

## Masteroppgåve i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering

# I EN VERNET VERDEN

En studie av foreldrenes opplevelser den første tiden etter en prematur fødsel.

Inger Hilde Hagen  
November 2008  
45 stp.

HØGSKULEN I VOLDA  
BIBLIOTEKET

## **SAMMENDRAG**

Sett gjennom et livsløpsperspektiv kan det å bli foreldre til et prematurt barn ses på som en forhastet overgang, som dermed kan by på både positive og negative mestringsopplevelser. Tidligere erfaringer, aktuelle svangerskap og fødsel kan få konsekvenser for foreldrenes mestringsfølelser. Hvordan foreldrene opplever oppholdet i neonatalavdelingen kan også få konsekvenser for foreldre-barntilknytningen og for videre livsløp.

**Hensikt.** Hensikten med studien var å få økt forståelse for hvordan foreldre til premature barn opplever denne overgangen i livet. Forskningsspørsmålene gikk på å få innblikk i hva som var forskjeller og likheter på fars og mors opplevelser i forhold til samme hendelse i tiden like rundt den premature fødselen. Videre var det å se på fellestrekk ved opplevelsene til parene. Det har vært foreldrenes opplevelse av mestring og mangel på mestring som har vært fokus.

**Metode.** Dette er en retrospektiv komparativ studie. Åtte par har vært intervjuet. Hver forelder har blitt intervjuet hver for seg (16 intervju). Det kondenserte materialet har blitt gjenoppbygget til 8 narrativer som forteller om fars og mors like og ulike opplevelser ved å bli foreldre til et prematurt barn. Helhetsinntrykket fra de åtte narrative er videre brukt til å se på fellestrekk mellom parene.

**Resultat.** Informantene har stor tillit til helsepersonalet. De mener å få god informasjon og opplæring til å ta omsorg for barnet sitt, og har stor tillit til personalet. De føler likevel at de ikke alltid våger å komme med egne tanker og meninger i forhold til hvordan de ønsker å utøve foreldrerollen i avdelingen. De fleste foreldrene opplevde oppholdet som ledsager i neonatalavdelingen som stressende og slitsom, samtidig med at de opplever trygghet. De følte et stadig press på seg til å oppfylle foreldrerollen på perfekt vis og mange opplevde at de ikke alltid strakk til. De føler behov for å skjerme seg samtidig har de behov for nærheten og samholdet avdelingsmiljøet innbyr til.

**Anbefalinger.** Med bakgrunn i studiens funn ser det ut til at foreldre som er ledsagere til premature barn i sykehuset har behov for individuell tilrettelegging for at de skal oppleve tiden i avdelingen, for egen del, som mindre belastende.

**Nøkkelord:** opplevelser, mestring, foreldre, premature barn, fødsel, neonatalavdelingen.

## INNHold

---

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	1
1.1 Utforming av problemstilling og forskningsspørsmål .....	2
1.2 Avgrensing av problemstilling .....	4
1.3 Oppgavens oppbygging .....	5
1.4 Neonatalavdelingen før og nå .....	5
1.4.1 Hvordan fungerer neonatalavdelingen i dag?.....	6
1.4.2 Kengurumetoden .....	7
1.4.3 Omsorgsstrategien i tilknytning til det premature barnet .....	7
1.5 Lover og retningslinjer for foreldre til premature barn som er innlagt i sykehus .....	8
1.6 Tidligere forskning på temaet .....	8
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>11</b>
2.1 Livsløpsperspektivet .....	11
2.1.1 Den utviklingsøkologiske modellen .....	12
2.1.2 Prematur fødsel; en overgangshendelse .....	14
2.2 Mestringsbegrepet .....	15
2.3 Den psykologiske graviditeten .....	18
2.3.1 Når barnet fødes for tidlig .....	20
2.4 Det premature barnet .....	20
2.4.1 Årsak til prematur fødsel .....	21
2.4.2 Det premature barnets karakteristikk og utvikling .....	22
2.4.3 Barnets opplevelse av en for tidlig fødsel .....	24
2.4.4 Forventede senfølger etter en prematur fødsel .....	24
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>26</b>
3.1 Innledning .....	26
3.2 Opplevelse som grunnlag for forskning .....	27
3.3 Å forske på eget arbeidsfelt; nærhet og distanse .....	28

3.4	Når kvinner forsker på menn .....	29
3.5	Utarbeiding av intervjuguiden .....	30
3.6	Prøveintervjuene .....	32
3.7	Etiske vurderinger .....	34
3.8	Strategisk utvalg av informanter .....	34
3.9	Å opprette kontakt med informantene .....	37
3.10	Erfaringer jeg gjorde meg under intervjuene .....	39
3.11	Transkribering .....	41
3.12	Tanker rundt de som valgte å ikke la seg intervju .....	41
3.13	Presentasjon av utvalget ( 2 matriser) .....	42
3.14	Om gyldighet, pålitelighet og overførbarhet .....	43
<b>4.0</b>	<b>ANALYSESTRATEGI OG PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>46</b>
4.1	Innledning .....	46
4.2	Analysen .....	46
4.3	Presentasjon av empirien .....	52
4.3.1	Par 1 .....	53
4.3.2	Par 2 .....	56
4.3.3	Par 3 .....	59
4.3.4	Par 4 .....	62
4.3.5	Par 5 .....	64
4.3.6	Par 6 .....	68
4.3.7	Par 7 .....	72
4.3.8	Par 8 .....	76
4.4	Likheter og forskjeller mellom fars og mors opplevelser av samme hendelse .....	79
<b>5.0</b>	<b>I EN VERNET VERDEN .....</b>	<b>81</b>
5.1	Innledning .....	81
5.2	Livsløpsperspektivet i sammenheng med en prematur fødsel .....	82
5.3	Den psykologiske modningen knyttet til å bli foreldre .....	83

5.4 Å være ledsager .....	84
5.5 Å nærme seg barnet .....	94
5.6 Å sitte kenguru .....	98
5.7 Å motta besøk .....	103
5.8 Å være i samme boble .....	105
5.9 Overgangen rundt hjemreise fra neonatalavdelingen .....	108
<b>6.0 SLUTTORD .....</b>	<b>112</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>115</b>

#### **VEDLEGG**

1. Søknad til aktuelle avdeling
- 2 Godkjenning fra aktuelle avdeling
- 3 Godkjenning for tilgang til informanter
- 4 Godkjenning NSD
- 5 Godkjenning REK
- 6 Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse
- 7 Intervjuguide

## 1.0 INNLEDNING

Å bli foreldre er for de fleste en stor begivenhet i livet. Flere venter lenger i dag med å få barn, i forhold til det som var vanlig for en generasjon siden. I dag er det vanlig at de som blir foreldre for første gang er i alderen 28 til 30 år. I dagens samfunn tar flere høyere utdanning, og skaffer seg trygg inntekt og et velfungerende hjem før det blir tid for å stifte familie. De fleste er vant til å planlegge livet sitt i detalj. Vi er også vant til å ha kontroll over det meste. Forskning og teknologi har ført til at vi kan diagnostisere og forutse en rekke problemer, som ofte på en enkel måte lar seg forebygge eller reparere.

Når tiden er inne for å skaffe seg etterkommere, planlegges både tidspunkt for befruktning og fødsel nøye. Fødselen er et høydepunkt og en stor overgang i livsløpet både for foreldrene og barnet. Paret har ofte store forventninger til fødselen, barnet og fremtiden. De deltar på svangerskapskurs, og de lager seg drømmebilder av hvordan det skal bli å få hilse på sitt fullbårne, velskapt barn for første gang. De aller fleste barn fødes til termin etter et ukomplisert svangerskap. Hva skjer så om ikke alt går som planlagt?

En prematur fødsel skjer som regel brått og uventet. Foreldrene har ofte ingen mulighet til å være forberedt på sin nye rolle som mor eller far til et kritisk sykt, nyfødt barn. Å få et mye for tidlig født barn er et stort traume. Man blir plutselig satt inn i en verden der allting dreier seg om fødsel, liv og død. Ved å være vitne til blinkende og alarmerende medisinsk teknisk utstyr som er koblet til barna i neonatalavdelingen, blir en stadig minnet på farene ved å være født for tidlig. (Stjernquist 2000). Foreldrene blir utsatt for en blanding av følelser som angst, bekymring, frykt, skyldfølelse og hjelpeløshet i forbindelse med en prematur fødsel (Black-Burn & Lowen 1986, Holditch-Davis & Miles 2000, Padden & Glenn, 1997, Lundqvist og Jakobsson 2003, Franck m.fl. 2005 og Kaaresen m.fl. 2006).

En av de fremste ekspertene innen nyfødtmedisiner, Ola Didrik Saugstad mener at det derfor er viktig at samfunnet legger opp til at for tidlig fødte barn og deres familier får den hjelp og støtte de har behov for. Han mener også at vi som helsepersonell har mye å lære av foreldrene til de for tidlig fødte barna. Det er viktig at helsepersonell får et innblikk i den verden foreldrene til for tidlig fødte barn og den nærmeste familien lever i, når de har barn innlagt i nyfødtavdelingene (Cantillon 2001:13).

I de siste tiårene har sjansen for å overleve økt betydelig for dem som blir født for tidlig. Ny teknologi og økt fokus på forskning innenfor feltet har ført til at stadig flere nyfødte og premature barn reddes og lever opp. I rapporten fra Norges forskningsråds ”Konsensuskonferanse” (1998), blir det understreket at grensen for å tilby livreddende behandling bør være i området 23-25 svangerskapsuker. I Norge fødes ca. 7,5 % av barna for tidlig (Markestad og Halvorsen 2007). I følge medisinsk fødselsregister ble det i Norge i 2006 født totalt 59 270 barn. Av disse overlevde 58 618. 6 905 av disse ble født mellom svangerskapsuke 24 til 37, og 704 ble født mellom svangerskapsuke 24 til 32 (MFR 2008). For tidlig fødte barn blir også kalt for premature barn (latin: pre = før, matur = moden). Prematur betyr derfor, før barnet er modent (Saugstad 1999).

Veien er lang fra å være født 10-15 uker før fullgått svangerskap, til at både foreldrene og barnet skal være klar til å skrives ut fra sykehuset. tiden mellom en prematur fødsel til hjemreise anses for å være svært viktig både for barnet og for foreldrene, for at det videre livsløpet skal kunne fortsette på en best mulig måte.

### **1.1 Utforming av problemstilling og forskningsspørsmål**

Den bakenforliggende årsaken til at jeg valgte dette temaet, er at jeg har ti års erfaring som intensivsykepleier i en neonatalavdeling. Likevel erfarte jeg at jeg hadde for liten kunnskap om hvordan foreldrene opplevde å få et prematurt barn. Spesielt var jeg opptatt av den første tiden foreldre og barn var i avdelingen. Jeg erfarte at foreldrene kunne slite med følelser som glede, sorg, frykt, håp og fortvilelse. Det nyfødte og premature barnet var ofte avhengig av intensivbehandling for å overleve, og fremtiden var uviss. Kalleberg (2002:35) skriver at; ”Fortolkerens forutforståelse preger tolkingen av objektet, samtidig som arbeidet med å forstå objektet også bidrar til å forandre den opprinnelige forforståelsen”. For å kunne forstå foreldrene til de premature barna bedre måtte jeg finne ut av hva de opplevde.

Temaet var klart; jeg ville finne ut hvordan det kan oppleves å bli foreldre til et prematurt barn. Da gjensto det å finne en problemstilling. Repstad (2007:31) skriver at det er mange grunner til at en utformer en problemstilling. Det er i kvalitative studier legitimt og praktisk enklere å bli klokere etter hvert, og justere opplegget ut fra erfaringer. Det gjelder også endringer og presiseringer av problemstillingen. Ofte går en inn i et felt med en foreløpig problemstilling, og blir underveis gradvis mer klar over hva som er interessant å studere.

Malterud (2006:74) sier også det samme, og legger til at vi som forskere både har rett og plikt til å lære av våre erfaringer under veis, og til å korrigere kursen i prosjektet i samsvar med det vi lærer. De samme erfaringene har jeg gjort meg.

I starten av denne studien kom jeg til en problemstilling som omhandlet foreldrenes opplevelser av stress rundt en prematur fødsel. Dette var med bakgrunn i mine egne opplevelser i møte med foreldrene i avdelingen der jeg arbeider, og ut fra den litteraturen jeg hadde lest under min utdanning. For å finne mer bakgrunnsmateriale til oppgavens problemstilling søkte jeg derfor i ulike databaser, for å skaffe til veie tidligere forskning rundt temaet (se 1.6). Det var flere kvantitative studier som dokumenterte at foreldrene var utsatt for en enorm stresspåvirkning rundt en prematur fødsel (Stjernquist 1992; Miles m.fl 1992; Lau og Morse 2003; Reid og Bramwell 2003; Franck m.fl. 2005 og Reid m.fl. 2007). Det var i disse studiene brukt spørreskjemaer som avdekket økt grad av stress hos foreldre som fødte for tidlig.

Etter hvert som jeg kom over flere kvalitative studier rundt foreldrenes opplevelse ved prematur fødsel, ble det klart for meg at det også var andre faktorer som var fremtredene. Å mestre situasjonen er viktig for at foreldrene skal kunne være i situasjonen og i tilknytningsprosessen til barnet sitt. Dette perspektivet førte til flere spørsmål. Hvordan opplevde foreldrene, som var utsatt for denne enorme stresspåvirkningen, å mestre det å bli foreldre til et prematurt barn? Hvilke faktorer var det som virket inn på deres opplevelse av mestring?

Dermed ble problemstillingen:

***Hvilke faktorer er det som påvirker mors og fars opplevelse av mestring rundt en prematur fødsel?***

Når en skal forske på et fenomen er det ikke alltid nok med en problemstilling. En må også kunne sette det en forsker på inn i en større vitenskapelig sammenheng. Kalleberg sier det slik;

”Det å ”stille” vitenskapelige spørsmål innebærer at vi plasserer dem inn i en sammenheng hvor vi gir grunner for at spørsmålene er vitenskapelig betydningsfulle og betydningsfulle å få avklart for grupper i samfunnet. Det er ikke nødvendigvis så viktig hvor spørsmålene kommer fra. Stillingen av dem er derimot viktig” (Kalleberg 2002:40).

For min del fant jeg behov for å konkretisere mer hva jeg var ute etter. Både Doering (1999), Kelly (2001); Jackson m. fl. (2003); Reid og Bramwell (2003) og Lau og Morse (2003),



konkluderer med at det trengs mer forskning rundt temaet som omhandler foreldrenes opplevelse ved prematur fødsel. Jeg ser det som betydningsfullt å finne ut av hva som er forskjellene på fars og mors opplevelse av mestring, eller mangel på mestring ved en slik begivenhet. Foreldrene er de personene som står nærmest barnet. Nyfødtsorgen drives i de aller fleste land det er naturlig å sammenligne seg med etter foreldre-barn-vennlige prinsipper, der tidlig tilknytning til foreldrene anses som svært viktig for et videre positivt forløp. Det er av vesentlig betydning å få innblikk i hvordan det oppleves å få et prematurt barn for lettere å kunne imøtekomme foreldrenes behov.

Mine forskningsspørsmål ble som følger:

- *Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer opplevelsen av mestring*
  - *Rundt den premature fødselen*
  - *Under oppholdet i neonatalavdelingen*
  - *Ved hjemkomsten fra neonatalavdelingen*
- *Hvilke likheter og forskjeller finnes mellom far og mor sin opplevelse av samme hendelse?*
- *Hvilke fellestrekk finnes hos foreldrene til for tidlig fødte barn?*

Det er i dag dokumentert at det å bli foreldre til et prematurt barn fører til økt stress som følge av usikkerhet, angst, frykt og skyldfølelse. Mine spørsmål kan bidra til å komme et stykke videre ved at jeg ønsker å finne ut hvordan disse erfaringene kan ha innvirkning på opplevelser av å mestre tilværelsen.

## **1.2 Avgrensning av problemstilling**

Utvalgsriteriene for informantene gjør jeg rede for i metodedelen (se 3.8). Tema som kjønnsroller og kriseteorier hadde også vært relevante teorier å ta med her, men jeg har valgt å ikke ta dette med i denne studien. Mitt fokus har vært livsløpsteori, mestringsteori og tilknytningsteori, for å belyse hvordan foreldrene opplever å mestre den første tiden etter en prematur fødsel.

### **1.3 Oppgavens oppbygging**

Videre i dette kapitlet vil jeg først sette leseren kort inn i neonatalavdelingens utvikling, hvordan den fungerer og hvilke idèologier som råder i dag. Jeg vil kort presentere lovverket som hjemler foreldre og barns rettigheter etter en for tidlig fødsel. Avslutningsvis i dette kapitlet gjør jeg rede for tidligere forskning innenfor temaet. I kapittel 2 presenterer jeg oppgavens teoretiske perspektiv og referanseramme. I kapittel 3 beskrives oppgavens metodiske tilnærming. Her legger jeg vekt på å gjøre rede for min vei gjennom de ulike stadiene i forskningsprosessen. I kapittel 4 presenterer jeg studiens hovedfunn, der jeg trekker frem likheter og forskjeller mellom far og mors opplevelser. Til slutt, i kapittel 5 diskuterer jeg de fellestrekk jeg fant mellom parene, for deretter i kapittel 6 å samle trådene gjennom en refleksjon over funnene i materialet og mulighetene fremover.

### **1.4 Neonatalavdelingen før og nå**

En sykehusavdeling som tar seg av for tidlig fødte barn, kalles for en neonatal avdeling. Neonatal betyr nyfødt. Slike avdelinger blir også kalt for nyfødtintensiv avdeling, eller prematuravdeling. For bedre å kunne forstå hva jeg senere vil diskutere i denne studien, anser jeg det som viktig at leseren får en kort innføring i utviklingen av nyfødtmedisinen.

Historisk sett er nyfødtmedisinen en ung disiplin. Den ble utviklet i Frankrike på slutten av det 19. århundret (Saugstad 1999). Frem til 1950/60-årene handlet nyfødtmedisinen mye om prøving og feiling. De siste 40-50 årene har man satset mer på vitenskapelige metoder, noe som har gitt store resultater. Det største fremskrittet var innføringen av respiratoren. Det neste store fremskrittet var da en japansk forskergruppe i 1980 fant ut at en kunne bedre oksygeneringen ved å sette lungesurfaktant ned i lungene på for tidlig fødte barn. Surfaktant er et lipoprotein som fører til at overflatespenningen i lungenes alveoler nedsetter, og dermed hindrer at lungene skal falle sammen (Peitersen og Arrøe 2002:172). Etter innføring av surfaktant er bruken av respirator blitt kraftig redusert.

Antall barn med komplikasjoner er likevel ikke redusert de siste årene. Saugstad begrunner dette med at i løpet av 1980-90 årene har andelen av små premature som overlever økt sterkt. Det har skjedd som følge av bedret medisinsk behandling både før, under og etter fødselen.

En rekke av de komplikasjonene man ser hos for tidlig fødte barn kan lindres og til dels forebygges ved ekstra innsats (Saugstad 1999). Den første prematuravdelingen i Norge ble bygget på Rikshospitalet i 1957. I dag er det egne nyfødtafdelinger ved samtlige av Norges barneavdelinger (Statens Helsetilsyn 2002).

Ifølge Davis (2003) har utviklingen de siste tiår vært preget av tre faktorer. Utviklingen innen medisin og offentlig helsevesen har medført reduksjon i mødres og barns dødelighet. Videre har den nye kunnskapen ført til økt institusjonalisering og profesjonalisering innen nyfødtsomsorgen. Dette medfører større adskillelse mellom mor og barn. For det tredje medførte denne adskillelsen igjen økt bevissthet, og dermed forskning på mor-barn forholdets betydning for barnets videre utvikling. Så sent som i tidsrommet 1980-1989 hadde ikke foreldrene anledning til å delta i omsorgen for barnet sitt, og de var bare i liten grad involvert i beslutningsprosesser som angikk behandlingen av barnet. Bare unntaksvis fikk foreldrene mulighet til å ha hud-mot-hud kontakt med barnet sitt. De fikk ikke lov til å holde barnet hvis det lå i kuvøse. På tross av denne restriktive holdningen til kontakt mellom foreldre og barn var det en økende bevissthet om at nettopp denne kontakten var svært viktig (Kledzik & Howell 1996). Etter hvert ble det åpnet for at foreldrene kunne komme til avdelingen på bestemte tidspunkt for å se barnet sitt. I dag er neonatalavdelinger i Norge åpne for foreldrene hele døgnet, og foreldrene oppfordres gradvis til å ta del i stell, og å ha hud-mot-hud kontakt med barnet sitt så ofte som mulig. Målet er at foreldrene skal kunne føle seg trygge på, være skikket til å ta seg av barnet sitt ved utskriving fra avdelingen.

#### **1.4.1 Hvordan fungerer neonatalavdelingen i dag?**

Å komme inn i en moderne neonatal avdeling for første gang, er som å komme inn i en helt fremmed verden. De aller fleste avdelingene i landet består av ett eller to store rom som er inndelt som et kontorlandskap, med "båser" som rommer fra en til tre-fire kuvøser. Kuvøsene som barna ligger i, er omgitt med en mengde medisinsk teknisk utstyr. Dette gir mulighet til overvåkning, og er et supplement til medisinsk og sykepleiefaglig behandling. Små mennesker blir behandlet og overvåket i sine små "hus" 24 timer i døgnet. Ofte lyser, blinker og alarmerer det fra medisinsk teknisk utstyr. Vitale parametre som hjerterytme, surstoffopptak i blodet og blodtrykk lyser mot en fra mange monitorer som er montert på veggen over hver kuvøse. Noen barn ligger i små senger med tøy-himlinger over, for å

beskytte mot lyd og lys, og personalet beveger seg stille mellom kuvøsene. Foreldrene er ofte hos barna sine, og "sitter kenguru" i myke stresslesser ved siden av kuvøsen til barnet sitt.

#### **1.4.2 Kengurumetoden.**

Å "sitte kenguru" betyr at mor eller far har barnet sitt på brystet, hud mot hud. Hensikten med kengurumetoden er å fremme fysisk vekst og velvære hos barnet, fremme kroppsvarme, stimulere respirasjon, fremme amming og stimulere foreldre-barn-tilknytningen (Markestad og Halvorsen 2007). Det er blitt vanlig at foreldrene sitter kenguru flere timer for dag. Det hevdes at de da gir barnet sitt den beste starten de kan få. Selv barn som er født ned mot 25-26 uker får sitte kenguru med mor og far, til tross for at de trenger respirasjonsstøtte, eller har mange venøse tilganger. Forskning viser at det er antydninger til at kengurumetoden er virkningsfull, men det understrekes at det mangler forskning på flere mulige fordeler og ulemper med kengurubæring (Nyqvist 2006).

#### **1.4.3 Omsorgsstrategien i tilknytning til det premature barnet.**

Et mål med omsorg for det premature barnet i neonatalavdelingen er ikke bare at barnet skal overleve, men å bidra til å støtte en sunn utvikling for både barnet og familien. Å støtte foreldre-barn-tilknytningen blir vurdert som en svært viktig faktor i denne forbindelse. Det å lage et optimalt miljø i avdelingen er en viktig faktor for at familien skal trives, og for at foreldre og barn lettere skal kunne knytte seg til hverandre. Det er også av stor betydning at foreldrene skal kunne delta aktivt i omsorgen for barnet sitt.

Det premature barnet er ikke modent nok til å takle livet utenfor livmoren. På grunnlag av de kunnskapene som har kommet frem de siste årene, er det utviklet en ny behandlings- og omsorgsstrategi som tar hensyn til behovene til de aller minste barna. Denne metoden heter Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Den er utviklet i USA på 80-tallet av professor i psykologi, Heidelise Als. Metoden bygger på kunnskaper om det for tidlig fødte barnet og kunnskap om hjernens modning. Filosofien går ut på at hvert barn er unikt, og en ser på det premature barnet som kompetent ut fra sine forutsetninger. Metoden innebærer dermed individuell behandling.

Personale med utdanning i denne metoden utfører gjentatte systematiske observasjoner etter spesielle kriterier. Hver observasjon gir en detaljert beskrivelse av barnets adferd, pleien og

miljøet rundt barnet og hvordan barnet reagerer på dette. Ut fra disse opplysningene utarbeides det en NIDCAP- rapport, som er ment for at foreldrene skal lese for å bli kjente med barnet, og for at foreldre og helsepersonell sammen skal utvikle en pleieplan for hvert barn.

Ifølge Agneta Klegerg (2006) er NIDCAP et redskap til ikke bare å hjelpe og støtte opp under barnets individuelle behov, men til også å innlemme foreldrene som en svært viktig del. Den er laget for å bidra til en relasjonsbasert utviklende omsorgsstrategi, og den tar hensyn til at familien er de primære omsorgsgiverne for barnet. Videre tar den sikte på å forhindre et stressende miljø, og fremme en tidlig tilknytning mellom foreldre og barn. Wielenga og Smit (2005) og Westrup (2007) mener at det etter hvert er godt dokumentert at NIDCAP metoden fungerer tilfredsstillende.

### **1.5 Lover og retningslinjer for foreldre til premature barn som er innlagt i sykehus.**

Foreldre til premature barn har de siste årene fått nasjonale retningslinjer og hjemmel i lovverket som er knyttet til å ha barn innlagt i sykehus. Dette kan bidra til å styrke foreldrebarntilknytningen og opplevelsen av å mestre situasjonen. Foreldrenes rett til å bo sammen med barnet sitt, til å få informasjon og kunne delta i beslutningsprosesser er hjemlet i lov om pasientrettigheter (1999), folketrygdloven § 9-11 og lov om spesialisthelsetjenesten (foreskrift om barns opphold i helseinstitusjon). Barnet har blant annet rett til å ha en eller begge av foreldrene boende hos seg under hele sykehusoppholdet. Foreldrene blir da å betegne som ledsagere.

### **1.6 Tidligere forskning på temaet**

Kvale (2007:53) skriver at en allmenn definisjon av vitenskap er ”en systematisk produksjon av ny kunnskap”. Kalleberg er inne på noe av det samme, og formulerer det slik: ”Når man begrunner et prosjekts vitenskapelige betydning, skjer det ved at man viser hvordan ens eget prosjekt er viktig i forhold til eksisterende forskning” (Kalleberg 2002:46). Derfor blir det viktig å presentere det jeg har funnet av allerede eksisterende kunnskap på dette området.

For å finne ut av hva det er forsket på innenfor mitt tema, måtte jeg lete i ulike databaser. Ifølge Bjørndal m.fl. er det viktig å kunne stille de riktige spørsmålene for å kunne finne de

riktige svarene. De sier at ”begynnelsen til all visdom ligger ikke i svaret, men i spørsmålet” (Bjørndal m.fl. 2007:31). Derfor ble det viktig å tenke over hva som var gode søkeord for mitt vedkommende. Alle søkene ble utført i tidsrommet november/desember 2007 til februar 2008. Aller først benyttet jeg meg av BIBSY. Der søkte jeg på tidligere masteroppgaver som var gjort på *foreldreopplevelse ved prematur fødsel*. Jeg fant åtte ulike oppgaver i tidsrommet fra 1987 til 2007. To av disse var av interesse for meg. Videre søkte jeg på stikkordene ; *prematrue birth*, med nøkkelord som: *parenting stress, coping, experience, qualitative study*.

Jeg søkte så i databasen via helsebiblioteket.no. Den rommet CINAHL, EMBASE, OVID, AMED OG PSYCINFO. Der søkte jeg i alle på en gang med søkeordene; *premature birth* og nøkkelord *parenting stress, parenting experience*. Jeg fant noen få studier som var interessante for min problemstilling. Jeg fant også noen studier som omhandlet enten fars eller mors erfaringer av å få et prematurt barn. Ved å studere litteraturlisten til disse artiklene fant jeg noen relevante studier, og bestilte disse via biblioteket. Når jeg i tillegg satte inn nøkkelordet *qualitative study*, var det ingen relevante treff.

Kalleberg (2002:47) hevder at en forsker må demonstrere kjennskap til eksisterende forskning gjennom en kompetent presentasjon og drøfting av foreliggende litteratur. En må også vise originalitet. Den skal komme til uttrykk ved at ens egen stemme blir en del av dialogen i samfunnet, ved at en klarer å føye til noe nyttig og viktig.

