, sosiale og psykologiske problemer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ?</li> <li>• Intervensjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/3 av foreldrene rapporterte langtidsproblemer psykologisk, pga den premature fødselen.</li> <li>• 15 % rapporterte problemer pga økonomi</li> <li>• 13 % rapporterte problemer pga praktiske vansker</li> <li>• 9 % pga sosiale problemer</li> <li>• Fra et kriseteoretisk perspektiv burde psykososial støtte også komme på banen senere i prosessen.</li> <li>• Økt emosjonell støtte pga krisen ved å få prematurt barn er ønskelig for å bearbeide følelser knyttet til traumet prematurfødsel.</li> </ul>
Studie nr 7 Ruth Feldman, Arthur I. Eidelman, Lea Sirota og Aron Weller 2002	Comparison of skin- to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development	Undersøker om kengurupleie (KC) (intervensjon) påvirker foreldre-barnsamspeillet og spedbarnsutviklingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etter KC var samspeillet mer positivt ved 37 uker gestasjonsalder <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mødre viste mer positiv affekt, berøring og tilpasning til spedbarnets tegn/signaler</li> <li>- Spedbarnet viste mer våkenhet og mindre aversjon mot øyekontakt</li> <li>- Mødre rapporterte mindre depresjon og oppfattet barnet sitt som mindre abnormt og mindre avvikende</li> </ul> </li> </ul>

<p>PEDIATRICS MEDLINE 17.02.2013</p>				<p>fra "det gjennomsnittlige spedbarn"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved 3 mnd – mødre og fedre i KC-gruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Var mer sensitive og sørget for bedre hjemmemiljø</li> <li>- Uttrykte høyere nivåer av emosjonell og verbal respons til barnet</li> <li>- Var dyktigere på å organisere det fysiske og tidsbestemte (??) miljøet</li> <li>- Var flinkere til å sørge for muligheter for variasjon i dagliglivet</li> </ul> </li> <li>• Ved 6 mnd <ul style="list-style-type: none"> <li>- KC-mødre var mer sensitive</li> <li>- KC-barna scoret høyere på Bayley Mental Developmental Index og på Psychomotor Developmental Index</li> <li>- KC-barna hadde betydelig bedre kognitiv utvikling enn kontrollgruppen</li> </ul> </li> <li>• KC har signifikant positiv effekt på motorisk utvikling hos høyrisiko premature</li> <li>• KC bedret mor-barnsamspillet, økte mors sensitivitet overfor barnet, og barnets sosiale engasjement/involvering</li> </ul>
<p>Studie nr 8 Margarita Forcada-Guex, Ayala Borghini, Blaise Pierrehumbert, Francois Ansermet og Carole Muller-Nix 2010 Early Human Development PSYCINFO</p>	<p>Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship</p>	<p>Utforske sammenhengen mellom PTSD hos mor, representasjoner hos barnet på moderlig tilknytning og samhandlinger mellom mor og barn</p> <p>Delt opp i pretermgruppe (PTG) og fullbårengruppe (FBG)</p> <p>Deler opp mødrenes sinnsstemning i forhold til barna, i 3 kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balansert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ OG kvalitativ</li> <li>• Kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fant ulike mønstre i samhandlingene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeidsmønster (S-C): <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sensitiv mor med samarbeidsvillig barn</li> </ul> </li> <li>- Kontrollerende mønster (C-CC): <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kontrollerende mor med føyelig barn</li> </ul> </li> <li>- Uensartet mønster som besto av (HG): <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sensitiv mor med passivt barn</li> <li>o Kontrollerende mor med samarbeidsvillig, vanskelig eller passivt barn</li> <li>o Mor uten respons med samarbeidsvillig, vanskelig eller passivt barn</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• FBG-mødre fulgte mer sannsynlig et samarbeidsvillig tilknytningsmønster ved samspill med barnet enn PTG-mødre</li> <li>• FBG-mødre viste mer balansert tilknytningsmønster enn PTG-mødre</li> </ul>

