"DET PREMATURE BARNET HAR OGSÅ EN STEMME"

Se så fredelig jeg er, det er et tegn på at jeg er trygg og har det bra. Rynkene i pannen min viser litt og det er fordi mange hender tar på meg og det legger jeg merke til!

Avdeling Haugesund

Kull: 2006

Kandidat: 62

Antall ord: 7699
Liten?
Jeg?
Langt ifra.

Jeg er akkurat stor nok.
Fyller meg selv helt
på langs og på tvers
fra øverst til nederst
er du større enn deg selv
kanskje?
Sammendrag Norsk og Engelsk

"Det premature barnet har også en stemme”

**Bakgrunn:** Hensikten med oppgaven er å fokusere på signalene og uttrykkene som de premature barna kommuniserer ved sin atferd, slik at vi kan imøtekomme dem på en god måte. Som sykepleier står vi ovenfor en utfordring når det gjelder å tolke det premature barnets språk. Omsorgsprogrammet NIDCAP er modellen vi sykepleiere må forholde oss til når vi arbeider med de premature barna. Studien retter seg til de premature barna som er født før svangerskapsuke 37.

**Metode:** Denne oppgaven er et litteraturstudie, som innebærer søk i databaser og søk etter annen relevant litteratur i skolens bibliotek (bibsys).

**Resultat:** Dersom vi legger til rette for et best mulig tilpasset miljø for barnet, kan vi imøtekomme deres signaler og utrykk på en god måte. Samtidig må sykepleieren involvere foreldrene med som barnets viktigste omsorgsperson. Like viktig er observasjonene man gjør av barnet, som er med på å fange opp det barnet prøver å formidle ”barnets stemme”.

**Konklusjon:** Igjennom NIDCAP’s mål og prinsipper tas barnets umodenhet hensyn til og respekteres som et individ utenfor mammas mage. Et nytt liv som starter på en intensiv avdeling, kan gjøre de første ukene tøffe og harde for det premature barnet, som er skjøre for sanser og inntrykk. Da blir vår oppgave som sykepleiere å hjelpe det, uten at vi påfører det unødvendige komplikasjoner og prøve å forebygge senskader. En rekke prosedyrer og daglige gjøremål, påfører barnet både stress og smerte. Igjennom disse signaliserer barna. For sykepleiere kan arbeidet med premature barn by på mange og store utfordringer. Ut fra det vi ser og observerer må vi hjelpe barnet. Slik kan vi yte omsorg og imøtekomme det premature barnet på en god måte.
"The premature infants voice"

**Aim:** The purpose of this assignment is to focus on the signals and expressions which the premature children communicate by their behavior, so that we can oblige them in a good way. As a nurse we meet a challenge when we talk about interpreting the premature child language. The careprogram NIDCAP is the model that we nurses must relate to when we are working with the premature children.

The study is about the premature children who are born before the 37. Pregnancy-week.

**Method:** This assignment is a litterateur study, which involves searching databases, and searching for other relevant litterateur in the school library (bibsys).

**Result:** If we make way for the best possible adjusted environment for the child, can we oblige their signals and expressions in a good way.

At the same time the nurses has to involve the parents who are the most important caretakers. Not less important is the observations we take of the children, which catches what the child is trying to inform “the childs voice”.

**Conclusion:** NIDCAP’s goals and principles consider the childs immaturity and respect them as an individual outside the mothers stomach. A new life which starts in intensive care can make the first weeks of the premature child rough and difficult, who are already fragile for senses and impressions.