For mitt vedkommende vil jeg under diskusjonsdelen dra inn eksisterende forskning på temaet, der det er naturlig for min problemstilling. I denne omgang vil jeg presentere det jeg fant av forskning som kom inn under mitt tema slik;

### Matrise 1. Inkluderte studier sortert etter årstall

Forfattere/ pub.år/land	forskningsspørsmål	Metode/utvalg/GA/ datainnsamling	Resultat
Stjernqvist (1992) Sverige	En for tidlig fødsels innvirkning på familien det første leveåret	Prospektiv studie og komparativ studie (kvantitativ) longitudinell Kontrollgr.foreldre til terminbarn. GA 24-30 uker Intervju. N= 20 barn	-85% av mødrene og 65% av fedrene hadde fått kriserelaterte reaksjoner ifbm.den premature fødselen, som panikk,frykt og miste håp. Ingen statistisk signifikant forskjell mellom fedre til for tidlig fødte barn og fedre til terminbarn når det gjalt fysiske sypotomer ved deres kropp (forskjeller i mødregruppen). 58% av foreldrepårene i forsøksgr.rapporterte problemer i ekteskapet i barnets første leveår mot 12% i kontrollgr. En prematur fødsel påvirker hele familien. Fedre framsto som en stabiliseringsfaktor i familien.

Shellabarger (1993) USA	Å fremskaffe foreldrereaksjoner ved interaksjon med pleiepersonalet i en neonatalavdeling. (NICU)	Litteraturstudie Observasjon i en NICU Intervju	Foreldre til premature barn i en NICU er under ekstremt stress. De har stort behov for støtte, oppmuntring og informasjon.
Huges et.al. (1994) USA	Sammenligner fedre og mødres oppfatning av stress når barnet er født prematurt	Longitudinell (kvantitativ) N= 57 (32 mødre og 25 fedre) Intervju med måleskalaer	Mødrene brukte flere mestringsstrategier enn fedrene (135 mot 70). Fedrene benyttet seg mest av støtte fra personalet og de benyttet problemløsning som mestringsstrategi. Mødrene fikk mest støtte fra ektefellen og ved å fokusere på det som var positivt.
Doering, m.fl. (1999) Latin-Amerika	Sammenligner fedre og mødre til samme barn sin psykologiske tilpasning til det å få et prematurt og kritisk sykt barn	Komparativ design. (kvantitativ) N 165 mødre og fedre GA <38 uker Spørreskjema med måleskala	Mødrene skåret høyere for dårlig psykososial tilpasning og stress enn fedrene. Fedrene rapporterte høy grad av frykt, uforsoning med situasjonen, og håpløshet, men i mindre grad enn mødrene.
Kelly W. (2001) USA	Sammenligner mødre og fedre, men ikke til samme barn. Hensikt: Å identifisere foreldrenes opplevde behov i en NICU	Komparativ design. (kvantitativ) N= 42 kvinner og 10 menn Selvrapporteringskjema.	Deltakerne rapporterte at å være trygg på at personalet tok seg godt av barnet og informasjonsbehov om barnets tilstand, var mest viktig. Mens oppfølgingsbehov, for egen del var rangert som et lavt behov.
Jackson m.fl. (2003) Sverige	Hvordan mødre og fedre beskriver foreldrerollen gjennom barnets første 18 måneder.	Fenomenologisk , longitudinal (kvalitativ) N = 7 mødre og 7 fedre. Foreldrene ble intervjuet sammen. Etter 1-2 uker, 2,6 og 18 mnd. etter fødsel. GA <34 uker	Utøvelsen av foreldrerollen var en prosess som var preget av ansvar, tillit, fremmedgjøring og fortrolighet. Det var forskjeller mellom mor og far. Første uken etter fødsel var veldig belastende for fedrene. Mødrene hadde problemer med å tenke fremover, de var bekymret for om barnet ville dø. Fedrene hadde en følelse av å være outsiders. Mødrene hadde vanskeligere for å overlate omsorgen til personalet enn fedrene. Fedrene hadde ofte skyldfølelse pga vansker med å kombinere jobb og familieliv Etter 18 måneder rapporterte både mor og far å mestre godt foreldrerollen som en ordinær familie.
Fegran m.fl. (2008) Norge	Å sammenligne fedre og mødres individuelle måter å oppleve tilknytningsprosessen i en neonatalavdeling, den første uken etter prematur fødsel.	Hermeneutisk. (Kvalitativ) N= 6 mødre og 6 fedre Intervjuet separat i forbindelse med utskirving fra neo.avd. GA <32 uker.	Mødrene hadde en opplevelse av maktesløshet etter fødselen. Og de opplevde den første tiden etter fødsel som surrealistisk og fremmend. Fedrene opplevde fødselen som et sjokk, men var med en gang klar for å involvere seg. Mødrene hadde behov for å gjenvinne den midlertidige tapet av tilhørighet til barnet, mens fedrene opplevde tiden som starten på en ny relasjon. Det anbefales å ligge kenguru.

Jeg har valgt å ta med de studiene som hadde inkludert både mor og far siden det ga mest relevant informasjon til min studie. De aller fleste av de studiene jeg har tatt med viser at både far og mor opplever å få et for tidlig født barn som svært stressende og at det er forbundet med mange ulike følelser. De beskriver også hvordan foreldrene opplever tiden i neonatalavdelingen.

## 2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Tidligere kunnskaper og erfaringer er en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med å forske innenfor et bestemt tema. ”Forforståelsen er en ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter.” (Malterud 2006:46). Gjennom min bakgrunn som sykepleier er jeg vant til å ta hensyn til at individet må vurderes individuelt, og at omgivelsene rundt påvirker oss alle. Det er mange årsaker til at mennesker opplever tilværelsen på ulike måter. Når man forsker på livsløp, studerer en mennesket i en helhetlig sammenheng.

### 2.1 Livsløpsperspektivet

Elder og Shanahn (1997:19) skriver at livsløpsteori sammenfatter de historiske og individuelle elementene i ett felles forskningsfelt. Dette er et perspektiv som omfatter både tid, sosialt rom og individuell utvikling. De hevder at livsløpsteorien er en nyorientering i samfunnsvitenskapelig teori. Den plasserer folk i en bestemt livsfase og i en historisk sammenheng. ”En slik tilnærming legger vekt på både individuelle livsløpsvariasjon, på samfunnsmessige betingelser og individenes sosiale forankring, samtidig som individets rolle i utforming av eget liv blir understreket” (Elder og Shanahn, 1997:20). Innenfor livsløpsteorien legger en særlig vekt på overgangene mellom posisjoner som folk opplever på veien fra fødsel til død. Overganger er alltid innvevd i livsbaner, og dette gir overgangene spesifikk mening og form. Det er forståelsen av baner som gir overgangen mening (ibid 1997:21).

Kåre Heggen (1997:145) skriver at livsløpsperspektivet legger avgjørende vekt på konteksten. Han mener at livsløpet kan defineres som en vandring gjennom kontekster, som stadig endrer karakter. Livsløpsforskning fokuserer særlig på bruddene, det vil si når konteksten gjennomgår markerte endringer, eller når individet er i en overgang mellom ulike sosiale kontekster eller livsfaser.

Jon Olav Myklebust sin definisjon på livsløpsperspektivet er slik:

”Livsløpet er summen av mange baner eller løyper på forskjellige områder – for eksempel utdanning, arbeid, familie og helse – som gjensidig påvirker kvarandre. Banene blir oppstykket av overganger og vendepunkt som gir livet ny retning. Disse



banene går gjennom historisk tid og geografisk rom, og dermed blir livsløpet innvove i kontekstar og strukturar prega av både endring og stabilitet. Livsgangen er såleis også eit kontekstløp” (Myklebust 2007:203).

Han sier også at kontekstuelle rammer legger føringer for de aktivitetene individer med ulik grad av handlingsevne kan utføre (ibid). Den fysiske utformingen av neonatalavdelingen, samt de rammene som helsepersonellet skaper kan få konsekvenser for foreldrene i sin streben etter å mestre tilværelsen.

### 2.1.1 Den utviklingsøkologiske modellen

Urie Bronfenbrenner var opptatt av å se helheter og behandle individet i sin kontekst. Han analyserte barns oppvekstmiljø og utviklet det han kaller en utviklingsøkologisk modell. Han er også opptatt av at det ikke bare er barn og ungdom som er i vekst, men at dette også gjelder voksne og eldre. Modellen viser hvordan individet er påvirket av overordnede strukturer og system. Det ene systemet er avhengig av det andre, og de fjerne miljøene påvirker og henger sammen med de nære. Hele organismen er i stadig samspill og forandring. I løpet av en dag vil en person befinne seg i mange ulike miljøer. Et slikt perspektiv er et alternativ, uten nødvendigvis å være i et motsetningsforhold til mer individorienterte forklaringer.

Bronfenbrenner oppfatter det økologiske miljøet som en serie sammenhengende strukturer hvor den ene utgjør kjernen i den andre. Bronfenbrenner sammenligner modellen med de russiske babusjkadokkene, der den ene er puttet inn i den andre. De ulike dukkene virker gjensidig inn på hverandre. (Bronfenbrenner (1979:3). De ulike strukturene betegner han som mikro-, meso-, ekso og makrosystemer.

*Mikrosystemet* er den innerste sirkelen i systemet. Det er her snakk om ansiktsnære situasjoner. Der to eller flere personer møtes i samhandling ansikt til ansikt. Bronfenbrenner definerer dette systemet slik:

“A microsystem is a pattern of activities, roles, and interpersonal relations experienced by the developing person in a given setting with particular physical and material characteristics” (Bronfenbrenner 1979:22).

Med setting mener han en plass der folk møtes ansikt til ansikt. Faktorer som *aktiviteter*, *relasjoner* og *roller* er viktige element for å bygge nettverk i mikrosystemet (ibid).

Han definerer en rolle slik: ”A role is a set of activities and relations expected of a person occupying a particular position in society, and of others in relation to that person”

(Bronfenbrenner 1979:85). Han skriver videre at i alle sosiale lag er en rolle forestillinger om hvordan en forventer at en person skal oppføre seg, og at dette er sammenvevd med relasjoner og aktiviteter som er i den spesielle settingen. En person kan ha mange roller etter hvor han befinner seg. Rollebegrepet handler om hvilke forventninger individet selv og omgivelsene har til hvordan personen skal oppføre seg og handle i ulike situasjoner (ibid).

Det neste nivået kaller Bronfenbrenner for *mesosystemet*. "A mesosystem comprises the interrelations among two or more settings in which the developing person actively participates [...]" (Bronfenbrenner 1979:25). En kan med andre ord si at et mesosystem er sammensatt av mange mikrosystem som individet pendler mellom. Foreldrene til det premature barnet omgir seg med ulike mikrosystemer. Et av mikrosystemene er neonatalavdelingen. Et annet er det de har i sitt eget hjem. Rollene som mor og far har de i begge systemene, men konteksten rundt påvirker foreldrene i ulik grad dette vil igjen påvirke mestringsevnen. Foreldrenes arbeidsplass og fritidsarenaer er andre mikrosystemer som til sammen danner et mesosystem. Myklebust (2007:212) mener at mikro- og mesosystemet legger vekt på sosiale relasjoner. "Linked lives", eller sammenvevde liv.

*Eksosystemet* omfatter hendelser som utspiller seg mellom miljø der personen er medlem, og system der vedkommende ikke deltar direkte, men som får konsekvenser for vedkommende.

"An exosystem refers to one or more settings that do not involve the developing person as an active participant, but in which events occur that affect, or are affected by, what happens in the setting containing the developing person" (Bronfenbrenner 1979:25).

*Makrosystemet* er den ytterste babusjkadukken. Hovedvekten ligger her på de mer overordnede ideologiene i samfunnet eller kulturen. Dette systemet omhandler det mønster av verdier, ritualer, tradisjoner, økonomiske forhold, kultur og ideologier som eksisterer i samfunnet. Bronfenbrenner uttrykker det slik: "the macrosystem comprises the pattern of micro-, meso-, and exosystems characteristic of a given society or segment thereof" (Bronfenbrenner 2005:81). Fibrer fra dette mønsteret går inn i systemene innenfor (mikro-, meso- og eksosystemene). De bindes sammen og setter sitt preg på individets samhandling med omgivelsene.

Heggen (2007:68) hevder at et sentralt poeng hos Bronfenbrenner er at alle disse nivåene stadig er i endring, og at de er dynamiske delsystem som påvirker hverandre gjensidig. Vi må ha et helhetlig blikk for både ulike nivå og for den gjensidige effekten av systemene for å

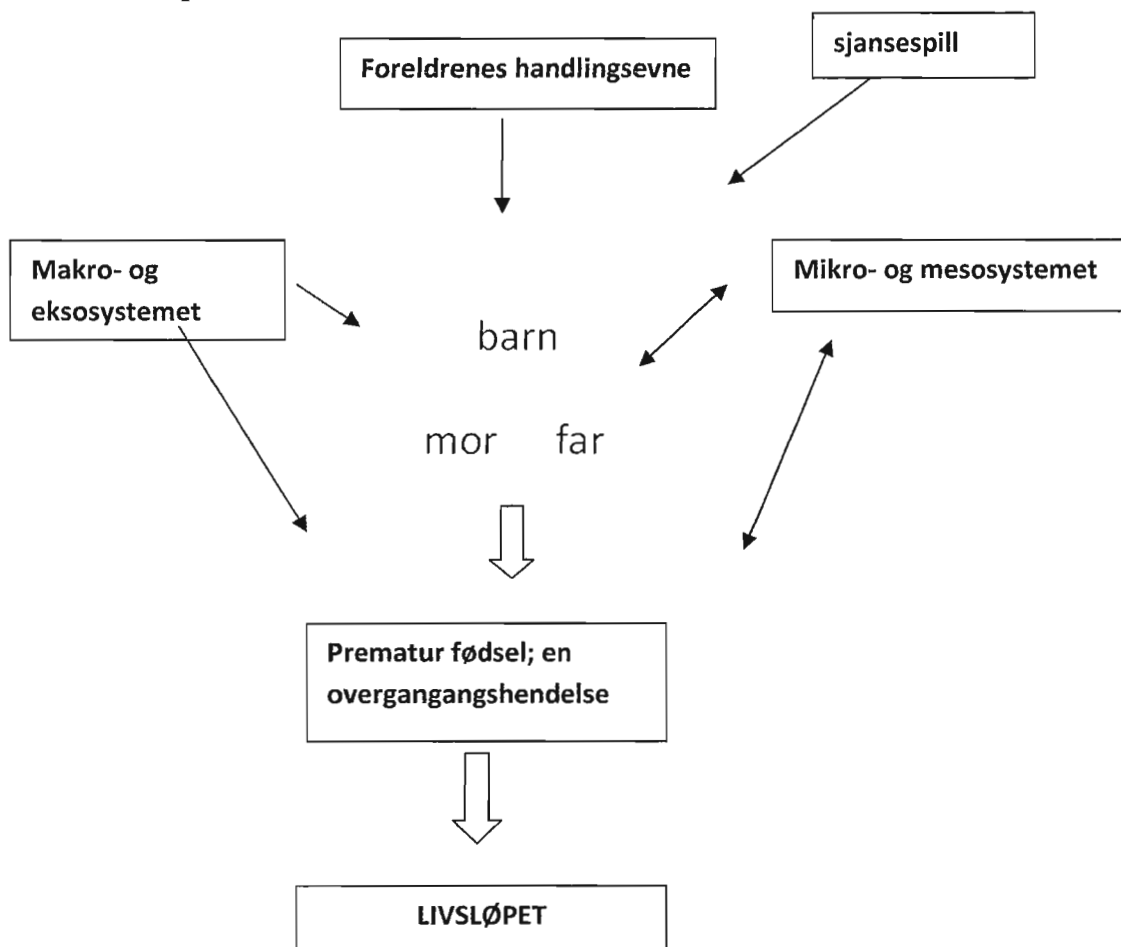
forstå mestringsveien. Heggen understreker at Bronfenbrenner sin teori først og fremst er en allmenn teori om menneskelig utvikling, og ikke spesielt rettet mot helse- eller sosialvesenet.

### **2.1.2 Prematur fødsel; en overgangshendelse.**

Vi utvikler oss hele livet. Innenfor livsløpsperspektivet er en opptatt av at livet blir påvirket av den konteksten en lever i. Myklebust (2007:212) henviser til Bronfenbrenner (1979:4) som sier det er et viktig poeng at det er individets subjektive opplevelse av konteksten det er snakk om, og i mindre grad den ”objektive” realiteten.

Livsløpet starter fra befruktningen, og er sammensatt av prosesser på ulike nivå som influerer på hverandre. I min studie er det en liten bit av foreldrenes livsløp som studeres, når fødselen skjer for tidlig, og de opplevelser mor og far har rundt denne begivenheten. Modellen jeg har konstruert er etter inspirasjon fra Myklebust sin livsløpsmodell for helse- og sosial tilpasning. Han legger vekt på at dette er en dynamisk modell. Det vil si at en legger vekt på at fortiden har betydning for nåtiden (Myklebust 2007:207-208). Den skal illustrere hvilke faktorer som virker inn på foreldrene til et prematurt barn som er innlagt i neonatalavdelingen. Både fysiologiske, psykologiske og sosiale prosesser påvirker hverandre gjensidig, og virker inn på ulike områder.

## Modell 1: Livsløpsmodell.



Livsløpsmodell etter figur 11.1 i Myklebust 2007:208.

I analysen vil jeg ta i bruk denne modellen når jeg prøver å forklare hvilken innvirkning systemet rundt kan ha på foreldrenes opplevelse av å mestre tiden rundt en for tidlig fødsel. Sjansepillet indikerer her den for tidlige fødselen. Det er for de fleste en hendelse som ikke var planlagt. For mange skjer fødselen brått og uventet og dette kan få konsekvenser for hvordan de opplever å mestre situasjonen.

## 2.2 Mestringsbegrepet.

Det å oppleve at en mestrer tilværelsen innenfor de rammer en har, er av stor betydning for individet. Livsløpsstudiene bygger på en grunnleggende oppfatning av at mennesket ønsker å ha kontroll over livet sitt. Om en har de rette ressursene kan en til en viss grad oppnå kontroll

med livsløpet. Det er her sjansespillet kommer inn (Myklebust 2007:211). Eller det som Rune Kvalsund (1997:190) kaller episoder. Slike sjansespill/episoder kan for mange føre til at livet tar en ny retning. Da vil det være avgjørende hvilke ressurser individet har fra før og den hjelp og støtte de får fra systemet og personer rundt seg. Et voksende gap mellom ressurser og ønsker og krav fra omverden kan skape problemer. Å erfare at fødselen skjer lenge før termin oppleves for de fleste foreldre som en krise, og kan medføre en viss fare for å miste kontroll over situasjonen. Hvilken livsfase dette skjer i og hvilke krav en møter fra omgivelsene kan være avgjørende for hvordan en mestrer denne hendelsen. En annen viktig faktor er individets opplevelse av mestring, og hvilke erfaringer en har fra før når det gjelder mestring.

”Mestring” kan defineres som en persons vekslende *kognitive og atferdsmessige* anstrengelser for å håndtere stress eller en utfordrende situasjon” (Lazarus & Folkman 1984:141). Denne definisjonen legger vekt på hva personen tenker og/eller gjør.

(Heggen 2007:65) omtaler mestring slik: ”Mestring handler om å ha tilgang til ressursar – til kunnskapar, ferdigheiter, sosiale ressursar, hjelparar eller utstyr, og evne til å utnytte disse”. Han legger til at det ofte kan være vanskelig å vurdere hva som er god eller dårlig mestring. Mestring må både inkludere selve evnen til å utføre oppgaver (mestringskompetanse) og hvilken forventning og følelser vi har til denne utførelsen (mestringsfølelse). Han mener at det ikke alltid er en sammenheng mellom disse to.

Myklebust (2007:210) skriver at individets *handlingsevne* har stor betydning for mestring og myndiggjøring. Kjernetrekkene ved handlingsevne dreier seg om intensjonalitet, fremtidsrettet tenking, motivasjon, målorientering og selvrefleksjon. Myklebust viser her til Bandura (2001:6-11) som mener at begrepet *mestringsforventning* er viktig i helsesammenheng. Dersom mestringsforventningen er høy, vil en ha tro på at egne handlinger kan innvirke på helsetilstanden. Dette vil igjen føre til positive overganger eller vendepunkt i helse- og velferdsbanene.

Aaron Antonovsky (2000:30) har stilt seg spørsmålet om hva det er som gjør at noen klarer å takle store påkjenninger, og komme ut av det med helsen i behold. Han tar utgangspunkt i salutogenese som innfallsvinkel. Det vil si at han bygger på en teori om tilblivelse (genesis) av helse (saluto). Dette står i motsetning til patogenese som betyr sykdomsdannelse.

Antonovsky (2000:46) oppfatter ikke stressfaktorer for å være negative eller patologiske. De kan like godt være helbredsfrøende. Han er opptatt av å ikke fokusere på stressfaktorer og

å finne ut av hva som er årsaken til sykdom og mangel på mestring. Han ser heller på hva det er som gjør at mennesker, til tross for motgang i livet, kommer godt ut av det. Han ser videre helse som et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk. Den salutogene tilnærmingen leder interessen mot de faktorene som bringer individet så nær den friske enden som mulig. Å oppleve mening med tilværelsen og hendelser som skjer er viktig når individet skal mestre situasjoner som oppstår i livet. Antonovsky mener at for at individet skal kunne mestre situasjoner som oppstår, eller livet i det hele, så er det viktig at en har en *opplevelse av sammenheng* (OAS) i tilværelsen.

Oplevelsen av sammenheng er en global indstilling, der uttrykker den udstrækning, i hvilken man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse av tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerte, forutsidelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer, der er værd at engagere sig i (Antonovsky 2000:37).

Ifølge Antonovsky (2000:34-40), så består OAS dermed av tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det er styrken av OAS som avgjør hvordan utfallet blir. *Begripelighet* handler om en tillit til at det som skjer er kognitivt forståelig og kan forklares. Er det kaotisk og uforståelig, eller kan det settes inn i en sammenheng og fremstå som strukturert og tydelig? Det forutsetter at en kan bedømme virkeligheten. Han mener at om en har en passiv holdning til at ting vil ordne seg til slutt, eller at alt som kan gå galt går galt, så innebærer ikke det begripelighet.

*Håndterbarhet* består i at personen har en følelse av å kunne håndtere utfordringer. Her står mestringsressursene til rådighet. Det kan være ressurser som en selv har kontroll over eller som kontrolleres av en annen person som en stoler på og har tillit til. En person som har en sterk følelse av håndterbarhet ser ikke livet som urettferdig eller føler seg som et offer. Håndterbarhet sier ingenting om hva som er rett handling, men det finnes mange veier til å oppnå håndterbarhet. Ved lav håndterbarhet, der en ikke tror at det står ressurser til rådighet, vil det ikke være mening i å forsøke å mestre situasjonen.

*Meningsfullhet* er den av de tre komponentene som Antonovsky anser som den mest betydningsfulle. Den handler om at det er viktig å være engasjert og deltakende i de prosesser som former ens eget liv. En opplever livet som meningsfullt og forståelig og søker mening

også i det som virker meningsløst. Antonovsky anser meningsfullhet som det mest sentrale element fordi det er motiverende.

Disse tre komponentene henger sammen og virker på hverandre. Høy håndterbarhet er for eksempel avhengig av høy begripelighet. Høy meningsfullhet og begripelighet gjør at man motiveres til å søke etter ressurser. Den OAS-sterke tror at det kan skapes orden av kaos og vil handle for å oppnå dette. Han vil ha en høy grad av autonomi og være åpen for ny kunnskap. Dette kan lede til nye handlingsalternativer, og gi en opplevelse av kontroll.

Dette er grunnlaget for det mestringsteoretiske perspektivet jeg har på den overgangen i livet det er å få et prematurt barn.

### **2.3 Den psykologiske graviditeten.**

Normalt forbereder den gravide kvinnen og mannen seg både fysisk og psykisk til å bli foreldre. I dag sier mange par: "vi er gravide". Noe av denne forklaringen kan nok ligge i arbeidet som spedbarnsforskerene Daniel Stern, og Joan Ralphael-Leff har gjort. De har på hver sin kant forsket på foreldre-barn-tilknytning, og hvilke mekanismer som trer i kraft når kvinner og menn skal bli foreldre.

Stern (1999) har for det meste fokusert på kvinnen. Han beskriver hvordan en mor føder psykologisk likedan som et barn fødes fysisk. Morsrollen er en mental omstillingsprosess, og utvikler seg gradvis under svangerskapet. Denne prosessen er til dels forskjellig fra kvinne til kvinne, og delvis er den lik for alle kvinner i alle kulturer. Stern beskriver tre graviditeter. Den første omtaler han som fosteret som vokser i kvinnens kropp. Den andre betegner han som morsmentaliteten som utvikler seg i kvinnens psyke. Den tredje er fantasibarnet som trer frem i kvinnens tanker. Videre beskriver han det som en prosess i tre stadier. Det første stadiet handler om å forberede seg til morsrollen. Denne fasen innledes med graviditetens ni måneder. Under denne perioden utfører kvinnen mesteparten av det mentale arbeidet som kreves for å omstille seg til morsrollen. Samtidig som hennes kropp former fosteret, utvikler hun sin nye identitet som mor. Den neste fasen handler om barnets fysiske fødsel, og hvordan denne dramatiske omstillingen i kvinnens liv baner vei for hennes egen psykologiske fødsel som mor. Her vil kvinnens fantasier rundt sitt kommende barn møte det virkelige barnet. Disse fantasiene kan ofte fungere som selvoppfyllende profetier. Han skriver at selv om du fysisk blir mor i det øyeblikket du føder ditt barn, så er den psykologiske fødselen ennå ikke

fullbyrdet. Den tredje fasen kommer først når mor har kommet hjem med barnet og begynner å lære sitt barn å kjenne. Stern hevder at den tidlige relasjonen mellom mor og barn, så vel som barnets fortsatte utvikling, i høy grad bestemmes av hva som foregår i mors fantasiverden. Denne fantasiverdenen er, ifølge Stern intimt sammenbundet med mors livshistorie. Stern skriver at far til barnet også gjennomgår lignende faser gjennom barnemorens graviditet.

Joan Raphael-Leff (1992) deler også kvinnens psykologiske utvikling under graviditeten inn i tre trimester, slik en gjør det med den fysiske svangerskapsutviklingen, og slik Stern (1999) gjør det. De to har likevel noe ulike beskrivelser. Det første trimesteret kaller Raphael-Leff for sammensmelting mellom mor og foster. Ved det andre trimester foregår det en gradvis differensiering mellom mor og foster. Når en er kommet til tredje trimester skjer en gradvis psykisk separasjon mellom mor og foster. Raphael-Leff beskriver at under det første trimesteret begynner kvinnen suksessivt og forstå at hun venter barn. Hun begynner å tenke på hva det innebærer å bli mor og hvordan dette vil påvirke livet hennes. I denne perioden er det vanlig at den gravide blir innesluttet og følsom.

Det er også vanlig at det oppstår konflikter i parforholdet i denne perioden. Raphael-Leff legger til at far har også mange av disse følelsene i denne tiden. Under det andre trimesteret begynner kvinnen å venne seg til sin nye livssituasjon og graviditeten. Barnet blir mer og mer virkelig ettersom graviditeten begynner å synes og hun kjenner fosterbevegelser. Paret begynner å innstille seg på å bli foreldre, og de begynner å få en relasjon til barnet. Under det tredje trimesteret vil omgivelsene til den gravide begynne å ta hensyn til hennes tilstand. Mange gravide blir i denne perioden "dullet" med av sine nærmeste, og det vil for de fleste oppleves som et høydepunkt under graviditeten. Kvinnen kjenner nå igjen barnets bevegelser, rytme og temperament. Mange par har i denne perioden et kallenavn på det ventede barnet. De vil også i dette trimesteret begynne med de fysiske forberedelsene til at barnet skal komme, og mange går nå på svangerskapskurs. Når forløsningen nærmer seg kjenner kvinnen seg mer og mer tung i kroppen. Den fysiske vekten av barnet blir tyngre og tyngre, noe som fører til at kvinnen lett blir sliten og dermed også psykisk rede til å føde, slik at barnet blir et separat individ. Etter fødselen vil mor og far få barnet i armene. Spesielt mor har et stort behov for å være nær barnet sitt like etter fødsel Raphael-Leff (1992).

Ifølge Raphael- Leff (2001:153) er de fleste studier gjort rundt kvinnens graviditet, og det er bare i de seneste år at far har blitt fokus for studier. Raphael-Leff har gjort flere studier på



gravide par. På grunnlag av intervjuer med kvinner og menn som venter barn beskriver hun at noen vordende fedre ofte føler seg hjelpeløse. Den gravide partneren former barnet gjennom graviditeten, mens mannen står for det mentale arbeidet med å bekymre seg for dem begge. Han tar ofte på seg arbeidet med å forhindre at den gravide partneren skal bekymre seg. Videre passer han på at hun får riktig ernæring og holder seg unna ting som ikke er bra for hans barn.