05.02.2013		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uengasjert</li> <li>• Forstyrret</li> </ul> <p>Deler opp mødrenes samhandlingsadferd i 3 kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensitiv</li> <li>• Kontrollerende</li> <li>• Uten respons</li> </ul> <p>Og barnas samhandlingsadferd i 4 kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidsvillig</li> <li>• Medgjørlig/føyelig</li> <li>• Vanskelig</li> <li>• Passiv</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTG-mødre med høy PTS-symptomscore fulgte mer sannsynlig et kontrollerende mønster i samspillet med barnet, med mer forstyrret tilknytningsmønster</li> <li>• PTG-mødre med lav PTS-symptomscore falt oftere innenfor den uensartede mønstergruppen, med uengasjert tilknytningsmønster</li> <li>• Hos PTG-mødre innenfor det samarbeidsvillige samspillsmønsteret, var det kun 23 % som viste balansert tilknytningsmønster</li> <li>• Hos FBG-mødre innenfor det samarbeidsvillige samspillsmønsteret, var det så mange som 69 % som viste balansert tilknytningsmønster.</li> <li>• Prematurfødsel påvirker både karakteristikken i mor-barnsamspillet, og den moderlige tilknytningen</li> <li>• Spesielt det kontrollerende samspillsmønsteret ble assosiert med høyt nivå av PTS-symptomer og forstyrret tilknytningsmønster</li> </ul>
<p>Studie nr 9</p> <p>Junyane Boonmee Griffin and Rita H. Pickler</p> <p>2011</p> <p>American Journal of Maternal Child Nursing</p> <p>PSYCINFO</p> <p>05.02.2013</p>	Hospital-to-Home – Transition of mothers of preterm infants	Beskrive prematurmødres opplevelser i løpet av den første måneden etter utskrivelse av deres premature barn fra sykehuset.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvalitativ</li> <li>• Deskriptiv og fenomenologisk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 hovedpunkter som beskrev mødrenes opplevelser/erfaringer: <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Takle et uventet utfall av svangerskapet (prematurfødsel) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emosjonelle reaksjoner: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frykt</li> <li>○ Skyldfølelse</li> <li>○ Lettelse</li> <li>○ Tvil</li> </ul> </li> <li>• Å jobbe med NICU-teamet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å utvikle et godt forhold til teamet</li> <li>○ Motta informasjon</li> <li>○ Undervisning ifht prematurbarnet</li> <li>○ Å lære fra personalet hvordan man skal ta vare på barnet</li> <li>○ Følelse av å sette pris på personalet og deres nivå av hjelpsomhet</li> <li>○ Frustrerende besøkstider ved</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>avdelingen</li> <li>○ Frustrasjon vedrørende kommunikasjon</li> </ul> </li> <li>• Å bli kjent med babyen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å lære hvordan man skal ta vare på babyen</li> <li>○ Utføre fysiske stell og annen pleie</li> <li>○ Å lære å øke tilknytningen til barnet</li> </ul> </li> <li>• Det beste øyeblikket <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ble av mødrene beskrevet som det øyeblikket barnet var utskrevet fra sykehuset</li> <li>○ En dag med udelt positive følelser, etter å ha taklet vanskeligheter med prematurfødsel og sykehusopphold</li> </ul> </li> </ul> <p>2 Opplevelsen av realitet/alvor ved å ta vare på barnet alene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Følelser de første ukene hjemme <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positive – glede, optimisme, ubetinget kjærlighet</li> <li>○ Negative – bekymring, nervøsitet, frustrasjon</li> <li>○ Blandede – glede og frustrasjon, stress og frykt, oppstemthet og usikkerhet</li> </ul> </li> <li>• Virkeligheten setter inn <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Noen mødre følte at alt gikk greit i overgangen mellom sykehus og hjemmet</li> <li>○ Andre følte at de møtte mange hindringer</li> <li>○ Problemer med barnas adferd – gråt, lite