Then its our task nurses to help them without applying unnecessary complications and prevent later damages. A lot of procedures and daily chores, applies the children both stress and pain. Through these they signal their expressions. The work with the premature children can mean many and big challenges for nurses. When we see and observe we have to help the children. That’s how we can give care and oblige the premature child in a good way.
## INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling ................................................. 6
1.2 Presentasjon av problemstilling ........................................................................ 6
1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling .................................................. 7

## METODE

2.1 Hva er metode? .................................................................................................. 7
2.2 Valg av metode .................................................................................................. 8
2.3 Litteratursøk ...................................................................................................... 8
2.4 Kildekritikk ....................................................................................................... 9
2.5 Forskningsetikk ............................................................................................... 10

## SYKEPLEIETEORI

3.1 Begrunnelse for valg av sykepleieteori ............................................................. 10
3.2 Teoretisk perspektiv "Omsorg til premature" .................................................. 10
3.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ......................................................... 12
3.4 Sykepleie ......................................................................................................... 13

## DET PREMATURE BARNET

4.1 Fosterets utvikling og prematuritet ................................................................. 13
4.2 Stress og Smerte hos det premature barnet ...................................................... 14
4.3 Det premature barnets foreldre ........................................................................ 15
4.4 Tilknytning og Samspill .................................................................................. 16
4.5 "Barnets stemme" ............................................................................................ 17
4.6 NIDCAP, et omsorgsprogram ........................................................................ 18

## PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTNING

5.1 Hvordan kan sykepleiere imøtekomme det premature barnets signaler og uttrykk på en god måte? ................................................................. 19
5.1.1 Observasjonene er grunnleggende ............................................................... 20
5.1.2 Tilpassing av barnets omgivelser ................................................................. 22
5.1.3 Fysisk kontakt ............................................................................................. 24
5.1.4 Troste og lindre smerten ............................................................................ 25
5.1.5 Foreldrene må få være med i pleien og omsorgen til det premature barnet .... 26

## AVSLUTNING

6.0 AVSLUTNING .................................................................................................. 27

## KILDER

7.0 KILDER ......................................................................................................... 28

Vedlegg 1: Synaktive modellen ........................................................................... 33
Vedlegg 2: Observasjonsskjema .......................................................................... 34
1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling


1.2 Presentasjon av problemstilling


_Hvordan kan sykepleiere imøtekomme det premature barnets signaler og uttrykk på en god måte?

Jeg ønsker med denne problemstillingen og finne ut hvordan jeg som kommende sykepleier kan imøtekomme det premature barnet signaler og uttrykk på en god måte, og hva som må til._
I og med at jeg har valgt omsorg som mitt teoretiske perspektiv ønsker jeg også at barnet og deres foreldre skal kunne føle at de blir ivaretatt og kjenne omsorg. Hva mener jeg så med 'på en god måte'? Sykepleiersituasjon er av moralsk karakter, barnesykepleieren står ovenfor en moralsk utfordring om å handle godt og riktig, som vil si det beste for barnet (Ludvigsen, Szuts & Bing, 2004). Observere barnet, vise omsorg, se barnet, høre det, støtte barnet osv.

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om de premature barna som er innlagt i neonatal avdelingen. Jeg har valgt å skrive om barnets foreldre, som er viktige i pleien og omsorgen til barnet. Stress er også et viktig stikkord i arbeidet med de premature barna. Barna reagerer og signalerer igjennom "stresssignaler", derfor blir også dette et viktig begrep i denne oppgaven. For å begrense oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om friske premature barn, og hvordan sykepleieren kan gi barnet en best mulig omsorg for å forsøke å hindre seinskader. Jeg har utelukket aktuelle emner som bevisstgjøring og holdningsendring, samt kengurumetoden.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland 2001, s71) definerer en metode slik:

Vi kan dele metode inn i kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter. De går mer i bredden, og får frem et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Kvalitativ metode tar sikte på å
fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Alle data er kvalitative,
fordi de er registreringer av en eller annen egenskap eller kvalitet. Kjennetegnet med denne
metoden er at de går mer i dybden, og har mange opplysninger om få undersøkelsesenheter
(Dalland,2001).