### **2.3.1 Når barnet fødes for tidlig.**

Stern (1999) mener at når barnet fødes for tidlig har ikke moren hatt tid til å utvikle bildet av det fantasibildet hun har skapt. Dette fantasibildet forandrer seg gjennom svangerskapet. Det barnet som kvinnen føder, er umodent og skjørt. I den siste delen av svangerskapet, er ofte den gravide urolig for fødselen og har ulike tanker om hva som kan hende med barnet. Når disse tankene kommer, trer tankene om fantasibarnet mer i bakgrunnen, til fordel for virkeligheten. På denne måten er kvinner beredt til å ta seg av det barnet som måtte komme. Stern hevder også at moren til det premature barnet ofte føler seg mislykket siden hun ikke klarte å fullføre svangerskapet. Dessuten blir mor og barn atskilt og barnets omsorg blir tatt hånd om av spesialutdannet personell i et fremmed miljø.

### **2.4 Det premature barnet.**

Et normalt svangerskap varer 40 uker (280 dager). Alle barn som er født mer enn 3 uker for tidlig, altså tidligere enn 36 uker og 6 dager, kalles premature. Det vil si at de er født før de er "modne" (pre = før, matur = moden) (Peitersen og Arrøe 2002). Alderen er vanligvis oppgitt i uker, fra siste menstruasjons første dag, eller, som oftest basert på ultralyd i 17.-18.svangerskapsuke. Svangerskapsuker er også omtalt som gestasjonsalder eller GA. Fullbårne barn er betegnelsen på de som er født mellom 37-41 uker. Ekstremt premature er de som fødes før 28 uker, meget premature er barn født før 32 uker og premature barn er betegnelsen på de som er født fra 32.-37. svangerskapsuke (Markestad og Halvorsen 2007). Definisjonen er altså ikke knyttet til vekten av barnet. Vekten avhenger av den intrauterine vekstrate og de intrauterine vekstbetingelsene. Gjennomsnittlig fødselsvekt til fullbårne barn er omtrent 3500 gram (Peitersen og Arrøe 2002). I gjennomsnitt vil et barn veie ca 2500 gram ved 34. svangerskapsuke, 1500 gram ved 30 uker, 1000 gram ved 27 uker og 700 gram

ved 24 uker (Markestad og Halvorsen 2007:17). I tillegg til å være prematurt kan også barnet være for liten for alderen, såkalt intrauterint veksthemmet barn (IUGR) (Peitersen og Arrøe 2002). En relativt stor andel av for tidlig fødte barn er samtidig veksthemmet i fosterlivet, og fødes som lettere i forhold til gjennomsnittsvekten (Markestad og Halvorsen 2007).

#### **2.4.1 Årsaker til prematur fødsel**

Det er mange forhold som kan ligge til grunn, og ofte vet vi ikke helt sikkert hva som er årsaken til at barnet fødes for tidlig. For tidlig fødsel kan i enkelte tilfeller skyldes svakheter i livmorhalsen som gjør at denne ikke klarer å holde seg lukket når fosteret blir større og tyngre. I andre tilfeller kan fødselen inntreffe for tidlig på grunn av infeksjoner hos mor. Ellers kan svangerskapsforgiftning (pre-eklampsi) med høyt blodtrykk, eggehvite i urinen og hevelse i kroppen gjøre keisersnitt nødvendig. Morkaken har i slike tilfeller for dårlig evne til å gi fosteret nok næring og det er bedre for barnet at det blir født før tiden. Spesielle sykdommer hos mor kan også ligge til grunn for prematur fødsel (Peitersen og Aarrøe 2002). Hellp-syndrom er den mest alvorlige formen for svangerskapsforgiftning, og kan være livstruende (Guldbrandsen og Stubberud 2005:389).

Ifølge studien til Wilcox m.fl (2007) (MFR) viser det seg at arvelige faktorer kan føre til prematuritet. Det viser seg at mors gener har betydning for om barnet blir født før 37.svangerskapsuke. Fars gener har liten betydning. De kvinner som selv er født prematurt har økt risiko for selv å føde prematurt. De rapporterer at for mødre som er født før GA 28 har 3.2 ganger så stor sjanse til å føde et prematurt barn, sammenlignet med de mødrene som er født til termin. De kvinnene som selv er født mellom GA 28-31 har 2.6 ganger så stor sjanse for å føde prematurt, sammenlignet med de som er født til termin.

Vi vet også at røyking er en medvirkende årsak til prematuritet. Betydelige fysiske og psykiske påkjenninger regnes også med å være delårsak til det samme. De som blir gravide når de er under 16 år eller over 35 år har også en større sjanse for å føde for tidlig, videre om en har hyppige graviditeter med korte intervaller mellom hver fødsel. Kunstig befruktning har gjort flerlingefødsler mer vanlig. At det blir født flere tvillinger, trillinger og enda flere barn har ført til at det er blitt mer vanlig med premature fødsler nå enn tidligere (Peitersen og Aarrøe 2002).

## 2.4.2 Det premature barnets karakteristikk og utvikling.

Ekstremt premature barn preges av umodenhet i alle vitale systemer, og må pleies med den største grad av varsomhet for ikke å bli påført skade. Myeliniseringen av nervebanene skjer i siste trimester, hvor de ekstremt premature barna opplever en betydelig påvirkning fra omgivelsene. Det de opplever av høye lyder, sterkt lys og temperaturforandringer kan gi livstruende stress. Hjernens utvikling er sentral når det gjelder at premature barn kan bli utsatt for senskader, hevder Jepsen (2004). Dette fordi hjernen og sentralnervesystemet er veldig sårbart før barnet når termin. Nervesystemet er svært umodent hos for tidlig fødte barn, og har vanskelige utviklingsbetingelser utenfor livmoren.

Fra svangerskapsuke 28 -32 begynner hjernen for alvor å koordinere sanseinformasjoner. Ekstremt og meget for tidlig fødte barn er altså ved fødselen ikke i stand til å koordinere sanseinformasjoner. Når i tillegg både hjerne og sanseapparatet har dårligere utviklingsmuligheter utenfor livmoren, kan barnet få problemer med filtreringen av stimulus. Sanseintrykk passerer ufiltrert og får like stor betydning. Det er også hos premature barn en dårlig forbindelse mellom høyre og venstre hjernehalvdel (Jepsen 2004 og Wallin 2001). Siden de premature barna ikke er i stand til å filtrere stimuli, kan det føre til økt fare for stress. Derfor blir det lett å forstå at de premature barna har stort behov for å bli skjermet fra omgivelsene. Wallin skriver at å bli født for tidlig og å bli behandlet på en intensivavdeling, under denne følsomme perioden i livet, innebærer en risiko for overstimulering av de nettverk i hjernen som er under utvikling. Den sensoriske stimuleringen og det sosiale miljøet kan derfor forsterke og omdanne neuronale kontakter tidlig i livet (Wallin 2001). Ifølge Kleberg m.fl. (1995) så bidrar barnets opplevelse av berøring, smerte, lyd, lys og de bevegelser det selv gjør, til nervesystemets utvikling. Hun mener derfor at miljøet på neonatalavdelingen har svært stor betydning for barnets utvikling.

Stor umodenhet i sentralnervesystemet medfører pusteproblemer, lav motorisk aktivitet og muskeltonus (Sørensen, 2004). Dette betyr at det premature barnet ikke kan puste ordentlig uten hjelp medisinsk og/eller teknologisk. Ifølge Peitersen og Aarrøe (2002) og Saugstad (1999) har de fleste barn som er født under gestasjonsalder 32-34 problemer med respirasjonen. Dette er hovedsakelig på grunn av at alveolene ikke er tilstrekkelig utviklet, og utilstrekkelig surfaktantproduksjon. Surfaktant får lungealveolene til å holde seg utspilt, slik at gassutvekslingen kan skje normalt. Derfor trenger de aller fleste av disse barna hjelp til

gassutvekslingen like etter fødsel. Først etter uke 34-35 er surfaktant ferdig utviklet, og først da er lungene helt modne (Saugstad 1999).

Alle organer til det premature barnet er umodent. Den umodne leverfunksjonen fører til en mer uttalt og langvarig gulsott, noe som fører til at alle premature barn må få behandling med fototerapi (lysbehandlig). En umoden lever fører også til nedsatt evne til lagring av glukogen, noe som fører til en tendens til hypoglykemi. Derfor trenger de premature barna konstant tilførsel av næring. Mage- og tarmsystemet er umodent, og ernæring er derfor ofte vanskelig. Alle nyfødte taper vekt i starten, og premature enda mer. Derfor trenger barnet ekstra kaloritilførsel for at det skal få en brukbar vektøkning. De aller minste klarer ikke å ta til seg all næringen via magesekken, og må derfor få det meste av næringen intravenøst i starten. Nyrefunksjonen er også umoden, og evnen til å konsentrere urin er nedsatt. Det samme gjelder evnen til å regulere væske, elektrolytter og blodgasser. Også evnen til å omsette medikamenter nedsatt. Barna har ikke nok utviklede kompensasjonsmekanismer for å regulere slik som blodtrykk og respirasjon. Derfor blir disse barna overvåket av sykepleiere ved hjelp av medisinsk teknisk utstyr hele døgnet den første tiden. På grunn av skjøre blodkar er retinopati (ROP) en skade disse barna er svært utsatt for. Retinakarene er meget følsomme for oksygen og sterkt lys. Premature barn har også en nedsatt resistens mot infeksjoner, idet overførselen av immunglobuliner fra mor til foster først finner sted etter ca GA 32 (Peitersen og Arrøe,2002).

Peitersen og Arrøe (2002) skriver at det premature barnet har relativt stort hode i forhold til kroppen. Barnet har umoden hud med sparsomt subkutant fettlag og sparsom muskelmasse. Huden er glatt og fotsålene og håndflatene har få furer. Både Peitersen og Arrøe (2002) og Kleberg (Wallin, 2001) hevder at umodenheten fører til en sparsom motorisk aktivitet og nedsatt muskeltonus. På grunn av den tynne huden og den store kroppsoverflaten taper de fort temperatur og væske, og derfor har disse barna et økt behov for relativt høy temperatur og luftfuktighet. Barna blir av den grunn lagt i kuvøse like etter fødsel. Etter mine erfaringer, er det vanlig praksis på de fleste prematuravdelinger å la barnet ligge i kuvøse frem til det er rundt 34 uker eller over 1500g. Da anses de som modne nok til å kunne regulere temperaturen selv.

### **2.4.3 Barnets opplevelse av en for tidlig fødsel**

Jepsen (2004) henviser til spedbarnspsykologen Schaffer (2000) når hun skriver at det innenfor spedbarnspsykologien er bred enighet om at de første to årene av et barns liv er særdeles viktig for personlighetsutviklingen. Nyere forskning viser at psykisk ubalanse som kan ha oppstått i dette tidsrommet lar seg reparere senere i livet. Schaffer hevder videre at det er en voldsomt sjokkerende opplevelse for barnet å bli født, og når det skjer før tiden er sjokket vesentlig større. Dels er barnet på ingen måte parat til å fødes, dels foregår fødselen og den etterfølgende undersøkelsen og behandlingen oftest i ett stressende akuttmiljø. Barnet fjernes øyeblikkelig fra moren, undersøkes, legges i kuvøse og kjøres på neonatalavdelingen til videre overvåking og behandling. Alene i verden, vekk fra det eneste trygge stedet som barnet kjenner til: mors beskyttende kropp, hennes lukt, stemme og hjerterytme. Barnets opplevelse blir nå heller et møte med fremmede, effektive hender. Barnet blir stukket, får innlagt ventrikkelsonde, påklistret elektroder og blir som oftest lagt på CPAP (continuous positive airway pressure-ventilation) eller respirator. Schaffer hevder at barnet opplever og registrerer adskillelsen fra moren som et savn og et svik. Det er en dyp følelse av svik, som vil kunne følge barnet lenge hvis det ikke blir tatt hånd om. Mange for tidlig fødte barn har en ubevisst vrede mot sin mor, som bl.a. kan komme til uttrykk ved avvisning av trøst og kjærtegn. Sørensen (2004) viser til Bowlby (1996) og hevder at det de siste 50 år er gjort mye forskning som tyder på en årsaksforbindelse mellom tap av morsomsorg i den tidlige barndom og forstyrret personlighetsutvikling. Til sammenligning med en normal fødsel, der mor og barn blir forent like etter fødsel og har nærkontakt så å si hele døgnet, vil forutsetningene for utviklingen av den grunnleggende tillit hos barnet oppfylles. Når barnet mister denne nødvendige nærheten til sin mor, kan det oppstå en eksistensiell angst hos barnet. Ifølge Margaret Mahler (1988:34) utvikler barnet ved tidlig adskillelse et svakt "jeg", og det blir sårbart og redd. Når barnet i tillegg er prematurt og innlagt på en nyfødteintensiv avdeling, må en se dette i sammenheng. Disse barna blir ofte utsatt for stress og smerte og samtidig er de atskilt fra sin trygge base; mor, og da forsterkes angsten.

### **2.4.4 Forventede senfølger etter en prematur fødsel.**

Vekten har ikke en vesentlig betydning for det premature barnets overlevelsesmuligheter og risiko for senfølger. Derimot spiller barnets modenhet en stor rolle, og den er direkte relatert til gestasjonsalder. Især lungenes samt hjernens og nervesystemets utvikling er vesentlige

faktorer når det gjelder senfølger (Jepsen 2004). Det er få barn som dør når de fødes senere enn 27 uker. Barn som overlever for tidlig fødsel, har høyere risiko enn barn født til termin for å få sykdommer og skader som kan ha betydning for helsen og utviklingen (Kaaresen m.fl. 2006 og Markestad og Halvorsen 2007). Risikoen øker med avtagende svangerskapsalder, og dersom barnet samtidig veier lite i forhold til det som er gjennomsnitt for svangerskapsalder. Slike sykdommer og skader kan være lungesykdom, ernæringsvansker og mangelfull vekst, sansedefekter, alvorlige hjerneskader, vansker knyttet til læring, språk, psykisk helse og motorikk (Markestad og Halvorsen 2007). Graden av stress og smertefull behandling er også avgjørende for om det vil oppstå komplikasjoner i den neonatale perioden, og det kan gi følger på lang sikt. Tidsrommet for adskillelse mellom mor og barn er sammen med omfanget av smertefull og ubehagelig pleie og behandling har alt å si for hvor traumatisert det premature barnet vil bli (Jepsen 2004).

### **3.0 METODE**

#### **3.1 Innledning**

I dette kapitlet vil jeg gjøre greie for det metodiske grunnlaget for studien. Studiens problemstilling er knyttet til foreldrenes opplevelse av mestring rundt en prematur fødsel. Repstad (2007:20) skriver at kvalitativ samfunnsforskning prøver å finne fram til den stillette, underforståtte "teori om verden". Det er med bakgrunn i interessen for aktørens subjektive meningshorisont at sosiologi laget ved hjelp av kvalitative metoder kalles forstående sosiologi. For å skaffe til veie den kunnskapen jeg trenger for å kunne belyse problemstillingen, har jeg utført en kvalitativ studie.

Jeg har brukt et strategisk utvalg bestående av åtte foreldrepar, som er intervjuet hver for seg. Med strategisk utvalg menes at forskeren har bestemt seg for hvilken målgruppe forskningen skal rette seg mot for å samle nødvendige data (Johannessen m.fl. 2006:107). Det blir det samme som Ringdal (2001:187) mener med stratifisert utvelging. Han skriver at det er en generelt god oppskrift når en vil ha et representativt utvalg. En deler da informantene inn i grupper, slik jeg har gjort det med mine informanter. Jeg vil komme tilbake til hvordan jeg konkret har gjort dette under pkt 3.8.

En slik metodisk tilnærming befinner seg innenfor en hermeneutisk vitenskapstradisjon. I følge Gilje og Grimen (1993:143), betyr hermeneutikk forklaringskunst. Kalleberg (2002:45) skriver at for å forstå sammenhenger er "hermeneutisk sirkel" benyttet som begrep, men legger til at: "metaforen "spiral" ville kanskje være bedre for å markere at vi ikke kommer tilbake til samme sted i slike forståelsesprosesser". Han sier også at det er flere sirkler. "Helhet-del"-sirkelen dreier seg om det som skal forsås, og vises til den stadige rundgangen mellom deler og helhet i et felt, en kontekst (Kalleberg 2002:35). Med dette mener han at når en skal forstå bestemte ytringer og handlinger, så må en gå til den brede kontekst. For å kunne forstå den brede kontekst, så må en også forstå de mindre delene den består av.

Samfunnsforskeren må også forholde seg til en verden som allerede er fortolket av de sosiale aktørene. Tolkingen står derfor sentralt. For å kunne tolke et fenomen blir det viktig at en tar hensyn til kontekst og forforståelse. Den hermeneutiske sirkel er et utgangspunkt for å forstå noe som har mening. Den peker på [...] "forbindelsene mellom det vi skal fortolke, forforståelsen og den sammenhengen eller konteksten det må fortolkes" (Gilje og Grimen

1993:153). En masteroppgave er en svenneprøve i forskningskunsten. Derfor har jeg valgt å beskrive fremgangsmåten min detaljert. En ulempe ved dette kan være at det blir noe kjedelig å lese. Jeg mener at fordelen er at min forskning blir mer transparent, dermed kan leseren lettere kontrollere min vei gjennom forskningsprosessen.

### **3.2 Opplevelse som grunnlag for forskning**

Gjennom å lytte til det foreldrene forteller, får jeg et aktørperspektiv på hvordan den enkelte forelder forholder seg til komplekse utfordringer rundt en prematur fødsel. Dette er en retrospektiv studie. Jeg er ute etter opplevelser som foreldrene hadde for to til syv måneder siden. Når en skal huske tilbake i tid, så vil ofte nåtiden influere på fortiden, altså minnene. Dermed vil jeg ikke være garantert å få de "historiske korrekte" svarene, i og med at de også er tolket i ettertid. Et kvalitativt forskningsintervju med mestring og livsløpsperspektiv som overordnet teoretisk bakteppe, tar sikte på å forstå foreldrenes opplevelse av det som skjedde rundt den premature fødselen, og deres opplevelse av å mestre situasjonen. Kvale definerer et kvalitativt forskningsintervju som: "et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene" (Kvale 2007:21). Nøkkelbegrepene er her beskrivelse, livsverden og fortolkning. Derfor blir hensikten med et slikt intervju å få en beskrivelse sett fra informantens ståsted. Sett gjennom informantens indre opplevelse, ikke beskrivelse av hendelser sett utenfra. Intervjueren skal registrere og tolke meningen med det som blir sagt og måten det blir sagt på. Produktet blir skapt i samspill mellom forteller og intervjuer. Det er intervjueren som legger føringer for tema og innhold, og det er intervjueren som er ansvarlig for hvilke deler av historien som kommer fram i sluttproduktet. Kvale hevder videre at fortellinger og samtaler i dag er ansett som sentrale i arbeidet med å innhente kunnskap om den sosiale verdenen, vitenskapelig kunnskap innbefattet (ibid:24). Han betrakter forskningsintervjuet som et produksjonssted for kunnskap, og understreker at det er den mellommenneskelige interaksjonen i intervjuet som produserer den vitenskapelige kunnskapen. Intervjupersonene besvarer ikke bare de spørsmålene som blir stilt, men formulerer også selv sine egne oppfatninger av den verden de lever i, gjennom dialogen med intervjueren. Kvalitativ kunnskap uttrykkes med et vanlig språk, og er ikke gjenstand for kvantifisering.

Kvale (2007:93) lister opp noen kvalitetskriterier for hvilke kvalifikasjoner intervjueren bør ha. Han påpeker at intervjueren er selve forskningsinstrumentet. Intervjueren skal ikke bare ha



omfattende kunnskaper om de aktuelle emner, men må også være strukturert, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende og stille kritiske spørsmål for å teste påliteligheten og gyldigheten av det som blir sagt. Samtidig må intervjueren ha god hukommelse for å huske intervjupersonens uttalelser tidligere i intervjuet, for å kunne relatere dem til hverandre og be om utdypinger. Dessuten må han/hun være i stand til å klargjøre og utdype meningen med ulike uttalelser mens intervjuet pågår, og å få sin tolkning bekreftet eller avkreftet.

Å skulle oppfylle alle disse kriteriene på en god måte, er en utfordrende oppgave for meg. Men jeg trøster meg med at til tross for disse kriteriene så mener Kvale at det ikke finnes noen absolutte krav om intervjukvalifikasjoner (Kvale 2007:94). Det å være genuint interessert i det informantene har å fortelle, anser jeg som en stor verdi for at resultatet skal bli godt. For min del er dette tilfellet. Jeg har ikke erfaring i å intervjuer fra før. Dermed vil denne prosessen som å være en læreprosess for meg.

### **3.3 Å forske på eget arbeidsfelt: nærhet og distanse**

I dette prosjektet går jeg inn i et område der jeg forsker på eget arbeidsfelt. Derfor vil det være stor sannsynlighet for at jeg kan være forutinntatt på mange områder. Jeg anser det for å være både negativt og positivt. Når det gjelder de negative faktorene så vil det, for det første, være faren for at jeg kan være blindet for en del informasjon som jeg vil komme over. For det andre kan det være at jeg kan få vansker med å se helheten, når jeg så er involvert i delene, som det en sykepleier i en neonatal avdeling nødvendigvis er. Når det gjelder de positive sidene så kan det være en fordel å forske på et felt som en kjenner godt til fra før. Fordelen med det er at en ofte har gjort seg opp en mening om hva det er forsket lite av på forhånd og hva det er viktig å få rede på for å kunne utføre en bedre jobb i fremtiden. Min faglige bakgrunn vil også gjøre at jeg har en del innsikt og kunnskaper om fagfeltet.

Kalleberg (2002:45) skriver om "going native" og om etnosentrisme. Med det mener han at en som forsker i samtale med informanten lett kan gå i to feller. Det ene er at en gjennom intervjuet kan opparbeide for stor nærhet til informanten, og dermed "go native". Da vil en identifisere seg så mye med informantens opplevelser at en ikke klarer å se helheten. Etnosentrisme vil være det motsatte. At forsker er så fjern fra det han studerer at resultatet ikke blir optimalt.

Jeg vurderte om jeg skulle hente informanter fra et annet sykehus, eller om jeg skulle forske på egen arbeidsplass. Siden det lokale sykehuset er fylkesdekkende innenfor neonatalomsorgen, og på grunn av tidsmessige og økonomiske rammefaktorer, valgte jeg å forske på det sykehuset jeg selv arbeider. Da ble det viktig å ta noen forhåndsregler. Det ville ikke være gunstig om jeg skulle intervju foreldre som jeg selv hadde hatt et sykepleieforhold til. Dette fordi jeg da kunne risikere at de kunne være tilbakeholdne i forhold til hva de valgte å fortelle meg. Ved at jeg var så involvert i deres hverdag, kunne det føre til at de ikke ville ha samme tillitsforholdet til meg, som de muligvis ville hatt om jeg var ukjent og bare forsker. De ville også kunne komme i en lojalitetskonflikt ved at de kunne føle seg presset til å delta. Noen kan føle at de er i en slags takknemmelighetsgjeld, og derfor må stille til intervju.

Om det skulle være noe negativt med den omsorgen de fikk, så ville de kunne føle at det støtet meg om de fortalte det som eventuelt var negative opplevelser. Jeg har jobbet lite i avdelingen det siste året. Jeg har gått i redusert stilling, og hatt en del studiepermisjoner. Når jeg var på arbeid, valgte jeg bevisst å ikke ha ansvaret for pasienter og foreldre som kunne være kandidater til min studie. Kalleberg (2002:39) anbefaler å ”grave der man står”. Han skriver også at: ”En av de store utfordringene i feltforskning er å kunne veksle mellom tilstrekkelig nærhet og tilstrekkelig distanse” (2002:45). Ut fra en helhetsvurdering anser jeg dette for å være en god måte å gjøre det på, som kan sikre en så høy grad av validitet som mulig.

Jeg visste lite om hva foreldrene til de premature barna opplevde i forbindelse med fødselen og tiden etter, før jeg startet med dette prosjektet. Jeg opplevde at det ofte var vanskelig å få tilstrekkelig tid til å kunne sette seg ned for å samtale med foreldrene om deres opplevelse og hvilke strategier de har for mestring. Det er viktig å få avdekket foreldrenes opplevelse rundt en prematur fødsel, slik at en på best mulig måte skal kunne veilede foreldrene til å mestre situasjonen og barnet så godt som mulig.

### **3.4 Når kvinner forsker på menn.**

For meg vil det i denne studien være sentralt å legge vekt på forskjeller mellom mor og fars opplevelse av å bli foreldre til et prematurt barn, og prøve å forstå hva som ligger til grunn for deres opplevelse av mestring. Tanker jeg har gjort meg før og under intervjuene, er om jeg som kvinne klarer å oppfatte og forstå fedrene i denne studien. Jeg kan jo aldri bli far selv. Jeg vil ubevisst se fenomenet fra et kvinne- og sykepleieperspektiv. Jeg vil også kanskje som

kvinne påvirke hva mennene velger å fortelle meg. Ifølge Myrvang (2006) forteller kvinner og menn om livet sitt på forskjellig vis. Mens menn ofte framstiller seg selv som handlende aktører, er det en tendens til at kvinner er "vi-orientert" og legger større vekt på personlige relasjoner og følelser. Ervik (2002:11) mener at det er snakk om store individuelle forskjeller, og at det blir alt for enkelt å beskrive menn og kvinner som to atskilte grupper. Han mener at både menn og kvinner har maskuline og feminine sider, og at graden av den ene eller det andre varierer sterkt fra person til person. I tillegg vet vi at kjønnsrollene endrer seg hele tiden gjennom historisk tid og sted. Han mener at utfordringen blir å forstå oss selv og hverandre i vår egen tid. Derfor tok jeg det som en utfordring. Det at jeg er sykepleier med lang erfaring fra en slik avdeling kan gå i min favør. Det kan medvirke til at foreldrene tør å åpne seg mer, siden de kan anta at jeg vet en del fra før om hvordan det kan oppleves. Jeg var bevisst på å omformulere en del av spørsmålene som jeg rettet til fedrene, i forhold til det mødrene fikk. Men i ettertid så ser jeg at det heller var vesentlig å formulere spørsmålene etter hvilken person jeg hadde foran meg.

### **3.5 Utarbeiding av intervjuguiden**

Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, med bakgrunn i problemstillingen og forskningsspørsmålene (Vedlegg 7). Ifølge Kvale (2007:91-94) så er intervjuformen spesielt egnet når man ønsker å undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide vil en lettere få frem informantens syn på tilværelsen. Han hevder videre at når en skal gjøre en intervjuundersøkelse, så er det viktig med en grunnleggende kjennskap til temaet. Kalleberg (2002:40) hevder at spørsmål i intervjuguiden viser tilbake på undersøkelsens styrende hovedspørsmål. Derfor ble forskningsspørsmålene malen for intervjuguiden.

Ryen (2006:97) mener at det er vanskelig å vise til noen teknikk når det gjelder å utarbeide en intervjuguide. Dette fordi det kvalitative intervjuet er tuftet på den sosiale interaksjonen. Da blir det viktig å ivareta den fleksibiliteten som tema, kontekst og respondenten innbyr til. Den semistrukturerte intervjuguiden er den mest utbredte formen når en skal utføre kvalitative intervju, ifølge Ryan. Den kjennetegnes ved at man på forhånd har satt opp hovedspørsmål og saker eller tema, uten å fastlegge i detalj spørsmålsformuleringen og rekkefølgen av spørsmålene. Ryen viser til McCrackens oppbygging av en intervjuguide (2006:100). Det er denne jeg har tatt utgangspunkt i når jeg har utformet min intervjuguide. Jeg innleder derfor

intervjuet med en åpningsdel. Der legger jeg vekt på betydningen av å skape en avslappet atmosfære og å sette fokus for samtalen og å påpeke hva som er hensikten med intervjuet.

Det er nødvendig med ulike spørsmål for å innhente den type informasjon som skal til for å tolke betydningen av fenomenet det forskes på. Når et par blir foreldre, så har de ulike roller i forbindelse med fødselen. Dermed ble det viktig å ikke lage intervjuguiden for detaljert.

Repstad (2007:78) mener at for å gjennomføre et godt intervju, og å unngå å drukne i irrelevant snakk, må man på forhånd tenke grundig igjennom hvilke temaer man vil ta opp. Jeg har delt opp spørsmålene i tre hovedkategorier. I den første kategorien er jeg ute etter opplevelser som mor og far har like før, under og like etter den premature fødselen. Viktige punkt er hva de selv opplevde som årsak til at fødselen ble satt i gang, hvordan de opplevde møtet med helsevesenet og sitt første møte med barnet. Andre kategori omhandler hvordan foreldrene opplevde hverdagen i avdelingen. Her legger jeg vekt på den fysiske kontekst, samhandling med helsepersonell, og foreldrerollen. I tredje kategori spurte jeg om opplevelser rundt overgangen fra sykehuset til hjemmet. Her legger jeg vekt på foreldrenes opplevelse rundt å være forberedt, om hjemkomsten svarte til forventningene og om livet har forandret seg i ettertid.