nattesøvn, spiseproblemer, oppmerksomhetskrevende, "overheating"</li> <li>○ Opplevde også problemer med families adferd og innblanding ang råd</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>og veiledning <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etterlyste mer opplæring for å gjøre dem mer forberedte til hjemreise</li> </ul> </li> <li>3 Slit med å tilpasse seg morsrollen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilpasse egen livsstil til å passe babyens rutiner</li> <li>• Lære fra tidligere erfaring og andres råd</li> <li>• Fortsette å finne egen rolle</li> <li>• Være babyens beskytter – forsikre seg om god hygiene, unngå krysskontaminering, og passe på babyen</li> <li>• Forstå eget ansvar som mor</li> <li>• Innstille seg selv på babyens vante miljø – NICU-avdelingen</li> </ul> </li> <li>4 Forsterke den moderlige indre styrken <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selvstøtte/selvhjelp – avslapning</li> <li>• Kommunikasjon – problemløsning/føle befrielse fra stressende situasjoner</li> <li>• Akseptere støtte fra andre</li> </ul> </li> <li>5 Forandring i den moderlige livsstilen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avbrudd i sosialt liv</li> <li>• Føle seg nærmere sin egen mor</li> <li>• Unngå negative innvirkninger</li> <li>• Oppfatte det slik at babyen gir livet mer mening</li> </ul> </li> <li>• Studien fant at mødre verdsetter undervisning og veiledning fra sykepleiere</li> </ul>
<p>Studie nr 10</p> <p>Karin Jackson, Britt-Marie Ternestedt og Jens Schollin</p> <p>2003</p> <p>Journal of Advanced</p>	<p>Form alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants</p>	<p>Undersøke og beskrive foreldres opplevelse av foreldreskap over tid hos 7 foreldrepar til for tidlig fødte barn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvalitativ</li> <li>• Deskriptiv og fenomenologisk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreldre opplever ikke å slippe til</li> <li>• Mor og far opplever sykehusoppholdet ulikt på følgende punkter: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mor følte mer ansvar og mer behov for bekreftelse som mor</li> <li>- Far følte sikkerhet til å overlate pleien av barnet til personalet, og ønsket å finne en balanse mellom jobb og familieliv</li> </ul> </li> <li>• Mor og far er like på følgende punkter:</li> </ul>



<p>Nursing CINAHL 31.01.2013</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekymring/omtanke/frykt for barnet</li> <li>- Usikkerhet</li> <li>- Tilvenning (adjustment)</li> <li>- Forholdet til barnet</li> <li>• Opplevelser er avhengig av: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forventninger til foreldrerollen</li> <li>- Barnets helsetilstand</li> <li>- Omgivelsene/miljøet i avdelingen</li> <li>- Personalets holdninger</li> </ul> </li> <li>• Tilvenning til foreldrerollen er en tidsavhengig prosess med fire faser/faktorer/følelser <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fremmedgjøring (alienation)</li> <li>- Ansvar/følelse av ansvar (responsibility)</li> <li>- Selvtillit/selvsikkerhet (confidence)</li> <li>- Trygghet/godt kjennskap (familiarity)</li> <li>- Disse faktorene er også påvirket av kulturelle overbevisninger</li> </ul> </li> <li>• Viktige vendepunkt i foreldreopplevelsen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Når barnet ble tatt ut av kuvøsen</li> <li>- Utskrivelse fra avdelingen</li> <li>- Når barnet begynte å se normalt ut i forhold til terminbarn</li> </ul> </li> <li>• Noen mødre følte at de mottok signaler på at babyen tilhørte helsevesenet og at de bare fikk "låne" barnet innimellom</li> </ul>