2.2 Valg av metode

I denne oppgaven skal jeg gjøre litteraturstudie. Det innebærer en litteraturoversikt,
litteraturgjennomgang og en forskningsoversikt (Forsberg&Wengstrøm,2008). Som metode
belyser dette mitt tema og min problemstilling på en faglig og interessant måte
(Dalland,2001). Det er da viktig at ulike kriterier er på plass. Metoden og søkekriteriene av
artiklene må tydelig bli beskrevet. I oppgaven vil jeg først og fremst rette meg mot de
primære kildene, men det kan også hende at sekundærkilder vil bli nødvendig, da forfatteren
selv henviser til andre forfattere (Dalland,2001). I all forskning starter forskningsprosessen
med en litteraturgjennomgang (Forsberg&Wengstrøm,2008). Med litteraturgjennomgang
menes en systematisk innsats for å finne publisert informasjon som skal kunne brukes i
prosjeektet. Det kan ses på som en viktig og kritisk del av forskningsstudien
(Forsberg&Wengstrøm,2008).

2.3 Litteratursøk

Når problemstillingen er avgrenset, kan vi formulere søkeord som utgjør en grunn for
litteratursøkingen (Forsberg&Wengstrøm,2008). Jeg har i dette litteraturstudie funnet frem til
relevant forskning ved hjelp av søkemotorene til HSH. Jeg har benyttet meg av databasene
SweMed+, ProQuest, Vård i Norden og tidsskriftet Sykepleien. To av artiklene har jeg måttet
lete frem gjennom et manuelt søk i Google, da jeg i en annen artikkelen leste navne på
forfatterne. I sykepleien fant jeg fagartikler som også er relevante til min oppgave. Kunnskap
basert på forskning, praktisk kunnskap, fagutvikling, og dialog med spesial sykepleier, ses på
som en metodisk styrke. I oppgaven er det viktig at all data som samles inn er allment
godkjent (Dalland, 2001). De fleste artiklene er kun å finne på engelsk, da nyere forsking er
engelskspråklig.
Når jeg leter etter forskningslitteratur ser jeg etter klare og tydelige forbindelser i mellom min oppgave og det arbeidet som allerede er blitt gjort på området. For å komme frem til interessante data har søkeordene vært: NIDCAP, Prematur, Newborn, Neonatal, Care, Measure, Omsorg, Nurses. Noen av ordene har jeg også brukt i kombinasjon.


Antallet forskningsartikler som brukes i en studie avhenger av hvor mye dette temaet er forsket på, hvor mange artikler som er tilgjengelige og om artiklene inneholder pålitelig forsking (Olsson&Sørensen,2003).

### 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere, og karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland,2001). Leseren skal få del i de refleksjonene du har gjort deg, om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har, når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland,2001). For å finne ut av om artiklene er sanne har jeg brukt sjekkliste til kvalitativ metode (Nortvedt,m,fl,2007s91-96).
2.5 Forskningsetikk


Hvordan en bruker og gjengir forskningsresultater er absolutt et av de viktigste forskningsetiske problemene (Dallan, 2001). Som sykepleier er det derfor viktig å kjenne til de viktigste forskningsetiske prinsipper (Brinchmann, 2005). Det dreier seg om å være tro mot kildene, bruk og formidling av forskning. Dersom en vil fremme egne syn eller interesser, er ikke forskingen objektiv. Dette vil i de fleste tilfeller være svært uheldig (Larsen, 2007).

3.0 SYKEPLEIETEORI

3.1 Begrunnelse for valg av sykepleie teori

Da jeg valgte å ha et omsorgsperspektiv som min teoretiske tilnærming falt valget mitt på Kari Martinsen, som sammen med mange andre er svært opptatt av omsorg. Kari Martinsen er den sykepleieren som klarest har satt ord på sykepleiehandlingene som en del av et mellommenneskelig forhold, og den moralske sammenhengen som sykepleie kunnskap og handling inngår i (Nortvedt, 1998).