Repstad (2007:23) legger vekt på at man også i kvalitative studier skal kunne sammenlikne data fra ulike personer. Jeg vil med mine intervju se på forskjeller og likheter mellom far og mors opplevelse av mestring rundt en prematur fødsel. Derfor blir det viktig at jeg har en gjennomtenkt referanseramme for spørsmål som jeg vil stille. Jeg legger vekt på å klarlegge dette for informantene i starten av intervjuet. Bakgrunnen for disse hovedkategoriene er min egen erfaring i møte med foreldre til premature barn i neonatalavdelingen, forskning og annen litteratur om temaet, samt teorier om stress og mestring.

Med tanke på at jeg vil se denne studien gjennom et livsløpsperspektiv, så er det også av betydning å kartlegge overgangsperioden som en prematur fødsel er for foreldrene, og hvordan de ser på denne begivenheten i ettertid. Med bakgrunn i livsløpsperspektivet har jeg også laget malen til de biografiske dataene. Her tar jeg sikte på å innhente data til analyse om ulike overganger, timing og overlappende overganger som kan skje i foreldrenes liv, og som kan ha innvirkning på deres opplevelse av situasjonen. Når det gjelder teorier om mestring, har jeg lagt vekt på spørsmål som omhandler: "Hva gjorde du for å komme deg gjennom situasjonen? Her er jeg ute etter deres opplevelse av mestring. Dette støttes av Kvale

(2007:54), som mener at det er viktig å ha den teoretiske tilnæringsmetoden i bakhodet når en skal utforme intervju spørsmålene.

Ryen (2006:102) hevder videre at dataene finnes inni respondenten, og at forskerens oppgave er å samle inn dataene slik de er. Hun legger til at det er viktig at intervjueren under samtalen ikke påvirker de svarene som kommer frem. Når det gjelder utformingen av selve spørsmålene, er det viktig at de er formulert på en slik måte at de ikke angir noen retning for besvarelsen. Derfor har jeg tilstrebet at spørsmålene skal være så åpne som mulig. Noen av spørsmålene er imidlertid mer konkrete når det går på om de fikk informasjon eller ikke og om det var noen av helsepersonalet som tilbød foreldrene en samtale rundt opplevelsene de hadde. Når det gjelder spørsmål 15 så er dette et direkte spørsmål. Dette har jeg utformet slik fordi det anbefales å spørre foreldrene direkte når en skal finne ut hva som stresser foreldre rundt en prematur fødsel, og hva de gjorde for å mestre stresset (Huges m. fl. 1994). Nå vil jo foreldrene se dette i ettertid. Dermed kan det være en viss sjanse for at de hadde villet svare noe annerledes enn om jeg spurte dem da de var i situasjonen.

Repstad (2007:79) legger vekt på at hvert svar fra informantene kan gi inspirasjon til nye spørsmål. Det er også viktig at intervjuguiden er fleksibel. Derfor har jeg tilstrebet at jeg så godt det lar seg gjøre skal kunne intervjuguiden utenat.

Til slutt har jeg, etter mal fra McCrackens oppbygging av en intervjuguide (Ryen 2006:109), utformet en avslutningsdel. Der forbereder jeg informantene på at jeg nå er i ferd med å avrunde samtalen. Jeg legger vekt på å la informantene få komme med tilleggsopplysninger som han synes er av betydning for å få belyst sin opplevelse av å bli forelder til et prematurt barn. Repstad (2007:77) legger derfor vekt på at det er viktig å spørre informantene om han i ettertid kan kontaktes for supplerende spørsmål. Dette med tanke på at intervjuguiden kan bli forandret underveis i undersøkelsen, fordi det har meldt seg nye spørsmål.

### **3.6 Prøveintervjuene**

For å kunne utføre et godt intervju mener Kvale (2007:92) at forskeren må beherske de metodene som en intervjuundersøkelse forutsetter. Dette var første gang jeg utførte et intervju. Derfor ble det naturlig for meg å foreta prøveintervju. Dette også med tanke på å få

prøve ut det tekniske utstyret, en MP3-spiller. Videre ville jeg teste ut om intervjuguiden virket brukbar, og få et innblikk i hvordan en intervjusituasjon virket på meg som forsker, og på informanten. Jeg tok kontakt med et par som jeg kjente, som hadde fått en prematur jente for 8 år siden. De sa seg villige til å gjøre et prøveintervju. Her gjorde jeg meg en del gode erfaringer. For det første fikk jeg testet ut at MP3-spilleren virket etter hensiktene. Lyden var god nok til å kunne transkribere intervjuene i etterkant, og jeg fikk en følelse av å beherske bruken av den.

Videre mener Kvale (2007:91) at en dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og på menneskelig interaksjon. Her kan jeg vise til å ha jobbet 10 år innenfor nyfødtsomsorgen. Jeg har derfor lang praksis i samtaler med foreldre til premature barn i den første tiden etter fødsel. Kvale sier at man lærer å intervju gjennom å intervju, og han anbefaler å utføre flere pilotintervjuer før selve prosjektintervjuet utføres. Som uerfaren intervjuer ble det viktig for meg å få testet ut om intervjuguiden ga svar på de spørsmål som jeg ønsket å få belyst.

Prøveintervjuene førte også til at jeg gjorde noen små forandringer av intervjuguiden. ”Åpen intervjuing fører ofte til at vi endrer eller innfører nye overordnede spørsmål” (Kalleberg 2002:41). Blant annet så påpekte far i dette intervjuet at de andre foreldrene, og konteksten i avdelingen hadde innvirkning på ham. Han mente at de trange forholdene i avdelingen, og at foreldre og barn som var innlagt i avdelingen befant seg i samme rom og med kort avstand til hverandre, hadde konsekvenser for hvordan han opplevde å mestre tilværelsen i avdelingen. Ifølge annen forskningslitteratur viser det seg at foreldrene var opptatt av å finne trøst hos andre foreldre i avdelingen og hos personalet (Jackson m.fl. 2003), og Lundqvist 2003). Synet av andre syke barn i avdelingen influerte på deres opplevelse av stress (Reid og Bramwell 2003). Dette medførte at jeg tilføyde et nytt spørsmål i intervjuguiden som omhandlet andre pasienter og pårørende, med spørsmål om det hadde noen innvirkning på informanten i positiv eller negativ retning.

Jeg oppdaget når jeg hørte på meg selv under transkriberingen at jeg hadde en tendens til å avbryte informanten, og til å stille flere spørsmål på en gang. Dette førte til at jeg under de neste intervjuene var mer bevisst på å la informanten få snakke ferdig, gi rom for stillhet og pauser, og å stille ett spørsmål av gangen.

### **3.7 Etiske vurderinger**

Når en skal forske på mennesker blir det svært viktig å ta hensyn til om de vurderinger en gjør i prosessen kan forsvares etisk. Kvale (2007:65) skriver at en må foreta etiske vurderinger gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har også valgt å skrive et eget avsnitt om mine etiske betraktninger underveis. Jeg vil i tillegg der det er naturlig i teksten også kommentere mine etiske vurderinger. Repstad (2007:88) legger vekt på nødvendigheten av å tenke gjennom hvor langt en vil gå for å få fram følsomme data. En må vurdere viktigheten av å bevege seg inn på sensitive områder opp mot de problemene en slik styring av intervjuet kan innebære i retning av å hindre kommunikasjonen. Han legger til at en vanlig begynnerfeil vil ofte være at intervjueren er for redd for å støte informanten med det man forventer vil være ubehagelige spørsmål. Dette erfarte jeg etter de første par intervjuene der jeg var forsiktig med å be foreldrene om å utdype det en fortalte. Jeg var redd for å trå for langt og få dem til å komme inn på områder som var sårbare og som de i utgangspunktet ikke var tenkt å snakke om. Det varierte også fra informant til informant hvor langt jeg følte at jeg kunne gå når det gjaldt å be dem utdype det de fortalte. Jeg fikk også inntrykk av at noen valgte bevisst å ikke fortelle meg alt.

Fordi foreldrene vet at jeg jobber i nyfødt intensiv avdelingen, vil de også kunne ha behov for mine råd angående omsorgen for barnet her og nå. Dette kan gå ut over fokuset på intervjuet. Jeg bestemte meg for, hvis det skulle komme slike spørsmål, at jeg ikke kunne komme med noen faglige råd til deres barn spesielt, fordi jeg i den situasjonen ikke hadde noe formelt helsefaglig ansvar for dem. Hvis jeg skulle gjøre dette, måtte jeg dokumentere mine råd og anbefalinger. Om jeg skulle komme med råd måtte det bli på generelt grunnlag, og eventuelt bidra med råd om hvor de kunne henvende seg. Dette ble ikke noe problem, siden det var ingen av informantene som søkte råd.

### **3.8 Strategisk utvalg av informantene**

For å få svar på mine forskningsspørsmål og å belyse det jeg er opptatt av, måtte jeg gjøre et strategisk utvalg. For å kunne få en mest mulig ensartet gruppe ble det viktig å utarbeide noen inklusjonskriterier for denne studien.

Mine kriterier for inkludering er:

- Foreldre til premature barn under GA 32
- Kun foreldre med norsk som morsmål

- Begge foreldre er over 18 år
- Familien var utskrevet fra avdelingen for 1 – 6 mnd siden.
- Begge foreldrene er villig til å la seg intervju

Premature barn under 32 uker er medisinsk sett mer sårbare for stimuli, noe som kan få konsekvenser for dem på kort og lang sikt. Når et barn fødes så tidlig er det ikke alltid tid til å la foreldrene få hilse på barnet like etter fødsel. De fleste vil eventuelt måtte vente med å få direkte kontakt med barnet sitt, til det har ankommet nyfødt intensiv avdelingen. Dette vil føre til at tilknytningsprosessen utsettes noe, spesielt for mor som ikke vil kunne være med barnet til intensivavdelingen like etterpå, på grunn av fødselen. Dette gjør at foreldre til disse barna vil gå gjennom et mer omfattende forløp enn foreldre til de barn som er eldre ved fødsel. Barna vil måtte oppholde seg mange uker i avdelingen. De ligger en lang periode i kuvøse, og de trenger ofte intensiv behandling. Dette medfører at tilknytningsprosessen blir vanskeligere. Det vil også medføre økt bekymring for her og nå situasjonen, og for fremtiden. Det er med et så langt opphold i avdelingen også en del utfordringer for parforholdet og forhold til familie og resten av omgivelsene.

Av hensyn til kulturell bakgrunn og forståelse, valgte jeg å kun intervju de foreldre som hadde norsk som morsmål. Det neste kriteriet går på at begge foreldre må være over 18 år. Dette fordi de da er å regne som voksne. Ifølge Norsk lov er 18 år myndighetsgrensen.

Jeg valgte å sette grensen på 6 måneder etter utskrivning fra neonatalavdelingen, fordi da vil det for noen være 9-10 måneder siden fødsel. Den lange avstanden til disse erfaringene vil kunne føre at foreldrene glemmer eller pynter på opplevelsene. En finner ofte andre meninger med det som har skjedd, i ettertid. Andre hevder at sterke psykiske opplevelser som dette ofte brenner seg fast. Dermed husker de aller fleste hva de opplevde den første tiden. Det kan selvsagt være lett å blande tidspunkt etterhvert som tiden går. Jeg har bevisst valgt å ikke intervju foreldre som nettopp er utskrevet. Ifølge Kaaresen, P.I, m.fl. (2006) er det en stor omveltning i livet å komme hjem med et prematurt barn. Derfor har de aller fleste behov for ro til å finne rytmen og oversikten over hverdagen igjen.

Det var også viktig at begge foreldrene skulle være villig til å la seg intervju. Jeg er ute etter både mor og fars historier. Foreldrene vil i starten av oppholdet ofte ha svært ulike roller. De vil også, fordi de er mann og kvinne oppleve dette forskjellig, antar jeg. Spesielt gjelder dette de psykiske og hormonelle forholda ved at det er kvinner som føder. Mannen vil også gå



gjennom ulike stadier under svangerskap og fødsel (Raphael-Leff 1992). Jeg er dermed ute etter begge foreldrenes opplevelse, for å finne ut av hva helsepersonell kan gjøre for at tiden i neonatalavdelingen kan bli så bra som mulig for dem.

Ryen (2006:93) viser til Brox når hun skriver om metningspunktet. Det er når man under intervjuene etter hvert ikke får frem noe nytt. Før jeg startet hadde jeg satt meg som mål at jeg skulle intervju 10 foreldrepar. Det ville resultere i 20 intervjuer. Jeg mente at dette antallet skulle være nok for oppgavens omfang, og for at validiteten skulle bli god nok. På grunn av at det tok så lang tid å skaffe informanter der begge ville la seg intervju, måtte jeg nøye meg med åtte foreldrepar. Jeg ser i ettertid at dette kanskje var nok for min undersøkelse fordi det ikke kom frem noe vesentlig nytt under de siste intervjuene.

Det er flere grunner til at jeg valgte foreldre som er utskrevet fra avdelingen. For det første vil det være uetisk å spørre om lov til intervju i avdelingen, da jeg kan komme i en rollekonflikt som forsker og sykepleier ved samme avdeling. Foreldrene vil ofte være i en form for krise eller i en reaksjonsfase som gjør at de kan ha nok med det som er, i tillegg til at de vil kunne føle seg presset til å si ja, selv om de egentlig ikke orker. På den annen side ville nok svarene være mer riktige, i forhold til det de følte der og da. I etterkant vil opplevelsene ofte være farget av deres erfaringer og ervervede kunnskaper. Dermed hadde nok intervju med foreldre i den tiden de var innlagt på en måte vert mer relevant enn å vente til ettertid. Da ville også kravet måtte være at jeg ikke jobbet i avdelingen, slik jeg vurderer det.

For det andre vil jeg lettere kunne belyse prosjektet gjennom et livsløpsperspektiv når jeg velger opplevelser i etterkant av hendelsen. Foreldrene vil dermed ha hatt tid til å tenke over hva denne hendelsen har betydd for dem.

Det som kan være en ulempe med å intervju foreldre i etterkant av oppholdet, er at de lett kan glemme hendelser. Derfor har jeg kommentert hva jeg er ute etter av informasjon i brevet med forespørsel om å la seg intervju (vedlegg 6). På dette grunnlaget vil de se hva vi skal snakke om, og de vil dermed kunne forberede seg og tenke gjennom sine opplevelser. Jeg skriver også at jeg er ute etter både mors og fars opplevelser uavhengig av hverandre, og at jeg derfor vil intervju dem separat.

### **3.9 Å opprette kontakt med informantene.**

Det første jeg måtte gjøre for å få tilgang til informanter var å søke avdelingsledelsen ved neonatalavdelingen om tillatelse (Vedlegg 1). Jeg møtte med en gang velvilje i forhold til dette. Etter få dager mottok jeg et positivt svar (Vedlegg nr 2). Videre søkte jeg Regional Etisk Komité og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste om godkjenning av prosjektet. Etter noen uker mottok jeg positivt svar også fra disse instansene (Vedlegg nr 4 og 5). Da gjenstod det å kartlegge hvor mange som var innlagt i avdelingen på dette tidspunktet, ut fra de kriteriene jeg hadde fastsatt. Dette var det mulig å finne ut av ved å lete i datamaterialet i avdelingen. Jeg endte opp med å ta for meg neonatalprogrammet. I dette dataprogrammet står de fleste opplysninger om alle barn som er og har vært innlagt i avdelingen. Jeg søkte på barn under GA 33 som var innlagt i avdelingen ca 8 måneder tilbake i tid, og da fikk jeg opp en liste over de aktuelle. Ut fra denne ble det viktig å kartlegge hvilke av barna som eventuelt var døde, og hvilke av barna som hadde blitt født ved et annet sykehus,. Videre registrerte jeg hvilke av barna som hadde foreldre av utenlandsk opprinnelse, og hvilke av barna som ennå var innlagt i avdelingen eller var blitt overflyttet til et annet sykehus. For å finne ut av dette måtte jeg lete i pasientjournaler og rådføre meg med avdelingsoverlegen.

Ifølge krav fra Regional Etisk Komité måtte det være avdelingsoverlegen som skulle finne informanter til prosjektet, og kontakte dem på forskers vegne. For å ikke bruke for mye av avdelingsoverlegens tid valgte jeg å la ham få godkjenne de foreldrene jeg hadde plukket ut (Vedlegg nr 3). Til slutt satt jeg igjen med en liste på femten foreldrepar, og det viste seg at de aller fleste hadde født rundt GA 30-32. Jeg sendte ut forespørsel om å delta i intervju samt samtykkeerklæring (Vedlegg nr 6), og la ved en frankert konvolutt som var adressert til meg på mitt arbeidssted. De første syv foreldreparene som var utskrevet innenfor seks måneder mottok først brev. Ved å velge foreldre som er utskrevet, vil jeg også kunne oppnå at de som svarer virkelig har lyst til å delta.

De fleste andre på listen var ennå ikke utskrevet, eller det var under en måned siden de var blitt utskrevet. Jeg funderte en del på om jeg skulle skrive til flere med det samme, eller om jeg skulle ta bare fem om gangen. Om jeg skulle få ti positive svar på en gang ville det kunne by på praktiske problemer med tid til å intervju og transkribere alle i tillegg til at jeg var i jobb. Samtidig ville jeg risikere at det kunne ta veldig lang tid hvis jeg bare skulle henvende meg til fem og fem par om gangen.

De fikk også informasjon om at de når som helst i forløpet, både før og etter intervjuet, kunne gi beskjed om at de ikke vil være med likevel. De ville da ikke bli spurt om noen årsak for dette. Med dette sikret jeg at de som ville la seg intervju, gjorde dette av egen fri vilje. For å anonymisere materialet har jeg nummerert foreldrene, slik at jeg i ettertid kan finne ut hvem som er far og mor til samme barn, og dermed sammenligne deres opplevelse av mestring.

Kvale (2007: 99) anbefaler at forskere som tar opp følsomme tema, allerede på planleggingsstadiet bør avtale med en terapeut som kan følge opp informantene hvis det under intervjuet skulle vise seg at det var behov for dette. Derfor avtalte jeg med avdelingssykepleier at jeg ville formidle kontakt med terateut hvis dette skulle være nødvendig. Dette ble også tidligere poengtert i brevet med forespørsel om å la seg intervju. Jeg anser dermed at jeg har handlet i samsvar med de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, punkt 8 og 9 s 14 - 15. Erfaringsmessig er de fleste foreldre veldig glade for å kunne fortelle hva de har opplevd til en person som vet hva det dreier seg om.

Å få tak i nok informanter ble en tidkrevende prosess. Etter tre uker hadde jeg ikke mottatt noen tilbakemelding. Jeg valgte derfor å be avdelingssykepleier om å ta en telefon til foreldrene for å finne ut av om de hadde mottatt brevet, og hva som var årsaken til at de ikke hadde svart. Jeg valgte å ikke gjøre dette selv, fordi det kunne virke som et press til å delta. Jeg mente også at det kunne påvirke forholdet mellom informant og intervjuer om jeg skulle "tvinge meg på". Avdelingssykepleier er ikke med i prosjektet, og jeg anså henne derfor for å være nøytral, i denne sammenheng. Samtidig ville jeg ikke bryte taushetsplikten ved å bruke henne. Det ble en del telefonsamtaler hun måtte ta underveis. Det viste seg at noen foreldrepar ikke kunne være med i undersøkelsen fordi far ikke ville la seg intervju. Noen forklarte at den nye tilværelsen etter utskriving hadde ført til at de hadde glemt brevet. Etter noen dager mottok jeg fire positive svar. Etter hvert som jeg mottok svar kontaktet foreldrene på telefon og avtalte intervju. Det er viktig å være bevisst på hvor man velger å foreta slike sensitive intervju. Det ville ikke passe seg å møtes for eksempel på en kafé. Dermed valgte jeg å foreslå at vi enten kunne møtes hjemme hos informanten, eller på sykehuset. Jeg lot informanten få bestemme selv hva som passet best.

### 3.10 Erfaringer jeg gjorde meg under intervjuene.

Cirka halvparten av intervjuene ble gjennomført i foreldrenes hjem. Et ble gjort på informantens kontor, og de andre ble gjennomført ved sykehuset. Av de som ble utført på sykehuset var jeg påpasselig med å finne et så nøytralt rom som mulig. Det ble brukt ulike undervisningsrom og kontor, i ulike deler av sykehuset. Grunnen til at ikke alle intervjuene ble utført hjemme hos informantene var fordi intervjupersonene selv foreslo at vi kunne møtes på sykehuset, da de likevel skulle med barnet til kontroll.

Konteksten er viktig for hva som kommer frem i et intervju. Jeg startet hvert intervju, som Kvale (2007:74) anbefaler, med å fortelle om min bakgrunn og hvorfor jeg ville gjøre dette intervjuet. Videre spurte jeg om det var i orden at jeg tok opp samtalen på MP3-spiller. Samtlige samtykket til dette. Jeg opplevde at noen av informantene ikke kjente meg igjen fra avdelinga. En mor sa at hvis hun hadde kjent meg igjen, så hadde dette intervjuet blitt annerledes enn når hun mente å ikke ha sett meg før. Andre igjen fortalte det skapte en trygghet og en avslappet atmosfære under intervjuet at de kjente meg igjen fra før. Jeg var også bevisst på å legge vekt på mine nonverbale signaler under samtalen. Måten jeg stilte spørsmålene på ga signal om at jeg var opptatt av det de hadde å fortelle.

Grønmo (2002:88) hevder at intervjueren må tilpasse spørsmålene til den enkelte informants egne forutsetninger og premisser. I starten innså jeg at ikke alle spørsmålene jeg hadde laget fungerte på den måten de var satt opp. Dette førte til at jeg igjen og igjen gjennomgikk intervjuguiden og forandret på spørsmål, og rekkefølgen av dem. I tillegg ble jeg oppmerksom på at jeg måtte tilpasse spørsmålene til den jeg snakket med.

I startfasen av intervjuene, følte jeg meg avhengig av en mer strukturert mal. Jeg tok etter hvert mål av meg til å stille spørsmålene i en mer muntlig variant, og lot informanten komme med egne tanker. Jeg var åpen for å være fleksibel i forhold til guiden ettersom informanten kom med innspill. Jeg uthevet med svart tykk skrift de viktige stikkordene i hvert spørsmål.

Etter hvert kunne jeg så godt intervjuguiden, at det var lett for meg å følge informanten og å la han få styre samtalen. Dermed virket intervjuene som en god samtale mer enn som et intervju. Jeg vurderer dette som svært viktig. I løpet av transkriberingen lærte jeg at det var enkelte ganger jeg burde ha stilt kontrollspørsmål. Dette la jeg meg på minne til neste intervju. Etter hvert ble jeg flinkere til å stille oppfølgingsspørsmål og til å kontrollere om jeg hadde forstått

rett. Kvale beskriver noe vesentlig og viktig når det gjelder forholdet mellom intervjuer og informant.

I en forskningssituasjon er det opp til intervjueren å på kort tid skape en kontakt som gjør det mulig å komme lengre enn til rene høflighetsfraser og meningsutvekslinger. Intervjueren må etablere en atmosfære hvor den intervjuede føler seg trygg nok til å snakke fritt om sine egne opplevelser og følelser. Dette medfører en ømtålig balansegang mellom kunnskapinnhenting og de etiske sidene ved den emosjonelle, menneskelige interaksjonen (Kvale 2007:73).

Han legger til at en da må finne en balansegang mellom å få informanten til åpne seg, og samtidig unngå at intervjuet får preg av å være en terapeutisk samtale. Jeg innså at i mitt tilfelle kunne dette være nærliggende. Spesielt mødrene har båret på en del følelser som de under intervjuet fikk utløp for. Det ble mye gråt og latter. En mor sa på slutten av intervjuet at hun tok denne samtalen som en terapi for seg selv, og hun synes det var godt å få snakke om det som hadde skjedd med noen som ville høre på, og visste hva det dreide seg om. Jeg inntok for det meste en lyttende holdning. I noen tilfeller under intervju med et par av fedrene, måtte jeg ta mer styringen. De var ordknappe og ga nonverbalt uttrykk for at de ville gjøre seg fort ferdig med intervjuet. Det var i denne situasjonen jeg tenkte på at det hadde vært lettere om jeg var mann. Eller var det slik at jeg som fagperson bidro til at de ble nervøse for ikke å svare det de trodde jeg forventet? Det er mulig at jeg skulle spurt dem om dette.

Spørsmålet blir for forskeren hva historien sier noe om. "I møtet mellom forsker og informant skapes en bestemt versjon av fortellingen, preget av tid, sted og stemninger, der forskeren også blir en deltaker i utviklingen av historien" (Malterud 2006:140). Dette stiller høye krav til refleksivitet og overveielser om intern validitet. Ved å prøve å la informanten styre intervjuet, og ved at jeg inn i mellom kom med mine spørsmål der det var naturlig, mener jeg at informanten fikk fortelle friere og, dermed mer ut fra egne oppfatninger.

Jeg har lært meg at pauser ikke er farlige. Heller ikke gråt. Avsporing kan ofte være nyttig for å reflektere. Etter hvert lærte jeg meg å tilstrebe en avslappet atmosfære, være mer tålmodig og vente på svar. Det viste seg at om jeg lente meg tilbake i stolen og ga informanten litt tid, så var det mye nyttig informasjon som kom fram.

Når intervjuet nærmet seg slutten ga jeg beskjed, i en bisetning, om at jeg nå snart ikke hadde flere spørsmål. Etter intervjuet tok jeg en oppsummering, og spurte informanten om det var noe han/hun ville tilføye før vi rundet av. Etter det jeg hadde lest om å intervju hadde jeg lært at det var lurt å la opptakeren stå på til jeg var helt sikker på at informanten ikke skulle

komme med flere opplysninger. Hvert intervju tok fra 30 til 75 minutter. De aller fleste varte rundt 60 minutter.

Kvale (2007:67) anbefaler at forsker i intervjusituasjonen, vurderer situasjonens konsekvenser for intervjupersonen. Slike intervju som jeg foretok kunne skape økt stress og gjenopplevelse av negative følelser. Dette tok jeg høyde for. Etter at intervjuet var ferdig minnet jeg informanten om at hvis det var behov for oppfølgings samtaler så kunne de kontakte meg eller avdelingssykepleier, slik det var opplyst i informasjonsbrevet. Jeg informerte om at de også kunne ta kontakt med meg i ettertid om de hadde noe de ville tilføye eller forandre. Hverken jeg eller informantene tok kontakt i etterkant.

### **3.11 Transkribering**

Jeg satte meg som mål å transkribere etter hvert intervju med foreldrepårene. Målet var at det skulle i hvert fall ikke gå mer enn en uke mellom intervju og transkribering. Dette fordi jeg da ville ha friskt i minne hvordan intervjusituasjonen forelöp. Jeg anser det som viktig også å få med konteksten og atmosfæren under intervjuene, noe som støttes av Kvale (2007:79). Han anbefaler at om en skal sitere fra et intervju, så bør en så langt det er mulig få med den sosiale konteksten i intervjuet. En bør prøve å formidle rammen for og stemningen i samtalen. Med det mener han at en bør forsøke å få med interaksjonens emosjonelle tone, slik at en kan forstå det som sies selv om en ikke var til stede under intervjuet. Dermed startet jeg hver transkribering med å passe på at det jeg skrev ned om biografiske data ble anonymisert. Så beskrev jeg konteksten for intervjuet kommenterte underveis i en parentes om det var latter, gråt, stillhet, tonefall og så videre, slik at jeg under analysen lettere skulle kunne huske tilbake. Jeg overførte intervjuene etter hver intervjuomgang til en egen mappe på min personlige PC etter godkjenning fra Datatilsynet (Vedlegg nr 4). Etter transkribering slettet jeg intervjuet fra MP3 spilleren og PC. I tillegg overførte jeg en sikkerhets kopi av intervjuene, på en minnepinne. I henhold til personvernloven ble de oppbevart nedlåst på avdelingssykepleiers kontor, og vil bli makulert ved prosjektslutt.

### **3.12 Tanker rundt de som valgte å ikke la seg intervjuet.**

En allmenn erfaring er at de som sier seg positive til å la seg intervjuet er de som føler at de har lyktes. Kan det være mulig at de foreldrene som sa ja til å la seg intervjuet føler at de mestrer så godt situasjonen nå i ettertid, og under oppholdet på sykehuset, at de har overskudd til å la seg intervjuet? Det kan være en belastning, for noen, å gjenoppleve denne tiden. Jeg har

fått beskrevet at årsaken til at noen foreldrepar ikke ville la seg intervju, var på grunn av at far ikke ville. Er dette på grunn av at det har vært en for stor belastning for far? Eller er det fordi dette bare var en liten og ubetydelig episode i livet som nå er over og som ikke har satt noen spor som det er verd å dele med andre? Eller er det fordi foreldrene er for opptatt med seg og sitt i hverdagen at de ikke ser seg tid til dette? Jeg vil nok ikke få noe svar på dette.