<p>Studie nr 11 Pia Teckenberg-Jansson, Minna Huotilainen, Tarja Pölkki, Jari Lipsanen og Anna-Liisa Järvenpää 2011 Nordic Journal</p>	<p>Rapid effects of neonatal music therapy combined with kangaroo care on prematurely-born infants</p>	<p>Undersøke virkningen av musikkterapi kombinert med kengurumetoden som dobbeltterapi (DT) på de fysiologiske responsene hos premature nyfødte, sammenlignet med virkningen av kengurumetoden (KC) alene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Kontrollert</li> <li>• Intervensjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetert DT og KC senket pulsen og respirasjonsfrekvensen, økte O2-metning målt transkutant.</li> <li>• DT påvirket blodtrykk mer enn KC</li> <li>• Foreldrene rapporterte at DT beroliget både foreldre og spedbarn</li> </ul>

of Music Therapy CINAHL 31.01.2013				
Studie nr 12 Martina Jotzo og Christian F. Poets 2005 PEDIATRICS MEDLINE 14.02.2013	Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of trauma-preventive psychological intervention	Slå fast om et traumeforebyggende psykologisk intervensjonsprogram for foreldre med premature barn (under innleggelse i nivå 2 NICU), kan redusere alvorlighetsgraden i den symptomatiske responsen på traumet det er å oppleve prematurfødsel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved utskrivelsen viste mødre i intervensjonsgruppen betydelig lavere nivåer av symptomatisk respons på den traumatiske stressfaktoren/stressoren "prematurfødsel" enn mødre i kontrollgruppen</li> <li>• Intervensjonsprogrammet kombinerer tidlig inngripen ved krise, psykologisk støtte gjennom hele sykehusoppholdet og intens støtte i kritiske perioder</li> <li>• Intervensjonsprogrammet reduserte symptomer på traume relatert til prematurfødsel</li> <li>• Effekten var også synlig i svakere symptomer på forstyrrelser (intrusion), unngåelse (avoidance) og ekstrem årvåkenhet (hyperarousal) ved barnets utskrivelse fra sykehuset</li> <li>• I kontrollgruppen hadde 73 % signifikante kliniske symptomer på psykisk traume ved utskrivelse, mot 36 % i testgruppen</li> <li>• Ingen sammenheng mellom resultater og barnas medisinske status (GA, alvorlighetsgrad av sykdom)</li> </ul>
Studie nr 13 Agneta Kleberg, Björn Westrup og Karin Stjernqvist 2000 Early Human Development MEDLINE 15.02.2013	Developmental outcome, child behavior and mother-child interaction at 3 years of age following Newborn Individualized Developmental Care and Intervention Program	Undersøke innvirkningen av tidlig intervensjon, i form av familiesentrert utviklingsstøttende pleie i følge NIDCAP, på utvikling og adferd hos barnet, og på mor-barnsamspillet ved 3-årsalder (Very Low Birth Weight-barn/VLBW)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleie av VLBW-barn i følge NIDCAP, virker å ha en viss positiv langtidseffekt på barnets adferd og mor-barnsamspillet</li> <li>• Foreldrene i testgruppen hadde betydelig mer fysisk kontakt, og av bedre kvalitet, med barnet sitt, enn de i kontrollgruppen</li> <li>• Testgruppen hadde også mer visuell kontakt mellom barn og foreldre, og barna i testgruppen hadde bedre motorisk kompetanse og kvalitet</li> </ul>

<p>Studie nr 14</p> <p>Agneta Kleberg, Lena Hellström-Westas og Ann-Marie Widström</p> <p>2006</p> <p>Early Human Development</p> <p>MEDLINE</p> <p>15.02.2013</p>	<p>Mothers' perception of Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care</p>	<p>Undersøke om NIDCAP påvirker prematurmødres syn på morsrollen, oppfatningen om barnet og den neonatale pleien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NIDCAP-gruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>- følte seg nærmere barnet</li> <li>- hadde mer øyekontakt</li> <li>- opplevde mer angst (kan tolkes som tegn på tidligere tilknytning)</li> <li>- følte at de fikk mer støtte av personalet til å ta over pleien av eget barn</li> </ul> </li> <li>• Mødre i NIDCAP-gruppen oppfattet viktigheten av øyekontakt bedre enn testgruppen</li> <li>• Følelsen av nærhet hos NIDCAP-gruppen, var uavhengig av fødselsvekt, gestasjonsalder og alvorlighetsgrad på sykdom</li> <li>• Følelsen av nærhet i kontrollgruppen var betydelig påvirket av/i korrelasjon med fødselsvekt på en negativ måte, og alvorlighetsgrad på sykdom på en positiv måte</li> <li>• Ingen ulikhet mellom gruppene angående egne oppfatninger av egen evne til å tolke barnets signaler/tegn, og egen morsrolle</li> <li>• Heller ingen ulikheter mellom gruppene ang oppfatningen om personalets kompetanse til å tolke signaler og tegn fra barnet</li> <li>• Indikasjoner på at NIDCAP kan legge til rette for mer deltagelse av mor i pleien av barnet ved kuvøseavdeling</li> <li>• Kan legge til rette for bedre følelsesmessig tilknytning mellom mor og prematurt barn</li> </ul>