3.2 Teoretisk perspektiv ”Omsorg til premature”

Teoriene beskriver og identifiserer sentrale sykepleiefenomener, slik at sykepleierens sentrale funksjonsområde blir tydeliggjort (Kristoffersen, 2006). Det hjelper meg også med å begrunne hva sykepleie er og ikke er. Martinsen skriver at sykepleiefaget er sentrert omkring omsorgsbegrepet. Hennes forståelse bygger på en verdioppfatning der hun legger vekt på verdier av relasjoner som fundamentalt i menneskelivet. Hennes teori tar utgangspunkt i forholdet mellom et individ og et annet, samtidig fremhever hun omsorg som et rasjonelt

Martinsen vektlegger betydning av et nært samarbeid i mellom sykepleierpraktikere og forskere. Målet med dette er å utvikle og tydeliggjøre forbilledlige eksempler fra sykepleiepraksis. Hun vektlegger også sykepleierens skjønn og praktiske kunnskap som langt viktigere for at utøvelsen av sykepleie er det hun betegner som teoretisk kunnskap (Kristoffersen, 2006).

Menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv. Mennesker er avhengige av hverandre. Et barn er for eksempel avhengig av sin mor. "Omsorgen er ontologisk eller grunnleggende fordi den utgjør en forutsetning for alt menneskeliv" (Kristoffersen, 2006, s61). Omsorgen har også med forståelse å gjøre, gjøre ting for og sammen med andre. "Omsorgen er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på" (Kristoffersen, 2006, s63). Den tar sikte på at pasienten skal ha det bedre, slik at de helbredende kreftene får virke.


11

3.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

§3.2 "Sykepleieren har ansvar for å anvende de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid" (NSF, 2007, s8). Sykepleierenes mest fundamentale plikt er å vise omsorg for alle som lider, uansett årsak til lidelsen (Brodtkorb, 2005). Først og fremst omtaler retningslinjene samspillet i mellom sykepleier og pasient, men også samspillet i mellom sykepleier og pasientens pårørende som i dette tilfelle blir barnets foreldre.

3.4 Sykepleie


4.0 DET PREMATURE BARNET

4.1 Fosterets utvikling og prematuritet

Et svangerskap varer vanligvis 40 uker, men en varighet på 37-42 uker er også helt normalt (Markestad, 2008). Dersom barnet fødes innenfor denne rammen blir det ofte betegnet for fullbåret eller maturt (modent). Dersom barnet er født etter uke 42 kalles det overtidig født, eller postmaturt. Blir barnet født før uke 37 er det fortidig født og vi kaller det prematur. I gjennomsnitt vil et barn født i uke 34 veie ca 2500g, 1500g ved 30 uker, 1000g ved 27 uker og 700g ved 24 uker (Markestad & Halvorsen, 2007 & Flood & Pettersen, 1997).


Svangerskapsalderen har også fått et mer moderne navn i praksis, det kalles gestasjonsalder (Ga) (Markestad, 2008). Oftest finnes den ingen god forklaring på hvorfor fødselen starter for tidlig. For noen kvinner er det livmorhalsen som åpner seg for lett, eller det kan være
forandringer i selve livmoren som gjør at den ikke kan holde på et stort foster. I enkelte tilfeller er også bakterier i skjeden årsaken til at fødselen starter før tiden. En vanlig diagnose er svangerskapsforgiftning (preklampsi) og kan være svært alvorlig ubehandlet for mor og barn. Årsaken er at morkakefunksjonen blir svekket, det hindrer fosterets vekst. En for tidlig fødsel kan også starte med veer og vannavgang (Markstad, 2008).

Det premature barnet blir født på et tidspunkt hvor de fysiologiske funksjonene er under utvikling og de anatomiske strukturene er skjøre. I stede for å ligge trygt inne i livmoren blir de utsatt for intensiv behandling som kan forstyrre utviklingsprosessen (Lundvigsen, Szuts & Bing, 2004). Barn som blir født før fødselsterminen, er ikke tilpasset et liv utenfor livmoren, og kjenner ikke ved umodne reguleringsmekanisme (Wyller, 2006).