### 3.13 Presentasjon av utvalget

For at leseren skal få en bedre oversikt, har jeg valgt å presentere informanter og de premature barna i to matriser. **Matrise 2** Oversikt over foreldrene

Mors alder	Fars alder	Tidligere fødsler	Født prematurt Før?	Barnets gestasjonsalder (uker)	Antall uker hospitalisert
22	25	0	Nei	30	15
36	45	4	Nei	31	8
36	40	Mor 4 Far 2	nei	29	8
32	31	1	Ja	32	3
40	41	1 1 dødfødt	Ja	30	5
41	43	0	Nei	27	20
28	30	Mor 1 Far 0	Ja	30	5
35	37	0	Nei	29	8

### Matries 3 Oversikt over barna

Kjønn	GA	FV	Type fødsel og årsak.	respirator	CPAP	Oksygen behov
Jente	30	1780 gr	Hastekeisersnitt Svangerskapsforgiftning	18 døgn	7 døgn	8 uker
Jente	30	1700 gr	Hastekeisersnitt Morkakeløsning		2 døgn	
Jente	29	1690 gr	Katastrofekeisersnitt Illebefinnende hos mor		20 timer	
Jente	32	1720 gr	Vaginal. Premature rier		6 timer	
Gutt	30	1600 gr	Hastekeisersnitt. Morkakeløsning		9 timer	
Jente	27	870 gr	Hastekeisersnitt. Morkakeløsning		21 døgn	10 uker
Jente	30	1290 gr	Hastekeisersnitt Hellp-syndrom		5 døgn	4 døgn
Gutt	29	1300 gr	Hastekeisersnitt pga seteleie og rier.	5 døgn	8 uker	10 uker

#### 3.14 Om gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

I løpet av forskningsprosessen er det viktig å spørre seg om en med utgangspunkt i problemstillingen har fått svar på det en var ute etter å vite noe om. Videre blir det viktig å spørre seg om de resultatene en finner er pålitelige. Sist men ikke minst er det også viktig å vurdere om resultatet har relevans for andre. I samfunnsvitenskapelig forskning diskuterer en ofte verifisering av kunnskap innenfor begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Kvale (2007:160). Kvale legger vekt på at verifiseringsarbeidet bør være en del av hele forskningsprosessen og ikke et avgrenset stadium av undersøkelsen. Jeg har i dette metodekapitlet beskrevet hvordan jeg har gått frem for å skaffe meg informasjonen som jeg trenger. Underveis har jeg reflektert rundt gyldighet, pålitelighet og overførbarnet. Derfor vil jeg i dette avsnittet kort sammenfatte hva jeg mener rundt de tre temaene.

Å validere er å stille spørsmål til det en finner, å grunngi de valgene en gjør, og å synliggjøre sin egen forforståelse. Å validere er også å finne ut av om metoden jeg har brukt er relevant i forhold til problemstillingen. Det er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, hva som er gyldig under hvilke betingelser. Malterud (2006: 178:186) skriver at det ikke er forskeres oppgave å vise at funnene er pålitelige og gyldige, men at man viser at man har overveid rekkevidden av gyldigheten, og kan begrunne dette.



I kvalitativ forskning er det forsker som er instrumentet, noe som fordrer kritisk refleksjon og skjerpet oppmerksomhet. Dette mener jeg å ha tatt høyde for under hele prosessen. Tidligere under metodekapitlet har jeg reflektert over hvordan jeg som forsker kan påvirke studien.

Jeg har med bakgrunn i min forforståelse og studiens teoretiske grunnlag formulert problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg mener at dette skulle være en solid bakgrunn til å stille de rette spørsmålene i intervjuet. Men det kan også være en skylapp for å være åpen for andre innfallsvinkler. Problemstillingen ville jeg bare få svar på ved å oppsøke de personene som satt med kunnskapen; de som har opplevd å bli foreldre til premature barn. Dette var grunnlaget for at jeg skulle gjøre en kvalitativ studie med intervju som metode. Under intervjuene har jeg reflektert over min mulige innvirkning på informantene. Jeg har lagt til rette for at informanten skulle fortelle slik det var naturlig for ham, men likevel passet jeg på at jeg fikk med den informasjon jeg var ute etter. Jeg har også lagt vekt på å intervjuer far og mor hver for seg. Dette gjorde jeg fordi de da ikke ville påvirke hverandres fortellinger. Jeg mener at ved å gjøre det har sikret en mer valid uttalelse fra foreldrene.

Med tanke på den interne validiteten burde jeg la informantene lese gjennom intervjuene. Ved å gjøre dette ville jeg være mer sikret validitet, og dette kunne ført til at de hadde blitt enda mer til å stole på. Av tidsmessige årsaker og fordi dette ville innebære å involvere informantene enda en gang, valgte jeg å ikke gjøre det. Jeg har så samvittighetsfullt og så objektivt som mulig forsøkt å sammenfatte det informantene fortalte. Videre har jeg under analysen vært opptatt av å viderefremme det som ble fortalt så nøyaktig som mulig. Dermed mener jeg å ha holdepunkter for å si at studien måler det jeg ønsket å måle; foreldrenes opplevelse rundt en prematur fødsel.

Reliabilitet viser til hvor pålitelig resultatene er, ifølge Kvale (2007:47). Under intervjuene prøvde jeg å være påpasselig med å ikke stille ledende spørsmål. Jeg passet også på underveis, der jeg var usikker, å spørre informanten om jeg hadde tolket riktig det som ble sagt, eller jeg ba om en utdyping der jeg var usikker. Men jeg oppdaget under transkripsjonen at jeg kunne ha bedt om flere utdypinger enkelte ganger. Jeg var også opptatt av å få med historier rundt informanten som kunne være relevant for å belyse disse opplevelsene. Det kan også diskuteres om det hadde vært mer hensiktsmessig med tanke på påliteligheten om jeg hadde fått en annen person til å transkribere intervjuene. Jeg vurderer det som en fordel at det er intervjueren selv som transkriberer fordi en da vil kunne inkludere stemningen og konteksten rundt intervjuet. Jeg har gjennom analysen prøvd å beskrive prosessen på en tydelig måte, slik

at det kan være mulig for andre å etterprøve det som er gjort. I tillegg har jeg vært åpen på at min forforståelse og faglige bakgrunn har vært styrende for hele studien. Dette er forhold som jeg mener er med på å styrke studiens pålitelighet.

Min studie kan sies å være en "multiple case study" (Stake 2005:445). Jeg har studert åtte par og deres opplevelser av å få et prematurt barn. Hensikten med en slik studie er å fremstille en virkelighet og å utvikle overførbar kunnskap. For å studere et case må forskeren hente kunnskaper fra fenomenets egenskaper og funksjon, den fysiske setting, den historiske bakgrunn og andre kontekster. Dette kan være forhold knyttet til økonomi, politikk, annen forskning og informantenes egne beskrivelser, ifølge Stake (2005:447). Gjennom mitt teoretiske bakteppe som inneholder livsløpsteori og Bronfenbrenners modell, og under utformingen av intervjuguiden, der jeg også har vært ute etter foreldrenes bakgrunn og konteksten rundt opplevelsene deres, mener jeg å ha tatt høyde for dette. Når det gjelder generalisering mener Stake at det ikke alltid skal være et mål i slike studier (Stake 2005:448). Ved at den som leser studien kan kjenne seg igjen, så vil likevel det ha en slags overførbarhet. Dette støttes av Kvale (2007:163), som beskriver dette som analytisk generalisering:

"Generaliseringens gyldighet avhenger av i hvilken grad trekkene som sammenlignes er relevante, noe som igjen er avhengig av en innholdsrik og dyptgripende beskrivelse av saken" (Kvale 2007:162).

Åtte foreldrepar er et lite antall sett i den store sammenhengen. Men intensjonen var å få fatt i de fyldige beskrivelsene av foreldrenes opplevelser i stedet for en mer overfladisk generell beskrivelse. Jeg var ute etter en bestemt gruppe foreldre. Dette har jeg gjort rede for i punkt 3.8, og disse forutsetningene er fulgt. Om en dermed på dette grunnlaget skal kunne generalisere funnene til andre foreldre som er innenfor samme kriterier, kan diskuteres. Konteksten rundt har også betydning for opplevelser. Den en studerer er innvevd i tid og sted. Her vil nok også avdelingen være et viktig kriterium, siden jeg har lagt vekt på de strukturelle forholdene foreldrene har rundt seg, som grunnlag for mestringsopplevelsen. Det vil være forskjell på om foreldrene befinner seg i en avdeling som kan sammenlignes med den aktuelle, eller om de har oppholdt seg ved en større avdeling. Jeg mener at denne avdelingen har en størrelse og utforming som kan sammenlignes med de fleste andre vi har rundt i landet. Samtlige avdelinger jobber også i større eller mindre grad etter de samme lover, ideologier og metoder. Ut fra dette kan en til en viss grad overføre foreldrenes erfaringer til også andre foreldre til andre avdelinger av samme størrelse og utforming.

## **4 ANALYSESTRATEGI OG PRESENTASJON AV FUNN**

### **4.1 Innledning**

Min målsetning er å videreformidle foreldrenes opplevelser slik de uttrykkes. Deretter vil jeg se om materialet gir grunnlag for nye begreper som kan benyttes under diskusjonsdelen. Malterud (2006:86) sier at målet med en beskrivende analyse er å bruke det kvalitative materialet til å utfordre eksisterende teorier og erfaringer på området, og helst på en måte som fører til ny innsikt. I mitt prosjekt ligger min erfaringsmessige og teoretiske bakgrunn til grunn for problemstilling og forskningsspørsmål.

### **4.2 Analysen**

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Malteruds (2006: 99-100) versjon av fenomenologisk systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering er først og fremst et redskap for tversgående analyse, der informasjon fra forskjellige informanter sammenfattes. Et kjennetegn ved kvalitativ forskning er at datainnsamlingen, intervjufasen og analysefasen glir over i hverandre. Analysearbeidet starter allerede under intervjuet, og fortsetter gjennom transkriberingen. Malterud har etter inspirasjon fra Amedeo Giorgi modifisert denne analyseformen.

Når Giorgi skal beskrive hva fenomenologisk metode er, tar han utgangspunkt i at en gave kan ha ulik betydning for giver og mottaker. Han sier at det ikke er giverens mening med gaven som skal ha betydning, men hvilken betydning den har for mottakeren. "The quality of a gift is determined not by the giver's ability to give but by the receiver's ability to receive." (Giorgi 1985:10). Han mener at denne betydningen kan overføres til den fenomenologiske metoden. Her blir informantene giver og forsker mottaker.

Fredrik Svenaeus (2005:43) påpeker at "fenomenologi" ikke har et entydig innhold. I ulike disipliner brukes ordet ulikt. Han mener å tro at det i helsevesenet handler i hovedsak om tre betydninger. For det første å kunne gi detaljerte beskrivelser av situasjoner og opplevelser som erfaringer med å leve med sykdom og å møte den syke. For det andre å angi en bestemt metode i empiriske undersøkelser slik en gjør når en tar i bruk kvalitativ metode for å studere menneskers personlige erfaringer og opplevelser. Og for det tredje er dette en filosofisk teori, en ontologi som omhandler læren om verden i videste forstand. Formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden

innenfor et bestemt felt. Svenaeus skriver at "livsverden er det meningsmønsteret som hele tiden utgjør bakgrunnen for våre bevissthetshandlinger." (Svenaeus 2005:50).

Jeg vil i den videre analyse forholde meg til Malterud sin tolkning. En skal i analysefasen prøve å sette egen forforståelse og teorikunnskaper til side. Det ble vanskelig for meg, siden intervjuguiden var utformet med utgangspunkt i mine teoretiske og praktiske forkunnskaper. Under intervjuet og under den første lesingen av transkripsjonene la jeg vekt på å være så objektiv som mulig. Jeg var bevisst på å ikke legge ordene i munnen på informantene, eller å spørre på en slik måte at svaret var gitt. Under lesingen av transkripsjonene prøvde jeg også å legge mitt teoretiske bakteppe til side og konsentrere meg om hva informanten formidlet. Ut fra dette mener jeg å ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet.

Etter å ha transkribert alle intervjuene, hadde jeg dannet meg en oversikt over informantenes historie. Her var det mange ulike opplevelser. Jeg ble overveldet av variasjonsbredden som materialet la for dagen. Hvordan skulle jeg klare å systematisere dette og få oversikt? Her ble det viktig å holde seg til temaene i intervjuguiden og problemstillingen for ikke å miste tråden.

Neste steg i analyseprosessen ble å leste hver transkripsjon grundig, for dermed å få en oversikt på nytt. Jeg hadde et omfattende materiale. Transkripsjonene utgjorde til sammen 160 tettskrevne sider med linjeavstand en. Malterud (2006:73) bygger på et kunnskapsteoretisk syn som har bakgrunn i sosial konstruksjonisme. Der anerkjennes forskerens medvirkning i alle ledd av kunnskapsutviklingen. Forfatteren sier at selv en transkripsjon ikke er upåvirket av forskeren. Derfor skal forskeren være ydmyk for den påvirkning han har på materialet.

"Forskerens vei gjennom dette terrenget er ikke sporløs. Tvert imot er det en avgjørende forutsetning at forskeren er i stand til å gjenkjenne sine egne spor underveis. Bare da er det mulig å sørge for at min egen indre stemme ikke overdøver kunnskapen fra andres erfaringer som jeg gikk ut for å samle inn" (Malterud 2006:73).

For å fortsatt kunne holde et fugleperspektiv over materialet valgte jeg dermed å holde meg til temaene i intervjuguiden. Dette var naturlig siden temaene i intervjuguiden dannet utgangspunkt for det jeg ønsket informasjon om. I tillegg var intervjuguiden inspirert av mitt teoretiske perspektiv og mine erfaringer i feltet. Jeg oppdaget underveis at en del av spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden kunne slås sammen fordi de representerte flere sider av samme sak.

Det som i tillegg kom opp var at de fleste av foreldrene også snakket om svangerskapet og tidligere fødselsopplevelser når de fortalte om de aktuelle fødselsopplevelsene. Dette ble en meningsbærende enhet som jeg valgte å ta med som et viktig moment (kode) for at foreldrene skal kunne mestre foreldrerollen den første tiden.

Jeg avdekket 3 hovedtema. 1: Den første overgangen (fødselen). 2: Å mestre hverdagen i avdelingen. 3: Den andre overgangen (tiden etter hjemkomst). De tre hovedtemaene ble så delt inn i undertema:

Under hovedtema *Den første overgangen* (fødselen) ble undertemaet *fødselsopplevelsen*. Her ble de meningsbærende enhetene kodet til:

- tidligere erfaringer med svangerskap og fødsel
- forberedthet til aktuell fødsel
- opplevelser fra aktuell fødsel

Under hovedtema *Å mestre hverdagen i neonatalavdelingen* ble undertemaene *foreldrerollen* og *ledsagerrollen*. Her ble de meningsbærende enhetene kodet til:

- det første møtet med barnet
- møtet med personalet i neonatalavdelingen
- mors- og farsfølelse
- å ta omsorg for barnet
- å være ledsager
- andre foreldre og barn i avdelingen
- familie og venner

Under hovedtema *Den andre overgangen* (tiden etter hjemkomst) ble undertemaet *hjemkomsten*. Her ble de meningsbærende enhetene kodet til:

- forberedthet til hjemreise
- opplevelse av overgangen
- en ny retning i livet?

Neste trinn var å få en oversikt over likheter og forskjeller på far og mors opplevelse av samme hendelse. Da måtte jeg organisere materialet. Malterud (2006:94) sier at ” Jo tydeligere vi vet hva vi spør om, jo tydeligere svar vil vi få [...].” En kode er en merkelapp som samler tekstbiter som har noe til felles for alle intervjuene. Jeg valgte å kopiere og lime inn tekst fra transkripsjonene fra far og mor under de kodene jeg hadde laget meg fra forrige trinn. Det er dette Malterud mener med systematisk dekontekstualisering. I arbeidet med dette valgte jeg å holde meg til teksten slik den var transkribert, slik at jeg kunne bevare de meningsbærende enhetene slik de ble presentert under intervjuet. Hvert avsnitt som ble limet inn ble merket, slik at jeg kunne finne det i originalteksten.

For å lettere få oversikt over likheter og forskjeller på far og mor sine opplevelse av samme fødsel, valgte jeg å lese gjennom den nye teksten jeg hadde laget. Malterud (2006:95) mener at en skal lese historiene på tvers og trekke ut de fellestrekk som informantene har, eller en kan velge å løfte frem det som er spesielt hos hver enkelt informant, for å lære noe om andre.

Materialet ble i denne omgang for omfattende til at det gikk an å sortere det i en matrise. Derfor valgte jeg å gå over til analysens tredje trinn som er knyttet til tekstkondensering, før jeg satte materialet i en matrise Malterud (2006:106). For systematisk å kunne hente ut meningsbærende enheter fra forrige analysetrinn, valgte jeg å sammenfatte det hver informant hadde fortalt til kortere setninger. Dette for å uttrykke det som blir sagt på en enkel og klar måte. Dette er det samme som Kvale (2007:127) beskriver som å meningsfortette innholdet i de meningsbærende enhetene. Min problemstilling handler om hvordan foreldrene opplever å mestre situasjonen. Dermed hadde jeg mestring som nøkkelord når jeg kondenserte teksten. Jeg ser det som viktig å beholde setninger og ord som er meningsbærende og som stammer direkte fra informanten.

Etter å ha kondensert teksten, utarbeidet jeg en matrise for hvert foreldrepar, der jeg satte opp koder fra forrige analysetrinn i radene. Det ble i alt 15 koder. Videre laget jeg en kolonne for fars opplevelser og en for mors opplevelser.

Det fjerde trinnet kaller Malterud (2006:108) for rekontekstualisering. Her skal en sammenfatte det en har funnet i form av gjenfortellinger. Jeg har valgt å presentere empirien min i form av åtte små narrativ, som skal svare på problemstillingen, og forskningsspørsmålene. Disse narrativene skal brukes som arbeidsnotat, og være med på å legge grunnlag for den videre diskusjonen.

Kvale (2007:131) skriver at en intervjuanalyse kan betraktes som en fortelling. Den blir som en fortsettelse av det som informanten fortalte. Det som ble sagt fører til en ny historie, der en videreutvikler temaene som det ble snakket om under intervjuet. Et narrativ kan også virke som en fortetting av mange små fortellinger fra ulike personer. Hensikten er at resultatet skal bli rikere og mer sammenhengende enn de opprinnelige intervjuene.

Malterud (2006:139) mener at den erfarne kliniker vet at sykehistorien er like viktig som den kliniske undersøkelsen når en skal stille en diagnose. Dette er utgangspunktet for at *narrative based medicine* er blitt introdusert i den medisinske faglitteraturen de siste årene, som en motvekt til *evidence based medicine*. En kan aldri måle en historie med fakta. Vi opplever alle virkelighetene ulikt. En "gullstandard"-tenkning, som en ofte benytter seg av innenfor kvantitativ metode, blir lite brukbar når vi skal forholde oss til menneskers erfaringer, meninger og tanker. En tilnæringsmåte som dette er nyttig for klinisk praksis, mener Malterud. Når jeg er ute etter foreldrenes opplevelse av mestring knyttet til en prematur fødsel, er jeg ikke ute etter hvordan de faktisk mestret, sett fra en "eksperts" synsvinkel. Jeg vil prøve å få frem den enkeltes individuelle opplevelse for deretter å belyse den i forhold til den teorien jeg har valgt meg. Dermed blir det viktig å formidle det som ble sagt mest mulig ufarget av min forforståelse, for deretter å trekke fortellingen inn i analysen.

En historie fra en informant kan gi et annet bilde enn en tverrsnitt analyse, men en god historie er ikke alltid det samme som vitenskapelig kunnskap (Malterud 2006: 138). Derfor blir det viktig for meg som uerfaren forsker å finne en mal for hvordan jeg skal bygge opp en fortelling. Polkinghorne (1995:13-16) skiller mellom narrativ analyse, og analyse av narrativ. Med analyse av narrativ menes fortellingsanalyse. Her leter en etter fortellinger som ligger skjult i teksten. Narrativ analyse står for fortellende analyse. Målet med den er å presentere en fortelling om opplevelsene av en gitt hendelse. Chase (2006:665-666) mener at forskeren her kan legge inn kommentarer av metodologisk eller teoretisk art. En legger da inn en autoritær stemme i fortellingen. Fortelleren kan her komme i bakgrunnen. Videre kan forskeren velge å legge inn en støttende stemme. Her kommer informantene i forgrunnen. Den siste tilnærmingen er der forskeren legger inn en interaktiv stemme. Da kommer forskeren inn med tilleggskommentarer om hvordan forskingen har påvirket forskeren. Det er den narrative analysen, slik Polkinghorne fremstiller den, min narrativer bygger på. Jeg har valgt den støttende stemmen under fortellingen, men jeg kommer ikke inn med noen referanser fra teorien. Under oppsummeringen fra hvert narrativ kommer jeg inn med egne kommentarer.

Gjennom arbeidet med å bygge opp en handling vil man hele tiden føle behov for å justere i forhold til den informasjon man vil ha med, hvordan man vil presentere den og hvilke hendelser som henger sammen. Dette arbeidet kalles *narrative smoothing* (Polkinghorne 1995:16). Jeg har vagt å bruke Dollards hovedkategorier slik Polkinghorne (1995:12-18) beskriver dem (min oversettelse).

1: Det er viktig å få med all kontekst som har en betydning for handlingen, slik at handlingens påvirkning ikke mister sin mening.

2: Hovedpersonen i fortellingen bør beskrives med hensyn til fortellingens hensikt. Det som er relevante opplysninger om personen, skal være med.

3: Signifikante andre og deres forhold til hovedpersonen skal være med når deres tilstedeværelse påvirker handlingen som driver fortellingen.

4: Forskeren må konsentrere seg om hovedpersonens valg og handlinger og prøve å se dem gjennom hovedpersonens ”briller”.

5: Det kan være behov for å beskrive en historisk hendelse for å gjøre hovedpersonens handlinger og avgjørelser forståelig, selv om dette ikke har en direkte følge for historien gjennom handlingens rolle.

6: Presentasjonen av produktet blir en fortelling. Derfor må forskeren være tro mot fortellingens egenskaper, og gjøre sitt ytterste for å presentere informasjonen så nær sannheten som mulig. Fortellingen må ha en begynnelse, en midtdel og en avslutning. Både begynnelse og slutt skal være klart definert og det skal være fokus på konteksten som omhandler handlingen. Det er viktig at innholdet er tilstrekkelig detaljert slik at det skiller denne fortellingen fra andre liknende fortellinger. Det skal være en presentasjon av en bestemt person i en unik situasjon. Det skal også fortelle hvordan denne personen håndterer denne situasjonen ved å bruke tilnærmet hovedpersonens språkbruk gjennom den endelige teksten. Dermed vil en få frem individualiteten, som betyr typifisert fortelling. En gir et bilde av denne bestemte personens horisont.

7: Forskeren kan godt velge å begynne med resultatet, så arrangeres dataene i handlingen kronologisk. Deretter må man identifisere hvem eller hva som påvirket handlingen underveis mot resultatet.



Fordi en fortelling henter sin informasjon fra virkeligheten, betyr det ikke at den er sann og entydig. Flere mennesker kan referere samme hendelse og få helt ulike fortellinger fordi de har ulik forforståelse og erfaring. Derfor må fortellingen vurderes i forhold til at det er en hendelse som blir formidlet, via en forteller. Dermed kan den endelige forståelsen av hendelsen ha endret seg flere ganger.

Et narrativ blir derfor til gjennom ulike faser. Først fortellerens beskrivelse av hendelsen (informanten), deretter intervjuerens oppfatning av det som ble fortalt, og til slutt leseren av narrativet/fortellingen sin oppfatning av innholdet/budskapet. Dermed må forskeren utøve høy aktsomhet og refleksivitet for å kunne klare å lese informantenes meninger fra det som blir fortalt. Dette krevde at jeg stadig måtte gå tilbake til lydopptakene for å få med hva som ble sagt, og på hvilken måte det ble sagt. Det ble også viktig å huske tilbake for å erindre hvilken stemning som rådet. Var det mye latter og fleip, eller mye tårer og sorg? Virket det som en hvilket som helst samtale en overhører på bussen? Dermed forankres historien til de røttene den har.

Informanten velger selv hva som skal fortelles og hvordan det er ment at det skal oppfattes. Derfor er det ikke alltid at det som blir sagt er det som intervjueren til syvende og sist opplever som den virkelige historien. Mye blir sagt mellom linjene, men det er opp til intervjueren å oppfatte dette. Dette kan også oppfattes ulikt fra intervjuer til intervjuer. Derfor vil det for mitt vedkommende være viktig å være ærlig på at jeg er farget av mine kunnskaper og teorier jeg har valgt å bruke i dette prosjektet. Men likevel blir det viktig at jeg klarer å bringe den enkelte forelders stemme frem.

### **4.3 Presentasjon av empirien**

For at ikke parene skal kunne gjenkjennes har jeg laget fiktive navn. Alder og kjønn på barna er også forandret på enkelte. Uttalelser som jeg mente var for sensitive til å ta med er utelukket, selv om jeg hadde syns de hadde vært fruktbare å ta med.

Narrativene kan leses med ulike briller alt etter hvilke erfaringsgrunnlag leseren har. Ved at leseren får en presentasjon av empirien i form av narrativer, vil det være muligheter for også å kunne trekke ut andre moment som ikke jeg har lagt vekt på under diskusjonsdelen.

Jeg har valgt å bygge opp narrativene etter mal fra analysedelen. Alle starter med en kort presentasjon av parene og relevant informasjon om bakgrunnen deres, som jeg mener har noe å si for mestringsgrunnlaget de har. Dette er ikke uttømmende informasjon, og det var heller ikke hensikten. Videre forteller jeg historiene til foreldrene, samlet under temaene *den første overgangen* (tiden like rundt fødselen), *tiden i avdelingen* (neonatalavdelingen) og *den andre overgangen* (tiden rundt hjemreise). Så avslutter jeg med en oppsummering, der fokuset er mestringsopplevelsene til foreldrene. For at narrativene ikke skulle bli for lange har jeg valgt å spare på en del av innholdet i fortellingene (de gode sitatene) til diskusjonsdelen.

### **4.3.1 Par nr 1**

Johan og Anne har vært samboere i 3 år. Ingen av dem hadde barn fra før. Anne var 22 år og høyskolestudent innen helsefag, da hun ble gravid. Hun karakteriserte seg selv som en målbevisst dame som liker å ha kontroll. Hun pratet og lo mye under intervjuet, og beskrev godt sine tanker og følelser rundt fødselen. Angsten for at barnet skulle dø preget hele sykehusoppholdet.

Johan var 25 år. Han har fagbrev og jobber på et mekanisk verksted. Under intervjuet var Johan ordknapp, men forsikret meg om at han synes det var viktig å få snakke om det som hadde skjedd. Han ville fortelle sin historie for å eventuelt kunne hjelpe andre i ettertid.

#### **Den første overgangen.**

Allerede fra 25. svangerskapsuke ble Anne innlagt på grunn av truende svangerskapsforgiftning. Fosteret vokste ikke som det skulle. De fikk hele tiden forsikringer om at barnet hadde det bra, men på grunn av mors helsetilstand måtte hun være innlagt for å ta det med ro. Anne var bestemt på at dette ikke skulle sette noen nevneverdig stopper for utdannelsen. Derfor brukte hun dagene på sykehuset til å studere fra sykesenga. Hun hadde satt seg som mål å gjøre ferdig utdanningen samtidig som hun skulle føde til termin. Anne fortalte at hun hadde både en plan A og en plan B. Om ingen av planene skulle fungere, så var det bare å finne en ny plan.

Bekymringer for Annes helsetilstand har preget Johan. Han fortalte ikke så mye om sine egne tanker og følelser. På direkte forespørsel om hvordan han opplevde situasjonen så svarer han ofte at; *Jeg rakk ikke å tenke. Jeg var bare en tilskuer.* Han snakket mye om Anne og det hun

hadde fortalt om sine opplevelser, og hva han trodde at hun måtte tenke og føle i ulike situasjoner

Alice ble født i svangerskapsuke 30, og veide 1780 gram. Da hadde Anne vært hospitalisert nærmere 7 uker. Da Alice ble født viste det seg at hun var sykere enn antatt. I følge foreldrene ble hun karakterisert for å være kritisk syk. Alice hadde behov for respirasjonsstøtte i form av respirator i 18 døgn. Deretter fikk hun CPAP i cirka en uke. Videre hadde hun behov for oksygentilskudd frem til en uke før hjemreise.

### **Tiden i avdelingen.**

Paret var begge forespeilet at det kunne bli en prematur fødsel, men når fødselen ble et faktum kom det likevel brått på for Johan. Anne følte seg klar og var lettet for endelig å bli forløst.