<p>Studie nr 15</p> <p>Riikka Korja, Elina Savonlahti, Sari Ahlqvist-Björkroth, Suvi Stolt, Leena Haataja, Helena Lapinleimu, Jorma Piha, Liisa Lehtonen og "the PIPARI</p>	<p>Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants</p>	<p>Vurdere forekomsten av, og bakgrunnsfaktorene for, depresjonssymptomer hos mor og hvordan dette henger sammen med kvaliteten på samspillet mellom mor og barn, i en gruppe med premature barn og deres mødre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien viser at depresjon hos mor kan være risikofaktor i utviklingen av mor-barnforholdet mellom premature barn og deres mødre</li> <li>• Depresjonssymptomer viste ingen sammenheng med mors alder eller utdanningsnivå.</li> <li>• Depresjonssymptomer virket å være uavhengige av barnets gestasjonsalder (GA), fødselsvekt, lengde på sykehusopphold og 5-minutters Apgar Score</li> <li>• Mødre med tidligere problemer med mental helse, viste betydelig mer forekomst av depresjonssymptomer ved 6 måneder korrigert alder hos barnet, enn mødre med</li> </ul>

<p>study group” 2008 Acta Pædiatrica MEDLINE 14.02.2013</p>				<p>tidligere god mental helse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere psykiske problemer kombinert med prematur fødsel, særdeles høy risiko for postnatal depresjon</li> <li>• Mødre med depresjonssymptomer scoret lavere på positiv følelsesmessig engasjement og positiv kommunikasjon med barnet enn mødre uten depresjonssymptomer</li> <li>• Depresjonssymptomer virket å være sammenhengende med mors adferd under samspill med barnet når barnet var ved hhv 6 og 12 måneder korrigert alder</li> <li>• Viktig å identifisere depresjonssymptomer for å kunne tilby tidlig støtte</li> </ul>
<p>Studie nr 16 Hui-Ling Lai, Chia-Jung Chen, Tai-Chu Peng, Fwu-Mei Chang, Mei-Lin Hsieh, Hsiao-Yen Huang og Shu- Chuan Chang 2006 International Journal of Nursing Studies CINAHL 31.01.2013</p>	<p>Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants’ responses</p>	<p>Undersøke hvilken påvirkning musikk kombinert med kengurumetoden (MKC) har på angst (anxiety) hos mor og premature barns responser på MT og KC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> <li>• Intervensjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen betydelige forskjeller mellom kontrollgruppe (C) og behandlingsgruppe (T) når det gjaldt fysiologiske responser hos barna.</li> <li>• Barn i (T) hadde mer stille søvn og mindre gråt</li> <li>• (T)-gruppen viste tydelig lavere forekomst av angst hos mor. Kunne sees på daglig basis.</li> <li>• Studien gir grunnlag for bruk av MKC for å stabilisere adferdsmønster (hos barn) og mors angst i mor-barnrelasjonen</li> </ul>
<p>Studie nr 17 Katherine Leigh- Peters, Rhonda Jean Rosychuk, Leonora Hendson, Judith Jean Coté,</p>	<p>Improvement of short- and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP trial</p>	<p>Finne effekten av NIDCAP- basert pleie på innleggelseslengde hos nyfødte med svært lav fødselsvekt (VLBW) og å måle effekten på antall dager med ventilasjon,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NIDCAP-barna hadde <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kortere innleggelse</li> <li>- Lavere forekomst av funksjonshemming</li> <li>- Spesielt lavere forekomst av mental forsinkelse (god nevroutvikling)</li> <li>- Spesifikk lavere forekomst av kronisk lungesykdom</li> </ul> </li> <li>• NIDCAP-basert pleie for VLBW-barn, forbedrer signifikant</li> </ul>

<p>Catherine McPherson og Juzer Mohamed Tyebkhan 2009 PEDIATRICS MEDLINE 15.02.2013</p>		<p>forekomst av kronisk lungesykdom og nevroutvikling ved 18 mnd alder</p>		<p>både kort- og langsiktige utfall</p>