4.2 Stress og Smerte hos det premature barnet

Det symatiske nervesystemet er av stor betydning for å komme igjennom kortvarige stresssituasjoner (Bjålie, m.fl, 2001). Langvarig stress derimot med økt symatisk aktivitet har derimot mange skadevirkninger. Det fører til at fordøvelsen blir dårligere, energiressurser tappes, blodtrykket stiger og immunforsvaret hemmes. Det aktiviseres i fysisk krevende situasjoner. Når koppen utsettes for påkjenninger øker konsentrasjonen av kortisol som er et av kroppens viktigste stresshormoner. I slike situasjoner er betydningen av kortisol dets evne
til å øke glukose konsentrasjonen i blodet. I denne forbindelse er stress brukt til påkjenninger som endrer, eller truer med å endre, kroppens indre miljø (Bjålie,m,fl,2001).


4.3 Det premature barnets foreldre


Foreldrene er en viktig samarbeidspartner for oss og ikke minst som omsorgsperson for barnet. Familiesentrert utviklingsstøtende omsorg, er også et annet ord for NIDCAP. Modellen ser barnets familie som de viktigste for barnet, og for sykepleieren er det viktig å støtte dem i å tidlig delta i barnets pleie (Ingulfsvann&Mørkved,2008). Foreldre er som oftest mer fornøyde nå når omsorgen til barna blir gitt via NIDCAP, mer enn ved mer tradisjonell omsorg for deres premature barn (Wielenga,m,fl,2006).


### 4.4 Tilknytning og Samspill


4.5 "Barnets stemme"

Det premature barnet deltar aktivt i samspillet med sine omgivelser. Igjennom atferden viser det hvordan det "nærmer seg" en opplevelse, og hvordan det håndterer den. Dersom barnet ikke klarer å håndtere alt de opplever i øyeblikket, vil det reagere med å prøve å dra seg unna i et forsøk på å unngå det (Ingulfsvann&Mørkved,2008).


I den grad der er mulig bør den negative berøringen oppveies med positiv, som forklart ovenfor. Dersom barnet har vert igjennom eks blodprøvetaking, nedleggelse av ernæringsonde eller lignende bør det etterfølges med god berøring (Grønseth&Markestad,2006).


Det premature barnet lager ofte pressende lyder, gjengene gjesp, hoster og har gjentatte nys. Når barnet ligger slapt mot underlage uten å løfte baken og med åpen munn/slapp gane er også dette tegn på slapphet og utmattelse. Spent tonus, spriking med armer og ben er ofte et signal om at barnet ikke klarer og samle seg. Selvregulerende tegn kan vises ved at barnet holder hendene forrand ansiktet, holder om sine hender, holder pleieren i hånden og samler seg i fosterstilling (Kleberg,2001). Barnet kan også lete etter noe å suge på, og suger. Hos de premature barna kan det være ekstra vanskelig og legge merke og fange opp alle signalene,
fordi de på grunn av alder demonstrerer et lavere nivå av signaler (Westrup, m.fl., 2007). Se vedlegg 2 for flere signaler og utrykk barnet kan vise.

4.6 NIDCAP, et omsorgsprogram

De premature barna er innlagt på intensiv avdeling. Dette er en arbeidsplass hvor det ofte er travelt, høy aktivitet, mange lyd og lys inntrykk. NIDCAP er ”Newborn Developmental Care and Assessment Program”. Det sentrale i NIDCAP programmet er å respektere det for tidlig fødde barnet som kompetent ut fra sin modenheitsgrad (Kleberg, 2001). NIDCAP er en metode som skal lære oss å forstå det premature barnets språk, ut fra dette skal vi kunne gi barnet individuelt tilpasset pleie, tilpasset barnets modenhet (Ingulfsvann & Mørkved, 2008).


Omsorgsprogrammet er utviklet i USA, men har i de siste årene blitt mer sentral både i Norge og Sverige. Professoren bak NIDCAP er psykologen Heidelise Als. Hun innførte en mykere tankegang, og lærte seg språket til de premature da hun så hvordan fortidlig fødde barn sloss for livet på nyfødtintensiven (Hofstad, 2007). Omsorgsprogrammet blir på norsk kalt utviklingstilpasset neonatalomsorg. Modellen fokuserer på at barnet er kompetent og fungerer som det skal mens det er i livmoren. Å identifisere barnets behov er noe av omsorgen i det hele. Det ytre miljøet blir viktig for barnets kompetanse, å legge til rette for at barnet har det slik det ville hatt det om det enda var i livmoren (Tveiten, 1998). Et liv inne i livmoren innebærer lite lys og lyd, barnet er omgitt og har ikke store plassen til å utfylle seg på, og stimuleres i forhold til egne signaler. NIDCAP modellen innebærer at det premature barnet er sårbar for sanseinntrykk, det bør observeres ut fra utviklingsnivå og signaler i sin daglige