Informasjonen de fikk før fødsel indikerte at alt skulle være bra med fosteret, og dermed hadde de en forestilling om at dette skulle gå bra, tross alt. Etter fødselen snudde situasjonen seg. De opplevde at det de hadde forventet ikke var det samme som virkeligheten. Anne mente at hun var godt forberedt til fødselen, men når ikke situasjonen ble som forespeilet resulterte dette i fornektning. Hun svevde mellom angst for at datteren skulle dø, samtidig som hun innimellom var stolt av å ha fått et barn. Anne mente at tankene hennes var syke, og holdt dem for seg selv. Hun hadde stort behov for informasjon, og opplevde at hun ikke fikk den informasjonen hun hadde behov for. Hun sier også at hun hadde problemer med å oppfatte det som ble fortalt.

Etter ett og et halvt døgn var hun så frisk at hun kunne trilles i rullestol til neonatalavdelingen. Denne opplevelsen beskriver hun slik:

*Heldigvis var det bare en sykepleier der da jeg kom ned. Hadde det vært flere der, så hadde jeg blitt enda reddere. Alice var full av ledninger. Jeg turte ikke å ta på henne. Jeg tror at en aldri kan forberede seg godt nok på at de er så små. Jeg hadde så grusom vondt, men da jeg kom bort og fikk ta på ho, da kjente jeg ingen smerter. Jeg var bare ufattelig lei meg.*

Etter hun hadde fått skiftet bleie på datteren første gang, følte hun at det var litt hennes barn.

Johan følelsen av å befinne seg i en tilskuerposisjon. Han opplevde å bli godt ivaretatt og informert. Oppgaven til Johan var i starten å holde Anne orientert om tilstanden til Alice. Dette hjalp han til å mestre den første tiden. Selv om det var en veldig stressende situasjon, så opplevde Johan at det var godt å få være til nytte. Han var heller aldri i tvil om Alice skulle overleve.

Anne var veldig preget av angsten for at datteren skulle dø. Dette virket inn på tilknytningsprosessen. Det som reddet henne var at en av overlegene så hvordan hun hadde det, og kom stadig med forsikringer om at dette skulle gå bra. Han ble som en klippe i tilværelsen hennes. Samtidig så strevde Anne mellom følelsen av å ville vite, samtidig som hun ikke ville vite.

Begge fortalte at de hadde god støtte i hverandre under oppholdet. De var mye i avdelingen og deltok i omsorgen for Alice. De hadde også god støtte i andre foreldre i avdelingen, men kontakten med venner og familie opplevde de som belastende. De ville være for seg selv, og mente at familie og venner var et forstyrrende element. Johan beskriver det slik; *De er bare i veien. Det var veldig godt å bare slå av telefonen og bare være i avdelingen. Alle spurte hvordan det gikk. Det var hardt å skulle gå gjennom det hele tiden. Å gi rapport på en måte.*

### **Den andre overgangen.**

Anne var innlagt i til sammen femten uker. Begge foreldrene var godt forberedt på å reise hjem med Alice, men de opplevde at det ble vanskelig å få forståelse for situasjonen blant slekt og venner. Anne har i ettertid fått et litt annet syn på tilværelsen. Hun har lært at ikke alt blir som planlagt, og hun er nå mer opptatt av å ta vare på øyeblikkene. Johan hadde ikke tenkt så nøye over om livet hadde forandret seg. De hevder at forholdet deres er blitt styrket etter denne opplevelsen.

### **Oppsummering**

Anne og Johan er et ungt par. De hadde lagt planer for fremtiden sammen, men den ble ikke som de hadde forventet. Sammen la de en ny plan. De mestret også hverdagen godt selv om Anne var mye syk under svangerskapet. De første dagene etter fødselen levde begge i en uvirkelighetstilstand. Barnet ble ikke som forventet. Under oppholdet var Anne preget av angst for at datteren skulle dø. Å sitte alene med tankene førte til at det ble vanskelig å mestre situasjonen. Johan følte seg trygg og stolt, og tok mest del i omsorgen for datteren den første tiden. Dette førte til at han hadde en mer positiv opplevelse av å mestre situasjonen. Han hadde konkrete oppgaver å fylle dagene med, og han klarte å glede seg over datteren. Anne ville helst betrakte det hele litt på avstand. På denne måten opplevde hun å mestre situasjonen bit for bit. Etter hvert så deltok begge likt. De fant stor trøst og støtte i hverandre i den tiden de var i sykehuset. De fant begge støtte i andre foreldre i avdelingen, og de opplevde begge at familie og venner ikke forsto situasjonen deres. De følte begge at de var godt forberedt til å

reise hjem. Både Anne og Johan forteller at forholdet deres har blitt styrket etter denne opplevelsen.

#### **4.3.2 Par nr 2**

Lise og Tor har vært gift i 15 år, og har fire barn i alderen 5 til 15 år, som alle er født til termin. De jobber sammen på gården sin, og er vant til å samarbeide om store og små hendelser i livet. Dette svangerskapet var ikke planlagt, men de tok det som kom. De gledet seg begge til å skulle bli foreldre igjen.

Lise er 36 år, og gråt mye under intervjuet. Spesielt når hun snakket om datteren Elin. Hun var mye plaget med skyldfølelse for det som skjedde. Etter hvert klarte hun å trøste seg med at det var en muskelknote i livmoren som var sårsaken til den for tidlige fødselen.

Tor er 45 år, og karakteriserer seg selv som en rolig og sindig person. Han er uføretrygdet, og var sjåfør før helsa sviktet. Nå hjelper han kona med gårdsdriften. Under intervjuet kom han flere ganger inn på at han var veldig bekymret og hadde mange spørsmål som han ikke fikk svar på. Men han var også snar til å berømme personalet. Han sier ofte at det var en fantastisk proff gjeng som var ansatt ved neonatalavdelingen, og han er veldig takknemmelig for den hjelpen de fikk under oppholdet.

#### **Den første overgangen.**

Når Lise fikk blødninger kom dette som et sjokk på begge. De hadde fått vage varsler om at fødselen kunne skje før termin, men begge holdt på avstand tanken om en prematur fødsel. Lise hadde vært frisk og sprek under hele svangerskapet, og de hadde nok med å organisere hverdagen sin. Begge følte seg godt ivaretatt og trygge under transporten til sykehuset.

Elin var Lise og Tor sitt femte barn. Hun ble født i svangerskapsuke 31 og veide 1700 gram. Det var placentalsøsning som var årsak til den for tidlige fødselen. Hun ble forløst tre og en halv time etter at Lise fikk blødninger. Elin var sprek og frisk etter fødsel. Hun hadde bruk for respirasjonsstøtte i form av CPAP noen få timer etter fødsel, og lå i kuvøse i tre uker. Til sammen var mor og barn innlagt i åtte uker.

Lise var våken under keisersnittet, og fikk se datteren like etter fødselen. *Morsfølelsen kom med en gang de sprettet opp magen mi*, sa hun. Tor takket nei til tilbudet om å være med.

Han satt på forrommet og ventet. Da han fikk se datteren for første gang karakteriserer han opplevelsen som ubegripelig stor.

### **Tiden i neonatalavdelingen.**

Lise opplevde tiden i neonatalavdelingen som veldig stressende. Stadig omskiftning av rutiner førte til at hverdagen ble kaotisk og uoversiktlig. *Da jeg først hadde kommet inn i en rutine, da skulle hun over i seng. Så da ble alt skipt igjen.* Hun strevde med å få tid til alle gjøremål gjennom dagen. Lise følte at det ikke var godt nok lagt til rette for mødre til premature barn i sykehuset. *Jeg fikk ikke tid til noen ting. Jeg måtte jo spise innimellom også. Og pumpe meg, før hun skulle ut av kuvøsen igjen.* Hun mener at hun fikk god opplæring, og at hun stort sett fikk delta aktivt i omsorgen og beslutningene rundt datteren. For å bearbeide fødselsopplevelsen og mestre hverdagen snakket hun mye både med Tor, personalet og med andre mødre i avdelingen. Hver kveld skrev hun ned viktige hendelser i dagboken, og i ettertid har dette vært til god støtte for Lise.

Siden Tor var lite i avdelingen tok det litt tid før han turte å ta del i omsorgen for datteren men etter påtrykk fra Lise gikk det bedre. Første gang han fikk Elin lagt ut på brystet hadde Tor varierende følelser. Han karakteriserer det slik:

*Eg var veldig spent. Den første tida turde eg ikkje å ta på ho. Eg visste rett og slett ikkje kordan eg skulle gjere det. Men å få ho på brystet var ein stor følelse. Det var som ei brikke som datt på plass. Det var egentlig da eg følte at eg hadde fått ei datter.*

Bekymringene for Lise som var redd for å ligge alene på mødrerommet, opptok Tor en del under oppholdet. De pratet mye på telefon om kvelden og natten. Lise fant god støtte i de andre mødrene i avdelingen, men hun synes det var tøft se de andre barna. Det var vanskelig å skjerme seg fra alle inntrykkene når hun satt kenguru med Elin. Tor var for lite i avdelingen til å få kontakt med andre foreldre, og ikke hadde han noe behov for det heller.

Lise strevde en del med dårlig samvittighet overfor de andre barna sine. Samtidig var hun veldig glad for å være så langt fra hjemmet. *Da slapp jeg å måtte reise frem og tilbake. Jeg bare måtte slå meg til ro med at slik var det.* Hun var trygg på at barna hadde det bra sammen med faren. Tor måtte være hjemme for å passe de andre barna. Det var to timer å kjøre til sykehuset. Dermed ble det ikke anledning til å besøke Lise og Elin mer enn to til tre ganger i uken. Det var viktig for familien å være samlet om det som hadde hendt, men både far og mor

opplevde at det ble for travelt når alle barna var på besøk samtidig. Derfor valgte de å bare ta med to av gangen.

### **Den andre overgangen.**

Lise følte at hun mestret alt før hjemreise, men etter hjemkomst strevde hun en tid med å møte naboer og kjente. Tor var litt utrygg i starten, men ikke mer enn han hadde vært med de andre barna. Han var mye bekymret og redd for hvordan det vil gå med datteren i fremtiden. Han leste i aviser og så på TV at det kan være mange seinskader som truer. Men han trøstet seg med at Elin alltid har vært frisk og sterk. Han bekymret seg også i det daglige over at datteren gulper en del, men ser også at hun legger på seg slik hun skal. Bekymringene er der for det, sier han.

På spørsmål om livet har tatt en ny vending svarer begge at de er blitt mer sentrert rundt familien. Lise sier at livet har fått et annet perspektiv, og at hun er opptatt av å ta vare på øyeblikkene. Tor mener at han hadde mange bekymringer fra før, og har nå fått en til. Han trøster seg likevel med at alt har gått bra. Han er også blitt opptatt av familien.

Fritidsaktivitetene han hadde er ikke så viktige lenger. Men med tiden er han klar for å utvide horisonten igjen.

### **Oppsummering.**

Dette er et godt etablert par. De har opplevd flere overganger i livet. Å bli foreldre har vært en naturlig ting i tilværelsen. De hadde begge forventet at dette svangerskapet skulle ende i en fødsel til termin. De har vært vant til å tilpasse seg skiftende omgivelser og å ta hverdagen som den kommer. Siden Lise opplevde ledsagerrollen som stressende og dårlig tilrettelagt, ble dette noe som bekymret dem begge. Under oppholdet hadde Tor og Lise ulike roller. Tor måtte være hjemme det meste av tiden, mens Lise var i avdelingen. Det resulterte i at Tor følte seg usikker på å få datteren hjem, mens Lise følte at hun mestret det godt. Det ser også ut til at mor bekymret seg mest i starten, mens far fremdeles var bekymret etter at datteren er kommet hjem. Det virket som om han var mer opptatt av seinskalder, mens Lise var mer opptatt av her og nå situasjonen. Det så ut til at til tross for at denne fødselen fikk en brå og skremmende start, så har alt gått fint i ettertid. Likevel har denne opplevelsen satt livene deres i ett litt annet lys. De tar mer vare på hverdagen og de små nære ting. Det som skjer utenfor familien er ikke så viktig lenger. De er blitt mer sentrert rundt kjernefamilien.

### 4.3.3 Par nr 3

Åge og Wenche hadde vært gift i 4 år. Wenche har to barn fra et tidligere forhold, og sammen har de to. Barna var i alderen 3 til 17 år, og alle var født til termin. Wenche er 36 år og selvstendig næringsdrivende. Åge er 40 år, og snekker.

Svangerskapet ble oppdaget ved en tilfeldighet i 12. Svangerskapsuke. Tor var ikke innstilt på å bli far en gang til. Siden barnet også ble født prematurt strevde han litt med å venne seg til tanken på å ha blitt far. Wenche hadde blandede følelser under svangerskapet, noe som også førte til skyldfølelse da det ble en prematur fødsel.

Graviditeten gikk komplikasjonsfritt frem til 29. svangerskapsuke. Dermed hadde Wenche og Tor bare i underkant av 4 måneder til å forberede seg på å bli foreldre. Fem dager før fødsel fikk hun premature rier, som ble stoppet.

#### **Den første overgangen.**

Wenche og Tor fikk en fødselsopplevelse utenom det vanlige. De var begge uforberedt på at fødselen kom så brått. Wenche fikk et illebefinnende og det ble foretatt katastrofekeisersnitt. Det oppsto komplikasjoner, og hun ble lagt i kunstig koma. Det var en stund uklart hva som var årsaken til at barnet måtte forløses, og hva som feilte Wenche. Like etter fødsel ble Mona lagt på CPAP. Det viste seg at hun var en livskraftig og sterk jente, og etter 20 timer pustet hun på egenhånd, uten å trenge oksygentilførsel.

Wenche våknet etter to dager, og hun følte seg snytt for både svangerskapet og fødselen. En av pleierne fra neonatalavdelingen tok med seg Mona til barselavdelingen etter to dager, noe Wenche satte stor pris på. Det som opptok Tor mest, under oppholdet, var uroen og engstelsen for Wenche sin helsetilstand. De første dagene beskriv han at han følte seg utenpå seg selv, og gikk i stadig angst for at Wenche skulle få tilbakefall. I tillegg følte han seg som en kasteball i systemet. Tor var så preget av situasjonen, at han ikke maktet å videreformidle til Wenche om datterens tilstand.

Wenche opplevde det første møtet med neonatalavdelingen som skuffende. Ingen av personalet var til stede da hun besøkte datteren første gang, og hun satt foran kuvøsen og følte seg trist og mislykket. Begge foreldrene fortalte at de følte at de datt mellom to stoler, da Wenche var innlagt på barsel. De første dagene bodde Tor sammen med henne. I ettertid mente de at de helst skulle vært innlagt på samme avdeling som Mona.



Etter hvert fikk Wenche og Åge et godt forhold til helsepersonalet, som de begge hadde stor tillit til. Wenche følte at hun fikk god og kontinuerlig informasjon underveis, bortsett fra de dagene hun selv var så syk at hun ikke maktet å komme til avdelingen. Det hun savnet mest i starten, var at noen fra avdelingen kom for å informere henne om datterens tilstand. *Då hadde eg stort behov for å få vite kva som hendte.*

### **Tiden i avdelingen.**

Wenche opplevde at hun fikk god veiledning i forhold til å ta omsorg for datteren. Det var stort sett kontaktsykepleierne som hadde ansvar for familien, noe som skapte trygghet. Hun var også glad for å få være mye i avdelingen sammen med Mona. Tor var langt mer tilbakeholden i starten, men etter hvert klarte han å nærme seg datteren og å ta del i omsorgen.

Ord som sorg, glede, skyldfølelse og en følelse av uvirkelighet, ble brakt frem da Wenche beskrev denne tiden. Hun prøvde å mestre disse følelsene ved å lese NIDCAP-rapportene, og se på bilder av Mona. Under stell av datteren var hun redd for å gjøre feil, og hun etterlyste bedre opplæring i starten. Hun følte at det manglet struktur på opplæringen. Samtidig følte hun seg overvåket når pleierne sto ved siden av henne under stell.

Det mest problematiske for Wenche under oppholdet var å være ledsager. Hun opplevde å bli utskrevet fra barselavdelingen lenge før hun var fysisk og psykisk klar. Hun følte seg som en tigger når hun måtte be om matkort hver dag. Etter komplikasjonene under keisersnittet, strevde hun veldig med egen dødsangst. Å ligge på et tresengsrom sammen med folk hun ikke kjente i en ubemannet avdeling ble for tøft. Etter hvert fikk hun hjelp fra en av personalet til å få plass på pasienthotellet, noe som reddet situasjonen.

Åge hadde ikke anledning til å være så mye i avdelingen, fordi han måtte ta seg av de fire barna hjemme. Det tok en og en halv time å reise til sykehuset. Åge og Wenche synes ikke det var noen stressende tilværelse å ha et barn på sykehus. De er vant med en stresset hverdag til vanlig, og delte nå på omsorgen for barna. Dermed følte de at de taklet tilværelsen godt i det store og hele.

Wenche fant god støtte i de andre foreldrene i avdelingen. Hun synes det var positivt at pasienter og pårørende oppholdt seg tett på hverandre i samme rom. Åge hadde ikke kontakt med andre foreldre, og han følte heller ikke behov for det. Han synes det var trange forhold i avdelingen, men berømmet personalet for å tilrettelegge på en god måte.

Wenche oppholdt seg på sykehuset til sammen i åtte uker, og hun syntes det var problematisk at det var så strengt med hensyn til å få besøk av familie og venner. Det ble vanskelig for andre å forstå hva de hadde gått gjennom. Åge synes at det var travelt å skulle holde familien oppdatert. Han løste dette ved å informere svigermor, og overlot resten til jungeltelegrafene.

### **Den andre overgangen.**

Mor og barn ble utskrevet tre uker før termin, og Wenche følte seg godt forberedt på å komme hjem med datteren. Åge var mer reservert. Han følte at en del av tryggheten forsvant når de ikke lenger skulle ha noen i bakhånd. Det at datteren ikke lenger skulle være koblet til alarmer var det verste å venne seg til, spesielt for Åge. De fant en ekstra trygghet ved å skaffe seg en apnoe-madrass (en madrass med en sensor som registrerer, og gir alarm om barnet stopper å puste).

Wenche mener hun har fått et annet syn på tilværelsen etter denne fødselen. Hun har lært seg at livet kan snu brått. Det har fått henne til å sette mer pris på menneskene rundt seg, og til å ikke legge så stor vekt på alle praktiske gjøremål i hverdagen fremfor kontakt med familien. Hun mener at dette står i motsetning til det Åge har erfart. Åge har ikke tenkt over dette før han ble spurt. Han mener at det som har fått hans liv til å endre seg var opplevelsen av å nesten miste Wenche i starten. Det overskygget at han ble far til et prematurt barn. Han føler at han i ettertid har blitt ekstra beskyttende, men samtidig er han opptatt av å få hverdagen til å fungere, også når det gjelder de praktiske tingene. I det store og hele, fire måneder etter utskrivelse, mener han at hverdagen er som før.

### **Oppsummering.**

Wenche og Åge er et godt etablert par. De har begge gode erfaringer med tidligere fødselsopplevelser, men dette svangerskapet og fødselen kom uforberedt på begge. Det som ble spesielt for dette paret var at mor ble alvorlig syk rundt fødselen, og for far resulterte dette i at han fikk følelsen av å miste fotfestet. Frykten for at Wenche skulle dø overskygget opplevelsen av å ha blitt far. Dette førte til at Åge hadde nesten like stor behov for å bli ivaretatt som Wenche den første tiden. Wenches følelser dreide seg både rundt datteren og seg selv. Hun kjente på skyldfølelse overfor datteren, og følelsene vekslet mellom glede og sorg. I forhold til seg selv så strevde hun med angst for å dø, når hun var alene. Wenches negative opplevelse av å være ledsager den første tiden, førte til at hun opplevde å ikke mestre situasjonen. Åge sine følelser var sentrert mest rundt Wenche, og følelsen av frykt for at hun

skulle bli syk igjen var overveldende. Felles hadde de opplevelsene av uvirkelighet i denne situasjonen.

Wenche var mer i stand til å glede seg over datteren, og å ta del i omsorgen. Åge ble delvis forhindret i å delta på grunn av omsorgsplikter i hjemmet. Dette førte til at Wenche var mer forberedt på å få Mona hjem enn Åge var.

#### **4.3.4 Par nr 4.**

Gro og Kåre har vært gift i 3 år. Sammen har de en sønn fra før, som for 3 år siden ble født i GA 32. Dette svangerskapet, fødselen og tiden etter var komplikasjonsfri. Dermed har de gode erfaringer og en del kunnskaper i bakhånd. Det nye svangerskapet var planlagt. På grunn av svak livmorhals, var de begge forberedt på at dette også skulle bli en for tidlig fødsel. Dermed var Gro sykmeldt og til dels tilbrakte tilværelsen til dels liggende deler av svangerskapet.

Gro er 32 år og og med sin helsefaglige bakgrunn med erfaring fra neonatalavdelinger har hun kunnskaper utenom det som er vanlig for en prematurfødende mor. Hun pratet ivrig og muntert, og synes det var viktig å få formidle sine erfaringer. Under intervjuet kom Gro stadig inn på da sønnen ble født. Hun sammenligner de to fødslene hele tiden.

Kåre er 31 år, er høyskoleutdannet og jobber som daglig leder. Han var svært ordknapp, men høflig og smilende under intervjuet. Det var vanskelig å få ham til å snakke om følelsene han hadde rundt fødselen. Han husket ikke så godt hva som skjedde i forbindelse med fødselen, og blandet ofte sammen de to fødslene. Kåre sa at han hele tiden har tatt det som det kommer. Han var aldri redd for at svangerskapet og fødselen ikke skulle gå bra.

#### **Den første overgangen.**

Gro ble innlagt en uke før fødselen på grunn av premature rier, som ble forsøkt stoppet. Hun følte hele tiden at hun hadde kontroll over det som skjedde. Hun holdt seg godt informert, og var glad for hver dag hun fikk beholde datteren i magen. Da fødselen satte i gang var hun stolt for at hun hadde klart å komme til uke 30. Da visste hun at det var stor sannsynlighet for at barnet ville klare seg fint.

Sunniva ble født vaginalt i svangerskapsuke 32 og veide 1720 gram, og måtte ha respirasjonsstøtte i form av CPAP i 6 timer etter fødselen. Etter det pustet hun fint selv. Babyen var mye urolig like etter fødsel, og trivdes best på mammas bryst.

## Tiden i avdelingen.

Det som opptok Gro mest under oppholdet var at datteren ikke trivdes i kuvøsen, og at det var stressende og ukomfortabelt å være ledsager. Det ble vanskeligere og vanskeligere å forlate datteren om kvelden. Dagene var hektiske og dreide seg om å få tid til å ta ansvar for omsorgen for Sunniva, samtidig som hun selv skulle sørge for å komme seg fysisk etter svangerskapet. Tiden gikk med til å pumpe ut morsmelk og å sitte kenguru, noe Gro så som den viktigste oppgaven hun hadde. Innimellom måtte hun sørge for litt mat til seg selv. Hun synes maten var lite appetittvekkende. Derfor spiste hun lite da hun var innlagt. Hun satte stor pris på å bli behandlet som pasienter flest, når det gjaldt å motta informasjon. Hun satte også stor pris på at personalet behandlet barna individuelt. Hun forteller det slik:

*Og så var det slik at det ikke var så viktig om ho fikk mat hver 3.time. det var godt at vi fikk tilpasse det etter slik som ho ville ha det, og ikke etter klokka. Jeg synes at personalet så ho Maria som person. Men det var grusomt at ho ikke trivdes i kuvøsen. Hun skreik og ville ikke være reivet. Det bekymret meg veldig.*

Det var viktig for Gro å ha full oversikt over datterens tilstand. Derfor var hun opptatt med å følge med på ulike prøvesvar, undersøkelser og holdt seg oppdatert ved også å lese datterens journal regelmessig. I tillegg hadde hun kunnskaper og erfaringer i å observere premature barn. Det hun observerte hos datteren fortalte henne at hun virket frisk og hadde det bra.

De hadde begge stor tillit til helsepersonalet. Gro la spesielt vekt på det som hun kalte ”det lille ekstra” som personalet la vekt på for å gjøre en så god jobb som mulig. Hun satte også pris på at de så barnet som person og ikke først og fremst var opptatt av rutiner, men la vekt på individuell tilrettelegging. Selv om Gro var vant til å håndtere premature barn, så var hun usikker på hvordan hun skulle behandle sitt eget. Hun følte at hun måtte spørre personalet om det passet hver gang hun skulle nærme seg datteren. Til tross for at hun visste at det var hun som skulle ta styringen. Det tok to timer å kjøre til sykehuset, og derfor var Kåre lite i avdelingen. Han måtte også ta omsorg for sønnen.

Gro hadde ikke kontakt med andre foreldre i avdelingen. Hun følte at hun hadde nok med seg selv og Sunniva. Det å være så nært andre pasienter, var til tider en belastning, fordi et minnet henne på hva som kunne ha skjedd. Men hun klarte fort å vri tankene over på det positive ved at datteren var frisk og sprek. Kåre synes det var greit at det var andre barn og foreldre i samme rommet, men han følte seg ofte tvunget til å prate med dem når han satt kenguru. Han forteller det slik: *En ser folk litt an. Men det blir jo litt overfladisk. For egentlig så har en ikke*

*noe med hverandre å gjøre. Og så sitter en der...oppå hverandre....og...en MÅ jo liksom snakke....*

Gro sleit veldig med å være adskilt fra sønnen, men opplevde det som veldig stressende da han kom på besøk. Det resulterte i at hun fikk dårlig samvittighet.

### **Den andre overgangen.**

Sunniva var en sterk jente, og flink til å die. Dermed ble mor og barn overflyttet til barselavdelingen ved lokalsykehuset de tilhørte da Sunniva bare var 35 uker. En uke etter fikk mor og barn reise hjem. Selv om Gro var godt forberedt og taklet tilværelsen godt, var hun likevel usikker etter hjemkomst. Kåre var veldig fornøyd med situasjonen, men hadde helst sett at mor og barn hadde kommet hjem før.

### **Oppsummering.**

Dette virker som å være et ressurssterkt par. De opplevde begge et lykkelig og komplikasjonsfritt forløp. Gro holdt seg og mannen godt informert, og de gledet seg over det som var friskt og positivt under svangerskapet, fødselen og tiden etter. Det virket som om mor var den styrende parten i denne sammenhengen. Hun sitter inne med viktig kunnskap som hun klarte å formidle til mannen på en slik måte at han slapp å bekymre seg for situasjonen. Dette resulterte også i at han tilsynelatende inntok en avslappet og naturlig holding til det å bli far. De var begge opptatt av å sammenligne og å se begge fødslene under ett. De sier begge at å bli foreldre til for tidlig fødte barn ikke har preget tilværelsen deres mer enn det hadde gjort om de skulle få barn født til termin.

### **4.3.5 Par nr 5**

Synnøve og Geir har vært gift i 17 år, og har en datter på 10 år. For 6 år siden fikk de en dødfødt gutt, som ble født på grunn av morkakeløsning i svangerskapsuke 33. Dette har preget paret sterkt. Synnøve er pedagog og 40 år. Under hele intervjuet kom hun stadig tilbake til sønnen de mistet. Angsten for at sønnen de nå hadde fått også skulle dø, var overhengende gjennom hele svangerskapet og sykehusoppholdet etter fødselen.

Geir er 41 år og teknisk utdannet. Han sa mange ganger under intervjuet at han er vant til å forberede seg på det verste. Han hadde vært veldig redd under hele svangerskapet, spesielt for Synnøve. Under fødselen for 6 år siden, hadde de fått beskjed om at mor også kunne vært død om de hadde kommet noen minutter senere.

Dette svangerskapet var ikke planlagt. De hadde bestemt seg for ikke å få flere barn etter at de mistet gutten sin. Synnøve forteller at hun likevel hadde gledet seg enormt til å bli mor igjen. Hun følte seg frisk under hele svangerskapet og gikk hyppig til kontroll. Faren for morkakeløsning var overhengende også i dette svangerskapet, men hun hadde fokusert hele tiden på at dette kunne gå bra.

### **Den første overgangen.**

Da hun kvelden før fødselen begynte å kjenne på de samme vage symptomene som sist, mistet hun motet. Hun var da kommet til svangerskapsuke 30. *Jeg sa det til ham jeg (barnet i magen), at huff a meg, skal du dø du og nå da?* Det tok flere timer før hun tok kontakt med sykehuset. Hun ville ikke virke hysterisk. Hun kjørte selv alene til sykehuset, og både Synnøve og Geir tenkte at det bare skulle være for en kontroll.

Like etter ankomst fikk Synnøve kraftige blødninger, og det ble foretatt et katastrofekeisersnitt. Det siste Synnøve oppfattet før hun ble lagt i narkose, var at fosterets puls var synkende. Geir var sikker på at han skulle miste begge to. På vei til sykehuset fikk han beskjed om at operasjonen var over, og at mor og barn var i live. Da kom tankene om at sønnen hans kunne fått store skader. Han ble beroliget da han fikk se sønnen og fikk informasjon om at gutten så ut til å ha det bra, men likevel følte han at gleden ikke var helt betingelsesløs. Selv om han følte seg trygg på at gutten var i kyndige hender så truet faren for att sønnen skulle få varige men i bakhodet.