<p>Studie nr 18 Trudi Mannix og Linda Sweet 2012 Neonatal Paediatric and Child Health Nursing CINAHL 31.01.2013</p>	<p>Identifications of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit</p>	<p>Utforsker typer stress, og grader av stress, hos foreldre med barn på NICU</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ OG kvalitativ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Påvist moderate stressnivåer hos foreldrene. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hovedsakelig relatert til endring i foreldrerollen</li> </ul> </li> <li>• Utseende og adferd hos barna deres viste også tegn på moderate stressnivåer.</li> <li>• Funnene støttes av kvalitative funn: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Behov for god kommunikasjon</li> <li>- Behov for å få delt informasjon</li> <li>- Konsekvent og empatisk personaladferd.</li> </ul> </li> <li>• Sykepleier ved en neonatalavdeling må være obs på de situasjoner som for henne oppleves som normale, men som vekker stressreaksjoner hos foreldre (OBS traumeopplevelse!!). Bør utvikle gode evner til å kommunisere med, og støtte opp om, foreldrene.</li> </ul>
<p>Studie nr 19 Gloria B. McAnulty, Samatha C. Butler, Jane H. Bernstein, Heidelise Als, Frank H. Duffy og David Zurakowski 2010 Clinical</p>	<p>Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: Preliminary data</p>	<p>Hypotesen var at NIDCAP-gruppen ville vise bedre nevrofysiologiske og nevroelektrofysiologiske prestasjoner ved 8-årsalder, enn kontrollgruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien viser at NIDCAP har effekt som varer inn i skolealder</li> <li>• Bedre funksjon i høyre hjernehalvdel og i frontallappen</li> <li>• Nevro-adferd og fysiologiske resultater i nyfødtp perioden, kunne med suksess forutsi fordelaktig effekt på hjernefunksjon i 8-årsalder</li> <li>• Testgruppen viste en tendens til høyere Performance IQ enn kontrollgruppen</li> <li>• Ingen forskjell på verbal IQ og Full Scale IQ mellom de to gruppene</li> <li>• Signifikant bedre funksjon hos testgruppen når det gjelder mental kontroll, oppmerksomhet/konsentrasjon og integrerende bearbeiding i det visuelle senteret i hjernen</li> </ul>

<p>Pediatrics MEDLINE 15.02.2013</p>				<p>som bearbejder romsans.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En tendens til bedre ytelse i hukommelsessenteret og konsentrasjonsevner hos testgruppen</li> </ul>
<p>Studie nr 20 Dominique Meijssen, Marie-Jeanne Wolf, Hedwig van Bakel, Karen Koldewijn, Joke Kok og Anneloes van Baar 2010 Infant Behavior and Development PSYCINFO 05.02.2013</p>	<p>Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention</p>	<p>Vurdere tegn til tilknytning hos mor i en gruppe premature barn ved 18 måneder korrigert alder, og i tillegg kartlegge de første opplevelsene av moderskap etter fødselen siden disse er ansett å være svært viktig for tilknytningen mellom mor og barn.</p> <p>Videre undersøke effekten av Infant Behavioral Assessment and Intervention Program (IBAIP) på tilknytningstegn hos mor, siden disse kan ha blitt påvirket som et resultat av den oppmerksomheten prosessen i mor-barnsamspillet får under intervensjonsprogrammet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ og kvalitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 % av mødrene hadde tegn på ubalansert tilknytning, uavhengig av intervensjon</li> <li>• Antallet mødre med uengasjert og forstyrret tilknytning var likt fordelt i gruppene</li> <li>• Kvalitative data viser at negative følelser ved første møte med barnet er knyttet til ubalansert tilknytning</li> <li>• De viser også at negative eller ambivalente følelser de første ukene hjemme med barnet også er relatert til ubalansert tilknytning</li> <li>• Anbefaler tidlig støtte til mødre med veldig premature barn for å utvikle et sunt mor-barnforhold, spesielt for mødre som rapporterer negative