NIDCAP modellen har bygget mer på prinsippet om at foreldre og personalen trener til å tolke barnets atferd på riktig måte, slik at omsorgen for barnet blir best mulig tilpasset barnets individuelle behov og funksjonsnivå (Tveiten,1998). Tanken er at NIDCAP skal flettes inn i alt som blir gjort med barnet (Tomren,2007). Det har også vist seg at NIDCAP støttende tiltak i alt en gjør med barnet, har fort til at det premature barnet kom færre av respirator, hadde mindre behov for surstoff, og hadde heller ikke behov for sonde i lengre tid (Als,2006).

5.0 PRESENTASJON AV FUNN OG DRØFTNING

5.1 Hvordan kan sykepleiere imøtekomme det premature barnets signaler og uttrykk på en god måte?

Hippokrates erklærte 460f.kr at ingen barn født før syvende svangerskapsmåned kunne overleve (Saugstad,1999). Ny kunnskap, hjelpemidler og redskaper har gjort det mulig for barn og overleve ved tidligere gestasjonsalder og lavere fødselsvekt. Dette har igjen ført til at de etiske sidene er blitt mer sentrale. Det er viktig at sykepleiere er klar over maktposisjonen i arbeidet (Kvåle,2006). Hvor stor makt har jeg i omsorgsrelasjonen?


5.1.1 Observasjonene er grunnleggende


Disse observasjonene ser vi er en viktig del av den synaktive modellen (Vedlegg, 1). Observasjonene er også viktige for å sikre barnet individuell pleie. På en annen side danner

Sykepleieren som leses barnets signaler kan velge å ta igjen deler av stellet senere når barnet har hentet seg inn igjen (Tomren, 2007). Man gir barnet en pause.

I perioder uten NIDCAP-observasjoner har det blitt observert tydelig reduksjon eller nedgang i kvaliteten av omsorg og pleie av det premature barnet.


NIDCAP trenger noen psykologiske endringer i nyfødt avdelingen, så vell som solid utdannelse, forsøk og forandringer i utførelsen av omsorg. På en annen side er det vanskeligere å være involvert i observeringen om å tolke og forstå disse svake signalene. Her ser vi viktighetene av å utdanne NIDCAP observatører. Vil vi øke vår kompetanse og kunnskap om NIDCAP. På en annen side har en av studiene resultert i at forskeren har blitt oppmerksom på at enkelte områder trenger forbedring innenfor sykepleien. Ikke minst oppmuntring til å arbeide videre med NIDCAP’s mål og prinsipper (Wielenga, m, fl, 2006).

5.1.2 Tilpassing av barnets omgivelser


**Lysdempende tiltak:** Sterkt lys er en stressfaktor for de premature barna, av den grunn må vi komme med tiltak som justerbare lyskilder, gardiner og persienner. Over seng/kuvøsen bør det brukes himmel eller teppe, for å dempe belysningen. Dersom barnet som følge av gulsott, får behandling i lys, skal barnet påføres vernebriller (Nietsch, 2007). Vær obs på at brillene kan skli av, dersom barnet er i bevegelse. På en annen side er det viktig at det ikke blir for mørk, men at personale på avdelingen kan klare å utføre jobben. Ekspanter foreslo eksponering av de premature ved å påføre det 200 lys inntrykk igjennom dagen, for så å redusere det til ingen ting om natten. Dette var ment for å hjelpe utviklingen av deres fysiske rytme (Rivkees, 2003, i, Bustani, 2008). På en annen side kaller de det unngåelse av negative faktorer. Ut fra egne erfaringer mener jeg at dette ikke høres ut som en måte å gjøre det på, da jeg vet at det premature barnet trenger lite lys stimuler i gjennom hele dagen.