Robert var sterk og frisk etter fødsel. Han veide 1600 gram. Like etter fødselen ble han lagt i kuvøse og tilkoblet overvåkingsutstyr, og etter 9 timer kunne han kobles fra CPAP. Siden pustet han fint selv. Da Synnøve våknet følte hun seg trygg og stolt. Hun hadde fått en sønn som levde. Det tok over ett døgn før hun fikk hilse på sønnen. Hun kunne ikke huske så mye av det første møtet. Bare at han var tilkoblet en del ledninger og slanger, og at det alarmerte over alt. Dette gjorde henne engstelig og redd for at det kunne være noe galt med sønnen. Hun ble veldig rørt da hun fikk gratulasjoner av personalet. Hun fortalte at hun følte at barnet ikke var helt fullverdig siden han var født for tidlig.

### **Tiden i avdelingen.**

Under hele sykehusoppholdet var Synnøve plaget av det tekniske utstyret i avdelingen. Hun ble redd hver gang en alarm ble utløst. Selv om det var sjelden at alarmen ble utløst hos sønnen hennes, så var det like ille å oppleve at det alarmerte for andre barn. Sønnen hennes

hadde det bra og utviklet seg normalt, men hun klarte likevel ikke å se det og å glede seg over det.

Begge følte seg godt mottatt i avdelingen, og de fikk god og kontinuerlig informasjon og opplæring i NIDCAP og hygiene. Det var ikke alt helsepersonell de hadde like stor tillit til i avdelingen. Synnøve fikk mindre tillit til de hun oppfattet ikke var nøye nok med å stelle barnet, og det gjorde at hun ble opptatt av hvem som hadde ansvar for sønnen på hver vakt. Geir la mer vekt på hvor flinke personalet var til å observere sønnen. Han mente at han følte seg utrygg på de mest erfarne pleierne. *Jo mer erfarne folk blir, jo lettere er det at de tar lett på ting.* Samtidig var han veldig imponert over de litt yngre av personalet. Han observerte at de fulgte med barna hele tiden, og at dealdri var langt unna. Det å oppholde seg i en avdeling der mange pasienter og pårørende befant seg tett på hverandre i et åpent landskap, følte de begge som en betryggelse. Geir påpekte at det høye faglige nivået til helsepersonalet og det oversiktlige lokalet, bidro til at han følte seg trygg under oppholdet. Det å være vitne til at andre barn var syke, var en påkjenning for begge. Synnøve synes spesielt det var vanskelig å se fullbårne barn. Da gikk det opp for henne hvor liten sønnen hennes var.

Fars- og morsfølelsen var til stede lenge før fødselen. Selv om de hadde opplevd å miste et barn, var de ikke redd for å knytte seg til sønnen. I starten følte Synnøve seg mer som en fostermor, som om det var personalet som eiet barnet. Likevel føltes dette trygt og riktig. *Det var veldig greit å kunne overlate ansvaret til helsepersonalet. Jeg var ikke sterk nok, den tiden han lå i kuvøsen. Jeg hadde mer enn nok med å takle tilværelsen jeg da.* Geir hadde problemer med å stelle med gutten den første tiden. Det å sitte kenguru opplevdes som skremmende fordi han var redd for å skade sønnen. I sum følte han likevel at han fikk ha enforeldrerolle, i nyfødtperioden, mer i avdelingen enn han ville gjort om sønnen var født til termin.

Synnøve fortalte at hun slet en del med dødsangst den første tiden på sykehuset. For å takle tilværelsen best mulig, snakket hun mye med Geir, personalet og andre mødre i avdelingen om tankene og følelsene sine. Hun synes det var en god støtte at det var så mange rundt henne som brydde seg. Geir hadde god hjelp av avdelingens sosionom, men i det store og hele hadde han ikke så stort behov for å snakke om opplevelsene sine. Det å vite at personalet var tilgjengelig hvis han hadde behov for å prate var til stor hjelp.

Geir synes det var stressende å være ledsager. Han følte seg dratt mellom to hjem. Det tok 20 minutter å kjøre til sykehuset. Det medførte mye kjøring frem og tilbake, hver dag for å kunne

lage en mest mulig normal tilværelse for datteren hjemme, samtidig som han skulle være til stede på sykehuset. Det var viktig for dem å dele på å være hjemme hos datteren. Synnøve synes det var godt å få være i det som hun kalte for "en vernet verden" (på sykehuset). *Jeg følte personlig det var som å være i en livmor. Det er trygt og lunt og godt og varmt og fredelig. Alt ansvar du har utenfor denne verdenen, blir borte. Det er en sånn isolert og trygg verden.*

Begge synes det var godt at det var restriksjoner på hvem som fikk komme på besøk i avdelingen. De ville helst ikke ha noe besøk. De var redde for smitte, og irriterte seg over andre foreldre som hadde mye besøk.

### **Den andre overgangen.**

Synnøve var godt forberedt til hjemreise, mens Geir syntes han fikk for liten tid til å forberede seg. Det var vanskelig å venne seg til at sønnen ikke skulle være tilkoblet overvåkingsutstyr. Geir var vant til å følge godt med på det tekniske utstyret. De siste dagene i avdelingen brukte han til å lære seg å tolke sønnens signaler, og han følte seg utrygg de første par døgnene etter hjemkomst. De hadde begge ønsket at en av personalet hadde kommet på hjemmebesøk, eller tatt en telefon.

På spørsmål om livet har fått en ny vending så vurderer begge de to fødslene under ett. Synnøve sier at hun nå ikke lenger er så opptatt av bagateller, og det skal mer til før hun føler at noe er et problem. *Du blir veldig glad over livet. Du blir ydmyk. Det er ingenting som er en selvfølge. En lærer seg å sette pris på at de rundt en har det bra.* På spørsmål om denne fødselen har preget Geir noe, svarer han:

*Nei...jeg vet ikke.... Vi har jo fått en død sønn før. Det har no prega meg litt..... så jeg er kanskje ferdigprega? Man blir liksom mer oppmerksom på hvor skjørt livet er. Så lite det er som skiller liv og katastrofe. Det blir viktig å finne ut hva som betyr noe.*

### **Oppsummering.**

Begge var sterkt preget av den tidligere dødfødselen, men fokuset er litt ulikt. Mor er mer opptatt av de nære ting i hverdagen, mens far tenkte mest på at sønnen kan få senskader. Far ga uttrykk for at han har den filosofien at alt som kan gå galt, går galt. Han viste samtidig at han i praksis var opptatt av å fokusere på det som var positivt under oppholdet i avdelingen. Han klarer å se realistisk på tilværelsen, selv om de negative tankene ligger på lur. Etter fødselen har mor strevet med frykt for at sønnen skal dø. Dette har ført til at hun ikke har klart



å se at sønnen er frisk og har det bra. Dermed har hun fått problemer med å mestre situasjonen.

#### **4.3.6 Par nr 6**

Linda og Arnstein har vært gift i tre år. Etter mange prøverørsforsøk opplevde de å bli foreldre. Linda er 41 år. Hun har høyskoleutdanning og jobber som daglig leder. Arnstein er også 43 år. Av yrke er han investor og leder for flere firma. Han karakteriserer seg selv som en gründer. Han sier at han er vant til å takle en del nederlag av jobbmessig karakter, og at han blir sett på som en person de fleste rundt han søker råd og støtte hos. Det første Arnstein fortalte under intervjuet var at de nok ikke er som de andre informantene. For dem var ikke den premature fødselen noen belastning, sett i forhold til det de hadde gått gjennom før og under svangerskapet.

#### **Den første overgangen**

Begge jobbet målbevisst mot at dette svangerskapet skulle få en lykkelig slutt. Arnstein karakteriserer svangerskapet som en lang og sammenhengende skrekkfilm. *Det var som en befrielse da overlegen bestemte at det skulle bli fødsel.* Linda hadde mer blandede oppfatninger. Hun ble innlagt i sykehus allerede tidlig i svangerskapet. Det var som å balansere på en knivsegg, sa hun. De vekslet hele tiden mellom håp og tvil, og Linda hadde til og med tenkt på hvilke sanger de skulle ha i barnets begravelse. Samtidig var Linda fullt bestemt på å gjøre alt hun kunne for at de skulle få et barn. Hun sier at hun er en målbevisst person og vant til å få det slik hun vil.

De hadde begge forberedt seg godt til at det kunne bli en prematur fødsel. Linda hadde satt seg inn i alt hun kom over av litteratur og informasjon om premature barn. Hun hadde lest historier om hvordan ulike foreldre opplever en prematur fødsel og hun fulgte med på fosterets utvikling uke for uke. Kunnskapene sine videreformidlet hun til Arnstein, som ikke var så ivrig til å lese.

Da fødselen startet i uke 27 ble det en nedtur for Linda. Hun hadde skyldfølelse for at hun ikke hadde kunnet beholde fosteret noen uker til. Linda fikk narkose under keisersnittet, og Arnstein valgte å vente de lange minuttene på rommet til Linda. Mette var 870 gram da hun ble født, og hun var sprek for alderen. Hun trengte respirasjonsstøtte i form av CPAP de første 3 ukene, og hadde oksygenbehov til sammen 11 uker.

## Tiden i avdelingen.

Det første møtet med neonatalavdelingen opplevde Arnstein som å komme inn i en Star Wars-film, og han følte seg som en tilskuer til noe han ikke hadde kontroll over. Han ble tatt imot av en lege i avdelingen. Det han fortalte og den roen han utstalte ble avgjørende for at Arnstein hadde en positiv opplevelse av dette første møtet. Han ble mektig imponert over profesjonaliteten som personalet la for dagen, og han mente at den roen som legen utstrålte smittet over på resten av teamet. Det var en lett stemning. *Det var jo også litt spøk og slikt, uten at det ble feil.* Dette gjorde at Arnstein følte seg trygg. Det første møtet med avdelingen virket kaotisk på Linda. Hun hadde kun fokus på datteren, og følte situasjonen som uvirkelig.

Arnstein ble overveldet over å se datteren første gang. *Jeg holdt på å besvime da jeg så den ungen. At det går an å overleve når en er så liten? Det er ikke noe man skjønner før man opplever det. Det var som å se en fugleunge.* Arnstein tok det som en stor seier at datteren ikke trengte respirator, men likevel lå det i bakhodet hans hvor mange prosent som ikke klarte seg. Han sier at forhistorien deres gjorde at han nok, i starten, var i overkant engstelig for at datteren skulle dø.

Linda synes fryktelig synd på datteren da hun fikk se henne første gang. *Det var som å se et lite dyr. Du får en slik....å, stakkar.....det var liksom ikke en slik morsfølelse. Den kom dagen etter, da jeg fikk henne på brystet. Det var omtrent som å få hjertet lagt på plass. Hun lå der og pustet. Da forsto jeg at ho var mi.* På spørsmål om farsfølelsen, sier Arnstein: *Jeg opplevde ikke at det var mitt barn, men at det kom til å bli det en gang. Hun var som et foster. Det er mer slik at det blir et barn snart. Det var helt uvirkelig.*

De første par ukene var de usikre på hvilken vei dette kunne ta. Så begynte de å senke skuldrene. Begge var overlykkelig over å ha fått et barn som levde og så ut til å klare seg bra. I starten følte Linda seg presset til å ta del i stell av datteren.

*Det ble forventet at jeg skulle stelle henne, før jeg var klar for det. Jeg måtte bare gjøre det. Jeg skulle ha ventet til jeg var klar. Jeg så at hun hadde null glede av at jeg tok på henne. Jeg hadde ingen glede av det heller. Jeg ville vente til ho var ferdig. Da skulle vi gi ho den beste omsorgen. Jeg ville bare gjøre de gode tingene, som å ha henne på brystet.*

Linda turde ikke å si fra hva hun tenkte og følte de første ukene. Arnstein la mest vekt på at det var skummelt å sitte kenguru. Han ble redd når alarmene gikk og han ikke kunne se personalet. *Det er ofte bare snakk om sekunder før de premature flater ut.* Han turte heller

ikke å si fra om det han følte. Alle foreldre satt kenguru, og tilsynelatende så det ut til at de trivdes med det.

Begge opplevde å få god og kontinuerlig informasjon underveis, og i starten opplevde de seg godt ivaretatt. De var trygge for at datteren ble tatt godt hånd om, og følte seg trygge på helsepersonalets kompetanse. Etter hvert som de ble mer kjent i avdelingen, og horisonten utvidet seg, observerte de at ikke alle var like ”dyktige”. De hadde likevel like stor tillit til alle. Linda fortalte at de brukte personalet etter ”kjemien”. De hadde kontaktsykepleiere, men etter hvert forandret situasjonen seg. *Vi ble taperne. Vi fikk ukjente pleiere hele tiden.* Spesielt mor karakteriserer den siste perioden i avdelingen som den tøffeste. *Til mer det var forventet at vi skulle ta ansvaret for Mettes omsorgsbehov, til mindre hjelp fikk vi. Det var da vi hadde trengt tett oppfølging.* Arnstein la ikke like stor vekt på dette. Han mente at de hadde vært heldige og fått god og profesjonell hjelp i alle fasene, i mange uker.

Å være ledsager opplevde Linda i ettertid som ”totalt galskap”. Hun så ikke sin egen situasjon før lenge etterpå.

*Jeg var så nedkjørt. Jeg hadde muskelsvinn etter å ligge så lenge. Jeg var i sjokk over at ungen var kommet, jeg hadde et operasjonssår, og så skulle jeg utskrives. Jeg burde vært fanget opp. Jeg fikk en seng i en ubemannet avdeling. Nå skulle jeg være frisk og sprek. Det var forventet at jeg skulle ligge kenguru så ofte som mulig. Og jeg var totalt feilernært. Det sleit jeg veldig med.*

Det ble liten tid for egenomsorg. Hun karakteriserer også oppholdet som å være i en boble, der verden utenfor virker ubetydelig. Arnstein opplevde både gode og dårlige dager. Det var travelt å leve i en fremmed setting over så lang tid. Han påpekte at han var vant med å ha full oversikt og mestre situasjonen sin. Nå var det ofte han følte å ikke ha kontroll. *Jeg må innrømme at det var noen dager, da jeg kjørte hjem, at det ikke bare var på utsida av bilruta at det regna.* For å få kontroll bestemte Arnstein seg for å sette seg godt inn i det tekniske utstyret rundt datteren.

For Linda var det veldig viktig å ha kontakt med andre foreldre. Hun var opptatt av å sammenligne andres opplevelse i forhold til egen. Det hjalp henne til å få perspektiv og å mestre situasjonen. For Arnstein var sitt vedkommende ikke dette så viktig, men han opplevde at det var godt å få gi råd til de av foreldrene som hadde behov for det. Arnstein jobbet redusert stilling den tiden Linda og Mette var innlagt. Han så ikke noe behov for å motta pleiepenger. Han måtte ha kontroll over jobben sin. De delte likt på å ta omsorg for datteren.

Linda satt stor pris på og hadde god støtte i å få besøk av slekt og venner. Paret hadde bodd mange år på en annen kant av landet, før denne graviditeten. Hun hadde også behov for å få vise frem datteren. Arnstein synes derimot det skulle være mye strengere med hensyn til å ta inn besøkende. *Hadde det vært opp til meg, så hadde ingen fått komme inn.*

### **Den andre overgangen.**

Linda var litt usikker på om hun var klar til å reise hjem da de ble forespeilet det, men da dagen for hjemreise kom var hun mer enn klar nok. Arnstein var mer reservert. Han var redd for at Linda ikke var sterk nok ennå. Hjemkomsten opplevde likevel begge som skremmende. Linda følte seg utrygg, og at det var mye opp til henne selv hva som skulle skje videre med oppfølging av datteren. De flyttet tilbake der de hadde bodd før svangerskapet, til en annen kant av landet. Hun var bekymret om datteren fikk nok mat, og hva de skulle gjøre om hun ble syk. De var redd for ikke å sove om natten. Det løste de ved å skaffe seg en apnoe-madrass. Da var de trygg på at den skulle alarmere om Mette skulle stoppe å puste. Arnstein følte at han etter hjemkomst ikke fikk delta så mye i omsorgen for datteren som da de var på sykehuset. Han var tilbake i jobb, og savnet den hyppige nærheten til datteren.

På spørsmål om denne opplevelsen har ført til at livet har endret seg, svarte Linda at de har klart overgangen. De trives og har det bra. Arnstein ville helst legge alt bak seg. Samtidig sa han at han har lært seg selv mye bedre å kjenne. Han synes de har kommet ut av dette som styrkede personer. I ettertid har han prøvd å prioritere å være mer hjemme. Han var også iferd med å legge om til en sunnere livsstil, så datteren skulle få beholde ham lenge. Han karakteriserte datteren som den største premien de har fått.

### **Oppsummering.**

Dette paret var godt etablert og ressurssterke. De er målbevisste og vant til å jobbe sammen mot felles mål. Begge var innstilt på at dette skulle gå bra. De hadde satt seg godt inn i problematikken rundt en prematur fødsel, og var dermed beredt til å takle det som måtte komme. De gledet seg over å ha fått en datter, og fokuserte på de positive tingene. Det de ikke var forberedt på var hvilke fysiske konsekvenser det hadde fått for mor å være sengeliggende så lenge.

Det som skilte dem er fokuset de har i forhold til mestring av denne erfaringen. Far var opptatt av å sette seg inn i statistikker og fakta. Det var også mor til dels, men hun var også opptatt av andre foreldre sine historier for å takle sin egen. I tillegg søkte hun trøst og støtte

hos familie og venner. Far virket mer teknisk bevisst, og i forsøk på å mestre bestemte han seg for å sette seg godt inn i det tekniske utstyret. Han er den personen mange kommer til når de trenger hjelp. Derfor kan det virke som om han ikke er vant til å søke så mye råd og støtte hos andre. Det virker som om livet til Linda ikke har forandret seg så mye, mens Arnstein mener å ha fått et annet fokus, og lært seg selv bedre å kjenne.

#### **4.3.7 Par nr 7.**

Judith og Egil er 28 og 30 år. De har vært samboere i 1.5 år. Fra et tidligere forhold har Judith en sønn på 6 år, som ble født i GA 25. Judith har videregående skole, og jobber som selger, og Egil er akademisk utdannet, og jobber med forvaltning i eget firma. Svangerskapet var planlagt.

Selv om den forrige premature fødselen og tiden etterpå har gått bra, sitter Judith igjen med mange sterke og skremmende minner fra oppholdet i neonatalavdelingen. Dette satte også sitt preg på denne fødselen og på sykehusoppholdet. Hun sammenlignet hele tiden de to fødslene, og satte dem opp mot hverandre under intervjuet. Hun fortalte at hun har høye forventninger til seg selv. Denne gangen ble opplevelsen av å bli mor mye bedre enn sist. Hun mente at det kom mest av at Egil var så flink til å stille opp, og at hennes erfaringer fra forrige gang har gjort henne tryggere denne gangen.

Egil fortalte at han ikke har noe referansepunkt til babyer. Ingen av de han kjenner har fått barn. De erfaringene han har fått ved å lytte til Judith og det hun opplevde da hun fødte Jesper, og av å se på bilder av Jesper som nyfødt. Derfor var han veldig skeptisk og avventende til det hele. Han karakteriserte seg selv som en rasjonell type. Egil er opptatt av statistikk, og hadde satt seg grundig inn i oddsene datteren hadde. Han er opptatt av å gjøre de riktige tingene og å sette seg godt inn i det han holder på med. Han var aldri i tvil om at det skulle gå bra med datteren, men han var en stund veldig bekymret for hvordan det skulle gå med Judith.

#### **Den første overgangen.**

Judith fortalte at hun var forberedt på fødselen, men opplevde det likevel som en nedtur da fødselen ble et faktum. *Jeg hadde jo lyst til å gå svangerskapet ut.* Hun fortalte at hun bebreidet seg selv, og mente at hennes indre stress var med på at det ble en for tidlig fødsel. Hun var innlagt to uker før fødsel, på grunn av premature rier. Dette opplevde hun som vondt både psykisk og fysisk. Egil mener at stressfaktoren var eliminert, og at grunnen til fødselen

var at Judith utviklet Hellp-syndrom (en alvorlig komplikasjon i forbindelse med svangerskapsforgiftning). Fra diagnosen ble stilt til fødselen var over tok det en og en halv time. Judith fikk narkose under operasjonen, og Egil valgte å vente på forrommet til operasjonsstuen.

Helene var født i svangerskapsuke 30, og veide 1290 gram. Hun var sprek og frisk, men hadde behov for respirasjonsstøtte i form av CPAP i tre uker. Siden måtte hun få tilførsel av oksygen til hun var 37 uker. Helene lærte seg fort å die. Da hun var klar for å reise hjem var hun fullernært på mors bryst.

### **Tiden i avdelingen.**

På grunn av Judiths tilstand var hun ikke i stand til å møte barnet sitt før etter fire-fem dager. Begge opplevde å få god informasjon og oppfølging fra helsepersonalet i denne tiden. Judith hadde blandede følelser med hensyn til å besøke datteren i avdelingen. Minnene fra forrige gang var påtrengende. *Jeg kunne nok sikkert kommet meg ned en dag tidligere, [...] men, jeg tenkte at jeg måtte være sterk nok for å tåle det som jeg visste skulle møte meg der nede.*

I denne perioden fungerte Egil som en mellommann for barnet og Judith, og var opptatt av å sette seg grundig inn i Helenes tilstand. Judith satte all sin lit til at Egil tok det meste av foreldreansvaret den første tiden. Han tok med bilde av datteren og kom med jevnlige rapporter. Hun følte seg fysisk og psykisk ute av stand til å delta i omsorgen den første tiden. Det at Egil viste så stor interesse og deltagelse virket positivt inn på Judiths rekonvalesens, og begges opplevelse av å mestre situasjonen.

Selv om Judith helst ville betrakte datteren på avstand, den første tiden, så kom morsfølelsen med en gang. Egil var mer reservert i den sammenheng. Han mente at det kunne være hvilken som helt sitt barn, han var satt til å observere. Å bytte bleier på datteren ga han ingenting, i starten. Han følte at det var som et overgrep. Det var ikke naturlig for et så lite barn å få bleie på. Han var opptatt av at farsfølelse er noe som utvikler seg over tid.

Det var veldig viktig for paret at de begge fikk være til stede på sykehuset den første tiden. Begge hadde stor tillit til kontaktsykepleierne sine. De fikk god opplæring i NIDCAP, men opplevde at ikke alt helsepersonell jobbet like godt etter denne filosofien. Det gjorde at de ble utrygge for å forlate barnet, og ble at de ble veldig opptatt av å vite hvem som skulle ha ansvar for datteren på hver vakt. Egil reagerte negativt da han fikk lese den første NIDCAP-rapporten:

*[...]det var som å få et slag i trynet. Jeg trodde at hun hadde det bra jeg, helt til jeg leste den. Der sto det hvor vondt hun hadde det. De trente øynene, de så hvordan hun egentlig hadde det. Det så ikke jeg. Jeg har ennå ikke turt å vise den til Judith (tre måneder etter) ho hadde ikke tålt å lese den. Etter det så skjønte jeg at ho ikke hadde det bra. Ho hadde det vondt. Jeg hadde lurt meg selv de første dagene.*

Etter dette fikk han et annet syn på datteren. Men som den rasjonelle typen han er, så trøstet han seg med at dette kun var en observasjon som var tatt i løpet av en halv time, og at en ikke kan konkludere med at det er slik datteren alltid har det. Han ble nå mer opptatt av å lese barnets ansiktsuttrykk og kroppspråk. Denne negative opplevelsen klarte han å snu til det positive ved at han lærte seg å se på datterens signaler og. På grunnlag av det ved kunne han møte behovene hennes.

Foreldrene opplevde det å sitte kenguru med blandede følelser. De opplevde at det ikke alltid var like fruktbart, hverken for barnet eller for dem selv. De følte begge at det var travelt å være ledsagere. Egil jobbet halv stilling i denne perioden, og da han var hjemme opplevde Judith ledsagerrollen som svært stressende. Hun fikk for lite søvn, og strevde med følelser som håp, glede, tristhet og å ikke ha kontroll. Spesielt slet hun med at det ikke var til å tenke på egne behov, som det å komme seg fysisk etter fødselen. I tillegg strevde hun med dårlig samvittighet overfor sønnen hjemme. Det tok tre timer å kjøre til sykehuset fra hjemmet. Hun mente at det ikke var godt nok tilrettelagt for å ta med søsken til avdelingen. Dette løste paret ved å reise hjem i helgene.

Paret holdt seg mest for seg selv. De orket ikke å involvere seg i andre foreldre sine opplevelser. Likevel opplevde Judith det positivt å ha kontakt med andre mødre da Egil var hjemme. Hun var plaget med å være vitne til de andre pasientene og til å måtte dele den trange plassen med andre foreldre. Dette løste hun ved å være bevisst på å trekke fokuset mer mot seg selv og barnet. Egil synes det var greit å sitte nært sammen, men alarmene fra barna i avdelingen plaget ham.

De opplevde at det var godt at det var restriksjoner på besøkende i avdelingen, og hadde stort behov for å konsentrere seg om barnet og hverandre. Judith mener at det nok hadde vært en fordel at familie og venner hadde fått et innblikk i hverdagen deres, men at det stramme programmet og arealet i avdelingen ikke gjorde det praktisk mulig.

I sum opplevde de begge at denne perioden gikk mye bedre enn de hadde forventet. Mor mener at det kom av at datteren var eldre enn broren da hun ble født, og at det hele tiden var fremgang. Den første gangen opplevde hun at det gikk to skritt frem og ett tilbake, hele veien.

I tillegg til det så betydde Egil sin innsats enormt mye for at hun skulle mestre denne tiden på en god måte. Forrige gang opplevde hun manglende støtte fra barnefaren.

Egil var bekymret for Judiths helsetilstand under hele sykehusoppholdet, men han løste dette med å være til stede og å avlaste henne. Han klarte å se det realistiske og positive i situasjonen, og søkte jevnlig informasjon fra helsepersonellet. Denne informasjonen sammenlignet han med den faglitteraturen han leste. Han tolket alle statistikker han kom over i positiv betydning, og fant ut at oddsene for at datteren skulle være helt frisk og klare seg fint var store. Dette hjalp han til å mestre situasjonen, og han var aldri redd for at det ikke skulle gå bra.

### **Den andre overgangen.**

De følte seg begge godt forberedt til å reise hjem. De stolte på seg selv og egne vurderinger i forhold til det datteren trengte. Judith mente at denne fødselen ikke har forandret livet hennes, i motsetning til den første fødselen. Hun føler seg svært heldig som har født to friske premature barn. Egil mener at livet er som før.

### **Oppsummering.**

På grunn av Judiths tidligere erfaringer og sykdom rundt fødselen, hadde hun problemer med å mestre situasjonen slik hun ville. Hun hadde store forventninger til seg selv, og da hun opplevde at helsen sviktet, ble hun veldig opptatt av at Egil skulle ta kontrollen. Likevel opplevde Judith å mestre denne tiden bedre enn forrige gang. Det vil i sum gi henne en positiv mestringsopplevelse.

Det virket som om Egil hadde en viktig rolle for at Judith skulle mestre situasjonen på en positiv måte. Egil var opptatt av å ta kontrollen og hovedansvaret for datterens omsorg den første tiden da Judith var syk. Dette førte til at hun kunne bruke den tiden hun trengte til å komme seg fysisk og psykisk. Det virket som om Egil var den sterke part i denne sammenheng. Han hadde ingen egne erfaringer fra før, og det han hadde blitt fortalt om Judiths tidligere opplevelser gjorde at han var skeptisk og avventende til fødselen og tiden i avdelingen. For å få kontroll over situasjonen søkte Egil informasjon hos helsepersonalet, og satte seg godt inn i faglitteratur på området. Begge gikk aktivt inn for å lære seg å tolke datterens signaler for best mulig å kunne gi omsorg og støtte.



#### 4.3.8 Par nr 8.

Berit og Jacob hadde vært samboere i 17 år. De karakteriserer begge seg selv som realister. De tar ikke sorger eller gleder på forskudd. Derfor hadde de ikke kommet så langt i planleggingen til å ta imot barnet. Paret har ingen barn fra før.

Berit er 35 år, høyskoleutdannet og offentlig. Jacob er 37 år, har universitetsutdanning og jobber ved et kontor. I tillegg til jobben er han lidenskapelig opptatt av antikviteter, og bruker mye av sin tid til dette sammen med venner. Han hadde ikke vært så opptatt av svangerskapet, og sa at dette svangerskapet og fødselen er Berit sin greie. *Det er jo slikt som fruen styrer med.* Så lenge det ikke gikk nevneverdig ut over hans liv og jobb, så var det greit med en unge. De var begge veldig opptatt av at livet ikke skulle forandre seg så mye selv om de skulle bli foreldre.