førsteopplevelser</li> <li>• 50 % av mødrene rapporterte negative følelser ved første møte med barnet, som for eksempel frykt og følelsen av fremmedgjøring mot barnet</li> <li>• 31 % av disse følte at barnet ikke var deres</li> <li>• Working Model of the Child Interview (WMCI) ble funnet å vekke sterke emosjonelle responser hos noen av mødrene, som gråt, vonde minner, sorg og skyldfølelse. Noen mødre ble overrasket over reaksjonene sine</li> <li>• De følte samtidig lettelse over å få snakke fritt om det, hadde en opplevelse av at de ikke kunne snakke lett om det med andre lenger (etter utskrivelse)</li> <li>• 29 % av mødrene rapporterte utelukkende positive følelser de første ukene hjemme</li> <li>• 37 % rapporterte negative følelser/opplevelser, som frykt, stress og bekymring</li> <li>• 28 % rapporterte ambivalente følelser de første ukene</li> </ul>

				<p>hjemme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 43 % av mødrene ville gjort et eller annet annerledes hvis de hadde hatt muligheten (ble knyttet til ubalansert tilknytning). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vært mer forsiktig i svangerskapet (24 %)</li> <li>- Ikke blitt gravid i det hele tatt (18 %)</li> <li>- Problemer ifht barneoppdragelse (18 %)</li> <li>- Vært der for barnet oftere (15 %)</li> <li>- Skaffet hjelp til seg selv tidligere i forløpet (12 %)</li> </ul> </li> <li>• 66 % hadde bekymringer angående barnet, de viktigste bekymringene var barnets helse og vekst, og barnets utvikling, ofte nevnt sammen av samme mor. Noen av mødrene bekymret seg for barnets karakter/personlighet og om barnet ville utvikle ADHD</li> <li>• 8 av 9 av mødrene som bekymret seg for barnets personlighet/karakter, hadde tegn på ubalansert tilknytning</li> </ul>
<p>Studie nr 21</p> <p>Marina Nicolaou, Rebecca Rosewell, Neil Marlow og Chris Glazebrook</p> <p>2009</p> <p>Journal of Reproductive and Infant Psychology</p> <p>PSYCINFO</p> <p>05.02.2013</p>	<p>Mothers' experiences of interacting with their premature infants</p>	<p>Undersøke hvordan mødre selv opplever samhandling med barnet etter sykehusutskrivelse, deres opplevelse av støtte og deres behov for informasjon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvalitativ</li> <li>• Deskriptiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usikkerhet og nervøsitet hos mødre ved samhandling tidlig etter utskrivelse</li> <li>• Babyene ble oppfattet som søvnige og ga lite respons</li> <li>• Informasjonen ved utskrivelse dreide seg om fysisk pleie og lite om samhandling og lek</li> <li>• Følte støtte fra personalet ved innleggelse ved NICU</li> <li>• Oppfattet det som at helsepersonalet i primærhelsetjenesten kunne for lite om premature</li> <li>• Klart behov for informasjon og informasjonsbasert støtte til foreldrene ved utskrivelse, for å fremme utvikling hos barnet</li> <li>• Foreldrene identifiserte flere faktorer de følte hindret samspill/interaksjon med barnet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsetilstand hos barnet</li> <li>- Kuvøsebehandling</li> <li>- Maskiner koblet til barnet</li> <li>- Følelser som forvirring og adskillelse</li> <li>- Moderne omgivelser med moderne utstyr</li> </ul> </li> <li>• 18 av 20 mødre hadde motstridende følelser ang utskrivelse når tiden nærmet seg – kunne ikke ha personalet tilgjengelig</li> </ul>

				<p>24/7 lenger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Noen hadde svært negative følelser, følte seg presset til å skrives ut</li> <li>• 14 av 20 mødre savnet mer informasjon ved utskrivelse</li> <li>• 14 av 20 mødre følte usikkerhet, angst og tvil på seg selv når de tenkte tilbake på tidlig samspill med barnet</li> </ul>