**Unngå sterke lukter:** Sterke og ubehagelige lukter er stressfaktorer for barnet. De ansatte og foreldrene bør være forsiktige med bruk av parfyme og, ikke lukte røyk. Skjerm barnet for sterke matlukter. Har man desinfisert hendene med sprit, skal vi alltid vente litt før en kommer i kontakt med barnet. Man skaper en velkjent lukt hos barnet i kuvøsen eller miljøet rundt det. Dersom barnet kan få en liten filtbit som har vært nær mamma eller pappas kropp, kan dette være til trøst for barnet (Kleberg, 2001). Da er det viktig at det ligger slik at barnet kan ta tak i det.

5.1.3 Fysisk kontakt


Det kan være mange signaler som en ellers går glipp av, derfor er det viktig at en aldri forlater barnet i disse situasjonene.


5.1.4 Trøste og lindre smerter


Birkeland, 2008 forklarer at ved bruk av NIDCAP får vi et ekstra par med briller som skal hjelpe oss til å se det individuelle barnet og hva det prøver å uttrykke. Sizun, 2006 har i en av artiklene jeg har lest gjort fire studier der han evaluerer virkningen av NIDCAP på søvn og smerte for å uttrykke den biologiske responsen under stell på premature. Resultatene fra denne studien viser at de av barna som fikk tilpasset omsorgsmiljø hadde en lavere Pippscore (smerte) og Edinscore (signaler), en de som ikke fikk tilpasset omsorg.
Andre funn var at NIDCAP tiltak førte til lavere hjertefrekvens enn hos kontrollgruppen. Ikke minst øker søvn tiden ved NIDCAP, og reduerte smertescoren ved de ulike prosedyrene som ble gjort, stell og bleieskift. Tidligere i oppgaven nevnte jeg at NIDCAP tiltak var med å fremskynde for barnets karakter på egenhånd. Likeså forklarer Pettersen,2002 at NIDCAP gir mulighet til optimalt utvikling de første leveukene. På en annen side tror jeg det er viktig å huske på at barnet selv har en utrolig fighter evne og vil så gjerne jobbe hardt for å komme seg igjenom det første tiden av livet sitt, som ble annerledes enn forventet.

5.1.5 Foreldrene må få være med i pleien og omsorgen til det premature barnet

Som sykepleiere på nyfødt avdelingen er det viktig å yte omsorg til barnets foreldre. Vi må gi undervisning og informasjon angående barnets helse. Felles for de fleste vitenskapelige artiklene jeg har lest, er at de alle fokuserer på foreldrene, som en viktig del av omsorgen til det premature barnet (Wielenga,m,fl,2006&Westrup,m,fl,2007).


med hverandre, og samtidig forsøker å formidle lærdom på behandlingen som blir brukt for deres premature barn (Sizun & Westrup, 2004 & Sizun, m, fl, 2007).

6.0 AVSLUTNING


7.0 KILDER


Bilde forside hentet fra www.google.no bilder: søker ord: NIDCAP
http://www.iogm.no/media/6218/bittelillebaby.jpg


http://www.bib.hive.no/tekster/studoppg/he/2006a/einang.pdf [lest.15.01.09]
[lest.16.12.08]


[lest: 04.01.09]


Vedlegg 1: Synaktive modellen
Vedlegg 2: Observasjonsskjema

Omdreid av det nyfødte barnet

<table>
<thead>
<tr>
<th>Observasjonsblad</th>
<th>Tid</th>
<th>D</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
<th>6</th>
<th>7</th>
<th>8</th>
<th>9</th>
<th>10</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Andring</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Regn/sunnstue</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Droppekryssen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Øyeblikk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Børn</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tannbørst</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Filting</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Slik</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Smil</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dispositiv</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toilettaarmer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Børnerøyen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Traktor</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Makthold</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Barn</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Figur 2.2: Observasjonsblad NIDCAP**

Kopiering av -litteratur tillåtet. © Studienlitteratur