<p>Studie nr 22</p> <p>Ingrid H. Ravn, Lars Smith, Rolf Lindemann, Nina Aa. Smeby, Nina M. Kyno, Eli H. Bunch og Leiv Sandvik</p> <p>2010</p> <p>Infant Behavior and Development</p> <p>PSYCINFO</p> <p>05.02.2013</p>	<p>Effect of early intervention on social interactions between mothers and preterm infants at 12 months of age: A randomized controlled trial.</p>	<p>Å undersøke effekten av MITP på ulike mor-barnrelaterte adferdsmønstre når barnet er prematurt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original studie</li> <li>• Kvantitativ</li> <li>• Randomisert og kontrollert</li> <li>• Intervensjon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av Mother-Infant Transaction Program (MITP) før utskrivelse fra sykehuset, styrker relasjonene mellom mor og barn også etter utskrivelse.</li> <li>• Mødrene som mottok MITP viste høyere score på sensitivitet og respons ovenfor barnet</li> <li>• Førstegangsmødre hadde størst effekt av programmet</li> <li>• Mor-barnrelasjonen hos førstegangsmødre var mer synkronisert enn hos flergangsmødre</li> <li>• Hos førstegangsmødre viste barna mer positivt humør/adferd</li> <li>• Intervensjonen fører til bedre mor-barnsamspill hos moderate/sene prematurbarn hos førstegangsmødre</li> </ul>



## Vedlegg 4 – Kategorisering av hovedfunn

Kategorier	Subkategorier
<p>De mest vanlige følelsene hos foreldre ved prematur fødsel var frykt og følelsen av fremmedgjøring fra barnet.</p> <p>Andre viktige følelser og reaksjoner var bekymring, usikkerhet, tvil, skyldfølelse, lettelse, frustrasjon, nervøsitet, følelse av ikke å slippe til i pleien av barnet (følelse av overflødighet), ansvarsfølelse, og behov for bekreftelse.</p> <p>Inntil 50 % av mødrene rapporterte negative følelser ved første møte med barnet etter fødselen.</p>	<p>Følelser hos foreldrene ved prematur fødsel og påfølgende sykehusopphold.</p>
<p>De vanligst rapporterte reaksjoner man kunne se hos foreldrene ved prematur fødsel var depresjon/angst og post-traumatisk stresslidelse.</p> <p>1/3 av foreldrene rapporterte langvarige psykiske problemer.</p>	<p>Emosjonelle reaksjoner hos foreldrene ved prematur fødsel, påfølgende sykehusopphold og videre de første leveår.</p>
<p>Funnene viser at stress hos foreldre "smitter" over på spedbarna, og at prematur fødsel øker risikoen for ustabil/forstyrret tilknytning.</p> <p>Funn viser at depresjon hos mor har konsekvenser for samspillet og tilknytningen mellom mor og barn.</p> <p>Tidligere psykisk sykdom hos mor øker risiko for psykiske problemer etter prematur fødsel.</p>	<p>Innvirkning på samspillet mellom mor og barn.</p>
<p>Sykehusutskrivelsen ble rapportert som vendepunkt og svært positivt ladet av flesteparten av foreldrene. Likevel rapporteres det om økning i problemer de påfølgende uker og måneder, som følelser av å være overveldet av ansvar, vansker med å tilpasse seg ny hverdag, problemer med å forstå barnets signaler, følelsen av at barnet er oppmerksomhetskrevende.</p> <p>Frykt, stress, og bekymring er de følelsene som er mest rapportert.</p> <p>28 % hadde ambivalente følelser, og 37 % rapporterte negative følelser, de første ukene hjemme med barnet.</p>	<p>Foreldrenes følelser og reaksjoner etter utskrivelse fra sykehuset.</p>
<p>Mødrene rapporterte bekymringer angående barnet.</p> <p>Dette handlet hovedsaklig om vekst og utvikling.</p> <p>Barnets personlige karakter og adferdsvansker toppet listen.</p> <p>Mange av mødrene satt også med følelser om at de ville forandret/gjort ting annerledes hvis de hadde muligheten.</p>	<p>Mødrenes bekymringer etter utskrivelse.</p>
<p>Det er hyppig rapportert at mødrene føler usikkerhet og nervøsitet ved samhandling etter utskrivelse.</p> <p>De opplever også barna som søvnige og lite responsive under samhandling.</p> <p>Dette knyttes tett til ubalansert/forstyrret tilknytning.</p>	<p>Tilknytning etter utskrivelse.</p>
<p>Intervensjoner som kengurumetoden (og annen form for fysisk kontakt), MITP, kriseintervensjon og NIDCAP viste gode resultater for tilknytning og barnets utvikling.</p> <p>Intervensjonene viste også positiv innvirkning på foreldrenes psykiske tilstand, og spesielt mors, da mors reaksjoner og følelser er bedre representert i forskningen enn fars.</p>	<p>Intervensjoner og deres innvirkning.</p>