Svangerskapet var delvis planlagt. De tok det som kom. Berit jobbet fullt i tillegg til en del styreverv da hun ble gravid, og under svangerskapet. Under intervjuet prater hun og ler veldig mye.

#### **Den første overgangen.**

Fødselen kom brått på begge i svangerskapsuke 29. To dager i forveien hadde Berit kjent noen sammentreknninger i livmoren, og hun tolket dette som "kynnere". Likevel kjente hun på en uro, og kontaktet sykehuset, som ville ha henne inn for kontroll. Det tar en time å kjøre. Siden det var natt og Jacob var sliten reiste hun sammen med moren sin til sykehuset. Det viste seg å være rier som ikke lot seg stoppe.

Berit og Jacob hadde ennå ikke blitt vant til tanken på at hun hadde et barn i magen, og derfor kom den tidlige fødselen som et sjokk på begge. Jacob valgte å vente på forrommet under keisersnittet. Berit var våken under inngrepet og opplevde fødselen som positiv. Hun opplevde å ikke ha kontroll over situasjonen, men følte seg likevel trygg og godt ivaretatt. Hun forteller det slik: *Jeg var fast bestemt på at det ikke skulle bli noen fødsel. Jeg skulle bare legges inn for å holde igjen. Det var jo midt på natta, så jeg ville ikke vekke Jacob.* Det ble bestemt keisersnitt på grunn av seteleie. Hun sier dette om fødselsopplevelsen; *Det var en kjempeflott opplevelse. Jeg bare svevde med. Det var en surrealistisk opplevelse.*

Jacob var bekymret for Berit under inngrepet, og han angret på at han takket nei til å bli med. Da hadde han hatt sjansen til å kontrollere at alt gikk som det skulle. Han satt også å tenkte på

at han var veldig uheldig som hadde kommet opp i denne situasjonen. Slik forteller han det; *Jeg satt der og tenkte at, O,shit, mer ekstraarbeid. Mer styr enn jeg hadde regnet med. Det var mer en slik egoistisk følelse. Hvorfor skulle dette skje meg?*

Truls veide 1300 gram ved fødselen, og han hadde behov for CPAP de to første dagene. Så forverret tilstanden seg. Han fikk delvis lungekollaps, og måtte kobles til respirator. Han lå i respirator i fem dager, for så å komme tilbake til CPAP-behandling. Truls strevet en del med å puste selv, dermed var han avhengig av CPAP i fire uker til sammen. Han hadde også bruk for oksygen i til sammen ti uker. Han ble en kløpper til å die, og allerede da han var 35 uker diet han godt fra brystet.

### **Tiden i neonatalavdelingen.**

Berit fortalte at hun fortsatte å ha en følelse av bare ”å sveve med” de første tre ukene. Hun var som i et vakuum, og derfor husket hun lite fra denne tiden. Hun opplevde å få innblikk i noe som det ikke er ment at en skal få innblikk i. Det var en blanding av beundring, frykt, og å være tilskuer til at sitt eget svangerskap fortsatte i kuvøsen. Samtidig opplevde hun ærbødighet over at livet er så skjørt. Hun var engstelig for at tilstanden til Truls kunne ta en negativ vending. Hun følte omsorg for gutten, men vil ikke påstå at morsfølelsen var der. Til det var det for uvirkelig. Jacob var veldig reservert under det meste av oppholdet. Etter fødselen var Jacob mer oppatt av hvordan Berit hadde det. Når det gjaldt sønnen satt han liksom på gjerdet, og ventet på å få bekreftelse på at han skulle overleve uten men. Han forteller det slik:

*Jeg følte en viss reservasjon mot å knytte meg til ungen. For det var ikke sikkert at det gikk bra. Det kunne være at han hadde fått skader. Det er jo en grunn til at mora kaster kalven. Det gnaget veldig. Jeg måtte vite det før jeg kunne knytte meg til han.*

Han var veldig opptatt av å sammenligne sitt eget barn med de andre i avdelingen. *Jeg ville ha noe å sammenligne med. Om det var noen av de andre som hadde det verre enn oss, så kunne jeg senke skuldrene.* Han spurte og grov om alt, og var veldig opptatt av å bli forklart hvilke odds sønnen hadde, og hva han skulle se etter for å finne feil og mangler.

Å ligge kenguru gjorde Berit med blandede følelser. Hun var usikker på om sønnen virkelig hadde det bra da han lå hos henne, og hun opplevde ofte at han ble svett og trasig. *Jeg følte at han ikke ville ligge der. Det følte jeg faktisk en del ganger. Det ble for varmt for han. Men det gikk bedre etter hvert som utstyret ble fjernet.* Berit turte ikke å fortelle hva hun følte. Hun

merket at det var store forventninger til at hun skulle ta ut gutten så ofte som mulig. Jacob tok lå ikke kenguru den første tiden.

Begge følte at de fikk god informasjon underveis, og spurte de samme spørsmålene til ulike personer av helsepersonalet, for å få mest mulig utfyllende svar. På denne måten opplevde de å få kontroll over situasjonen. Berit berømmer personalet, og sier at hun fikk god opplæring og støtte til å ta omsorg for sønnen. *Det var helt topp. Det ga meg stor trygghet.* Hun mestret etter hvert godt foreldrerollen. Å være ledsager synes hun også var greit, og hun følte seg godt ivaretatt. Hun opplevde også at det var godt å få utveksle erfaringer med andre foreldre.

Jacob var lite i avdelingen. Han mente at det ikke var behov for pleiepenger, og var på jobb om dagene. Det var ikke hver dag han rakk å komme på besøk. Han synes at det fungerte greit å være ledsager, og prøvde å holde blikket unna når han så ammende mødre. De synes begge det var greit at det var begrensninger på å motta besøk. Jacob forteller det slik:

*Jeg hadde ikke behov for å vise han frem, for han var ikke ferdig. Jeg synes det skulle være mye strengere. Alle burde gå gjennom en sluse før de kom inn. Hadde det vært på slakteriet, så måtte alle ta på engangsfrakker, bare for å gå forbi en kjøttbit. Og så skal du gå inn i en avdeling med premature barn, rett fra gata?*

Etter at Truls kom i seng hadde Berit et stort behov for å få vise sønnen frem til slekt og venner. Dette løste de ved å ta han med til et foreldrerom i avdelingen.

I starten hadde begge stor tillit til alt helsepersonell, men da Truls ble overflyttet til et annet rom sammen med andre barn som snart skulle utskrives, opplevde foreldrene at det ikke alltid var personale til stede i rommet. Dette gjorde dem veldig utrygge. I tillegg opplevde de i denne tiden å måtte forholde seg til mange pleiere, og de savnet kontaktsykepleierne. De følte på den tiden at det var de som kjente barnet best, og dermed fikk de problemer med å forlate avdelingen.

### **Den andre overgangen.**

De følte begge at de var godt forberedt på å ta med Truls hjem. Berit sier at etter de fikk opplæring i hjerte- og lungeredning og hadde kjøpt en apnoe-alarm følte de seg trygge. Jacob syntes at det hadde vært mer bekvemt å få dem hjem før, men han la stor vekt på at Berit skulle føle seg helt trygg.

De var begge opptatt av at Truls skulle være med på livet deres, og ikke være til noe hinder for det de ønsker å gjøre. De synes ikke at livet er blitt nevneverdig forandret, men tror at det med tiden vil være vanskeligere å ta med Truls på alt de vil være med på utenfor hjemmet.

### **Oppsummering.**

Denne fødselen kom brått på begge foreldrene, men det virker som mor har lettere for å akseptere situasjonen enn far. Hun er til stede og føler omsorg for sønnen, mens far helst vil trekke seg unna. Det virket som han har problemer med å oppfatte at han er blitt far. Han sier selv at han hadde egoistiske tanker og følte at han hadde kommet opp i en uheldig situasjon. For å mestre situasjonen er begge opptatt av å søke informasjon. Far er opptatt av å finne trøst ved å sammenligne sønnen med andre pasienter, i håp om å finne noen som har det verre. Mor er opptatt av å ha kontakt med andre mødre i avdelingen. Hun er stolt av barnet sitt og har behov for å vise han frem. Far er reservert også her. Mor sier at hun har tillit til helsepersonalet, men tør likevel ikke å gi beskjed om at hun ikke alltid føler at det er riktig å ligge kenguru. Far trekker seg unna også her. Det virker som at mor er vant til å ta hensyn til fars ønsker og behov, noe hun fortsetter med også etter fødselen.

### **4.4 likheter og forskjeller mellom fars og mors opplevelser av samme hendelse**

I dette kapitlet har jeg forsøkt å presentere empirien min i form av åtte narrativer. Dette er gjort fordi leseren selv kan danne seg et bilde av materialet. En kan se fra narrativene at mor og far opplever å få et prematurt barn både likt og ulikt.

- Det kan se ut som at tidligere fødselsopplevelser og aktuelle svangerskap og fødsel har betydning for opplevelse av mestring etter fødsel, både for mor og far.
- Både mor og far har problemer med å nærme seg barnet etter fødsel, men det ser ut for at der den ene parten trekker seg unna så overtar den andre.
- Ledsagerrollen kan oppleves som mer stressende for mor når far ikke har anledning til å være i avdelingen.
- Det ser også ut til at der mor er alvorlig syk i tiden etter fødsel, er far bekymret for mor og har en uvirkelighetsfølelse den første tiden.

- Både mor og far har en følelse av å være i en tilskuerposisjon til det som skjer i starten.
- Det ser ut for at mor har behov for mer informasjon fra personalet i neonatalavdelingen like etter fødsel, i de tilfeller hun er for syk til å besøke avdelingen.
- Både mor og far har tillit til helsepersonalet og opplever å få god informasjon og opplæring, men våger ikke alltid å si hva de mener rundt å ta omsorg til barnet.
- Det ser ut til at mor nyter mest støtte fra andre foreldre i avdelingen enn far. Begge føler nærværet til andre pasienter som slitsomt.
- Både mor og far opplevde at det var travelt å skulle motta besøk i avdelingen.
- Der far har vært aktivt med under oppholdet i sykehuset, ser det ut for at begge foreldrene opplever å mestre situasjonen godt etter hjemkomst.
- Både mor og far har etter denne opplevelsen mer fokus på familierelasjonen etter hjemkomst. Begge er blitt mer beskyttende og er opptatt av å ta vare på hverdagen og hverandre. De har lært seg at livet er skjørt og kan snu brått.

Med denne oppsummeringen har jeg svart på forskningsspørsmålet som omhandlet likheter og forskjeller på fars og mors opplevelse av samme hendelse. Jeg vil ikke ta dette med i analysen videre.

## **5.0 I EN VERNET VERDEN.**

### **5.1 Innledning.**

Det jeg vil gjøre i dette kapittelet er å fremstille det helhetsinntrykket jeg sitter igjen med etter å ha intervjuet åtte foreldrepar. Jeg vil med utgangspunkt i det som kom frem fra narrative, diskutere viktige faktorer som foreldrene opplever bidrar til eller er til hinder for mestring i neonatalavdelingen. Inn i mellom kommer jeg også med egne uttalelser.

Å se studien min gjennom livsløpsperspektivet gir mening for å kunne analysere foreldrenes mestringsopplevelser i et helhetlig perspektiv. Heggen (2007:64) skriver at mestring ikke bare omfatter individet selv, men har også en utvidet dimensjon. Jeg vil legge vekt på å diskutere mestringbegrepet ut fra dette perspektivet. Ved å bruke Bronfenbrenner sin bioøkologiske modell i tilknytning til livsløpsteori og Antonovskys mestringsteori, kan det bli mulig å se foreldrenes forsøk på å mestre i en større sammenheng, enn bare direkte på individnivå.

Empirien jeg har presentert i form av åtte narrativer, er kondensert materiale fra transkripsjonene mine. I narrative har jeg lagt vekt på å få med hovedtrekkene av det som ble fortalt. Jeg har lagt vekt på å fremheve det som var spesielt for hvert par, men også å påpeke andre faktorer som var viktig for foreldrene når det gjaldt opplevelsen av å mestre tilværelsen i tiden etter den premature fødselen. For å kunne utdype meningen bak ordene, vil jeg derfor i dette kapittelet trekke fram også andre sitater fra intervjuene.

Forskjeller på fars og mors opplevelser har jeg allerede kommentert under oppsummeringene etter hvert narrativ og til slutt i kapittel 4. Dette vil ikke bli diskutert her. Jeg har lagt vekt på å diskutere opplevelsene foreldrene hadde under oppholdet i neonatalavdelingen. Dette var av størst interesse for meg. Ved at helsepersonell får innblikk i hvordan hverdagen for de som er ledsagere i neonatalavdelingen kan være, vil en kunne lære noe av det som senere kan komme til nytte i arbeidet. Dermed vil den siste delen, som omhandler tiden rundt hjemreise fra neonatalavdelingen bli kraftig redusert.

Jeg har forsøkt å finne fellestrekk for hvordan de ulike parene opplever å mestre tiden rundt en for tidlig fødsel. Alle informantene var svært glad for den behandlingen barnet deres fikk i avdelingen. De var imponert over det høye faglige nivået som personalet viste og hvor flinke de var til å behandle barna individuelt. Det som var fremtrendene i min studie var at de aller fleste opplevde tiden i neonatalavdelingen som travel på en eller annen måte. Det ble trukket

frem opplevelser som å ikke strekke til, ulike oppfatninger av å nærme seg barnet ved å sitte kenguru og å ta del i stell av barnet. Det kunne være problematisk å få hverdagen til å fungere. Hvordan de omtalte behovet for å ha familien rundt seg var oppsiktsvekkende, også hvordan de opplevde andre pasienter og pårørende i avdelingen, samt mange ulike pleiere å forholde seg til daglig.

## **5.2 Livsløpsperspektivet i sammenheng med en prematur fødsel.**

Livsløpet skapes i et vekselspill av allmenne historiske betingelser, lokale forhold, livsfase og individuell handlingsevne. (Elder og Shanahn 1997:22). Det krever at forskeren kan se individet både i den sosiale og den individuelle verden. Sosiale endringer er med på å forandre livet til individet. Det kreves at en klarer å tilpasse seg hendelser som skjer, både planlagte og uforutsette. Her kommer handlingsevnen inn. Myklebust (2007:210) understreker at det her er snakk om individets handlingsevne innenfor strukturelle rammer, og at dette har stor relevans når en snakker om mestring og myndiggjøring. De strukturelle betingelsene, lover og regler fra storsamfunnet og kulturelle og normative betingelser virker inn på personens handlingsevne. I livsløpsforskningen legger en vekt på overganger og vendepunkt når en skal analysere individets vei gjennom livet.

Timing er også en viktig faktor for at individet lettere skal kunne mestre tilværelsen. Med dette menes at en har evnen til å planlegge livet sitt slik at ikke de ulike livsbanene kolliderer med hverandre på en slik måte at handlingsevnen blir skadelidende. Svangerskpets 40 uker er for de fleste par god nok tid til å forberede seg på å skulle bli foreldre. Når fødselen skjer flere måneder før forventet vil denne overgangen i livet komme for tidlig. En slik opplevelse kan ses gjennom livsløpsteorien som en uforutsett hendelse, eller sjansespill, som Myklebust (2007:211) beskriver. Det blir her snakk om hendelser som skjer tilfeldig og som individet ikke har kontroll over. Dette kan igjen føre til at en opplever at livet tar en annen retning enn forventet, både på kort og lang sikt.

Materialet viser en stor variasjonsbredde mellom parene. Selv om alle parene i denne undersøkelsen, opplevde at fødselen kom i gang fra GA 27 – 32, så er situasjonen rundt og betingelsene for mestring varierte. Foreldrene i denne studien er fra 22 til 45 år og har ulik erfarings- og yrkesbakgrunn. Dermed skiller det en generasjon mellom eldste og yngste par. En kan hevde at ulike generasjoner opplever tilværelsen ulikt, til dels fordi de har ulik

bakgrunn. Men ifølge livsløpsteorien så er ikke dette det mest avgjørende når en skal analysere hvordan ulike individ opplever et fenomen. Frønes (1997:10) mener at begrepet kohort er mer dekkende enn generasjon. Det viser til individer som har samme startpunkt. Alle foreldrene i min studie er innenfor rammen for småbarnsfamilier. De er også i samme båt når det gjelder å bli foreldre til et for tidlig født barn, innenfor samme halvåret. Dermed kan en si at de har noe til felles som gjør at opplevelsene deres kan sammenlignes. Hva er det så denne gruppen (kohorten) av foreldre prøver å fortelle meg?

Malterud (2006:88) skriver at en innenfor det begrepsutviklende analysenivået utvikler nye begreper ved at en systematisk sammenfatter mønstre i materialet. Nye begreper skal bære med seg essensen av beskrivelsen. Når man er innlagt i et sykehus generelt, har en ofte nok med seg selv og sitt. Hverdagen er hektisk både for pasient og ledsagere. Da kan verden utenfor sykehuset lett bli mindre betydningsfull. Det som utkrystalliserer seg i min studie er at foreldrene opplever oppholdet i neonatalavdelingen som å være *i en vernet verden*. noen omtalte avdelingen som en ”boble”. Min oppfatning er også at foreldrene kan føle seg *invadert* fra ulike hold. De møter et stadig forventningspress fra omgivelsene rundt, både i og utenfor sykehuset. Hva er det jeg bygger dette på? Det vil jeg videre i dette kapittelet prøve å belyse.

### **5.3 Den psykologiske modningen knyttet til å bli foreldre.**

For å kunne forstå denne gruppen av foreldre, kan det være til hjelp å få et innblikk i hvordan en teoretisk tenker seg opplevelsen av å få et for tidlig født barn.

Min studie viser at å bli foreldre til et prematurt barn kan oppleves ulikt. Noen foreldre er forholdsvis godt forberedt på at fødselen kan komme for tidlig, og at det premature barnet svarer til forventningene, mens for andre kommer fødselen som et sjokk. Raphael-Leff (1992:9-12) og Daniel Stern (2000:33-54), skriver om den psykologiske modningen som foreldrene går gjennom i svangerskapet. Paret modnes psykologisk til å bli foreldre samtidig som den svangre kvinnens kropp modnes fysisk. Det kan, i min studie se ut til at de som er godt forberedt også har framskyndet den psykologiske modningen noe. Likevel ser en at virkeligheten ikke helt blir som de hadde forestilt seg.

Når en fødsel skjer brått og før tiden vil de aller fleste foreldre ikke ennå være klar for å ta imot barnet. I tillegg opplever de at barnet er umodent, skjørt og har behov for intensiv



medisinsk behandling i starten. I stedet for å få et fullbåret og friskt barn lagt på brystet etter fødselen i en rolig og varm fødestue, der foreldrene naturlig er de viktigste hovedpersonene for barnet, blir verden snudd opp ned på noen få timer. Foreldrene opplever å måtte oppholde seg i en intensivavdeling omkranset av teknologi, sammen med eksperter på omsorg og behandling. Det er godt dokumentert at denne begivenheten eller overgangen i livet er forbundet med stort psykologisk stress og et kaos av ulike følelser (Black-Burn & Lowen 1986; Holditch-Davis & Miles 2000; Padden & Glenn 1997; Lundqvist og Jakobsson 2003; Franck m.fl.2005, og Kaaresen m.fl. 2006).

I tillegg må foreldrene tilpasse seg en ny tilværelse i sykehuset. De aller fleste foreldre vil det beste for barna sine, og strekker seg langt for å imøtekomme forventningene som både de selv og omgivelsene har til deres foreldrerolle.

Denne studien viser at mange av faktorene for mestring også ligger utenfor foreldrene selv. Når en ser på mestring gjennom et systemperspektiv så blir nettopp disse faktorene viktige. I tillegg ser vi at tidligere opplevelser også spiller inn. Mestringserfaringer til lignende situasjoner blir dermed også viktige faktorer. Det er det samme som Heggen (2007:65) mener med meistringskjensle, som har sammenheng med hvilke følelser eller forventninger personen har til hvordan han skal utføre en oppgave.

Den bioøkologiske modellen til Bronfenbrenner (1979) tar utgangspunkt i at individet blir påvirket av sine omgivelser på ulike nivå. Fra storsamfunnet og lokalsamfunnet til samspillet mellom de nærmeste personene rundt individet. I modellen jeg har skissert etter inspirasjon fra Myklebust sin modell (se 2.1.2.) prøver jeg å vise hvordan de ulike systemene i Bronfenbrenners teori kan virke inn på foreldrenes opplevelse av mestring når de har fått et prematurt barn.

#### **5.4 Å være ledsager.**

Når et barn er innlagt i sykehus har det ifølge Lov om pasientrettigheter, kapittel 6 § 6-2, rett til samvær med minst en av foreldrene eller, andre med foreldreansvar under hele oppholdet i helseinstitusjon. Dette er videre utdypet i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (Se kapittel 1.5). Da blir foreldrene å betrakte som ledsagere. Når en er ledsager har en også etter loven ulike rettigheter. En ser det som svært viktig i tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn at foreldrene deltar mest mulig rundt omsorgen for barnet. Ifølge Faglige retningslinjer

for oppfølging av for tidlig fødte barn fra Sosial og helsedirektoratet (2007:10, punkt 1.2), går det frem at det er viktig at foreldrene er så trygge som mulig i sin omsorgsutøvelse av barnet. Det er viktig at foreldrene holdes informert om barnets tilstand og kan må ta aktivt del i pleien. De skal også få opplæring i å forstå barnets individualitet og å tolke barnets behov og signaler. Videre anbefals det at sykepleierne i nyfødtavdelinger bør ha kompetanse i samspillsveiledning.

I den avdelingen, som denne undersøkelsen tar utgangspunkt i, har en tilstrebet å legge til rette i samsvar med lover og retningslinjer, og etter mulighetene knyttet til de fysiske forholdene i avdelingen. Alle mine informanter var ledsagere ved samme avdeling. Dette er en avdeling som er bygget for flere tiår siden. Da var det ikke vanlig at foreldrene skulle oppholde seg hele døgnet i avdelingen sammen med barnet sitt. Likevel er dette, etter min mening, løst på best mulig måte. Foreldrene har tilbud om å bo på hybel i et annet bygg i nærheten av sykehuset, mor kan bo sammen med andre mødre i en avdeling i tilknytning til neonatalavdelingen. Avdelingsstrukturen fungerer slik at det ikke er fysisk mulig for foreldrene å overnatte i samme avdeling som barnet er innlagt. I neonatalavdelingen er det innredet et rom som foreldrene kan trekke seg tilbake og spise, se på TV eller å snakke med andre foreldre som også er ledsagere. Frokost og middag må foreldrene innta i sykehusets personalkantine når den er åpen.

Kuvøseavdelingen er inndelt som et stort kontorlandskap, der kuvøser og barnesenger er stilt ved siden av hverandre. Noen ganger er senger og kuvøser adskilt med en flyttbar skillevegg, andre ganger er de plassert med cirka en meters mellomrom. Pasienttallet varierer fordi dette er en akuttavdeling. Når en ser inn i rommet får en god oversikt over alt som foregår. Det er en stadig strøm av foreldre og helsepersonell i avdelingen. Det er dempet belysning, og alle kuvøser er tildekket med et tøyestykke for å hindre lys å trenge inn til de små barna. Sengene har sengehimlinger. Foreldre og personale beveger seg stille mellom soveplassene til barna. Mange foreldre sitter kenguru i stressleser, der det er en ledig plass, innimellom kuvøsene og sengene. Det medisinsktekniske utstyrets alarmer er dempet til et minimum av lydnivå, og det samme er stemmene til de som er i rommet. Her foregår alt fra stell og ammeveiledning til legevisitter, små kirurgiske inngrep, mottak av nye pasienter og informasjon og samtaler med foreldrene. Foreldrene opplever å få både gode og dårlige nyheter mens de oppholder seg i dette rommet.

Avdelingens ideologier og tillitsforholdet til personalet er avgjørende for hvordan foreldrene opplever å mestre situasjonen. I neonatalavdelingen jobbes det etter NIDCAP- prinsippet, noe som er en etablert ideologi, og knyttet til avdelingens målsetning. Det innebærer at foreldrene skal bli inkludert tidlig, og etter hvert gradvis overta mer og mer av omsorgen til barnet.

Foreldrene blir opplært til å gi omsorg til barnet sitt etter denne filosofien. Å sitte kenguru er også et viktig hjelpemiddel for foreldre- barntilknytningen. Samtlige foreldre opplevde at de hadde tillit til helsepersonalet. De opplevde å få kontinuerlig og god informasjon underveis, og mange fortalte at de var imponert over det høye faglige nivået personalet hadde.

Foreldrene synes det var viktig og nyttig å få opplæring i NIDCAP-prinsippet. De fikk økt forståelse for barnets behov og utvikling. Dette gjorde at de fikk et verktøy på veien til å lære barnet å kjenne.

Foreldrene opplevde i det store og hele å møte respekt og omsorg fra personalet. Synnøve opplevde å miste et barn i svangerskapsuke 33 for noen år tilbake, og dette preget henne sterkt under oppholdet. Hun var svært redd for at også dette barnet skulle dø. Følelsen av å møte forståelse og omsorg fra personalet og andre foreldre i avdelingen hjalp henne til å mestre tilværelsen etter hvert. Hun beskriver godt sin opplevelse av å oppholde seg i avdelingen:

*Det var jo en spesiell verden. Jeg følte personlig at det var som å være i en livmor. Det er trygt og lunt og godt og varmt og fredelig og sånt. Og slik blir vi også der inne. Det er som å være i en verna verden. Alt ansvar du har utenfor denne verden, det blir borte. Det er en sånn isolert og trygg verden. Du kan se ut som du er, og du kan være som du er. Det var godt å få være i denne mikroverdenen. Og bare bry seg om metning, om barnet har tisset de to siste timene og om gardina var nok igjen (Synnøve).*

Å få et barn kan betraktes som en overgangshendelse i livet. Stern og Bruschweiler-Stern (2000:55) beskriver fødselen og tiden like etterpå som en overgangstid, som er med på å forandre kvinnens identitet. Raphael-Leff (1992) er også opptatt av at mannens identitet blir forandret. Når et par blir foreldre, inntar de foreldrerollen. Å være mor og far er en rolle som er velkjent hos de fleste, noe det knytter seg mange forventninger og faste mønster til. Når barnet fødes for tidlig blir denne rollen for en kortere eller lengre periode forandret. Den første tiden av barnets liv må foreldrene utøve foreldrerollen på de betingelser som helsepersonellet legger premisser for. Dermed blir foreldrerollen forandret fordi settingen forandres. Det mikrosystemet som foreldrerollen primært skulle være knyttet til, er for en periode flyttet til neonatalavdelingen.

Noen par opplevde å mestre denne forhastede overgangen i livet som det innebærer å få et prematurt barn på en positiv måte. De må ofte tilbringe starten på familielivet i ukevis i en sykehusavdeling. Anne og Johan var forholdsvis unge og hadde ikke barn fra før. De opplevde seg selv som ressurssterke personer som alltid hadde en plan B på lur. De mente begge at det var godt tilrettelagt for å være ledsagere i avdelingen. De opplevde det som godt og trygt å være i avdelingen. *Det var veldig viktig for oss å være to (Anne). Vi var i avdelinga fra morgen til sent på kvelden. Det ble lange dager, men det var godt å få være der. Jeg hadde ikke villet være det for uten. Det var også greit med mat og slikt for oss. Det var godt opplagt slik. Vi bodde på hybel på sykehuset. Det var godt å få være litt for seg selv. (Johan)*

Dette paret følte seg trygge og godt ivaretatt i avdelingen. Mesosystemet (de ulike arenaene) fungerer tilfredstillende for Johan og Anne. De fant seg godt til rette. De opplevde at det var godt tilrettelagt fra makro- og eksosystemet (jobb, skole og trygdekontor) slik at paret kunne ta seg fri og slå seg til ro uten å ha alt for store bekymringer. De fant trøst og støtte i hverandre, og hos personalet. Dette førte til at de opplevde situasjonen som mer håndterbar og begripelig, noe som er med på å øke opplevelsen av sammenheng (OAS). Antonovsky (2000:34-37) mener at personer som har en høy OAS lettere tar de utfordringer som kommer og har ressurser til å finne en mening med det som skjer. Dermed har de kapasitet til å ta seg av sin lille nye familie.

For Berit og Jacob fungerte det også godt å være ledsagere. Jacob hadde ikke anledning til å ta seg fri fra jobb, og Berit var vant til å ta hensyn til at Jacob også har andre viktige ting å ta seg av. Dermed var det Berit som tok hovedansvaret. Hun bodde sammen med andre mødre i en avdeling i tilknytning til neonatalavdelingen, og opplevde det slik:

*Det fungerte fint å bo på sykehuset. Jeg var mye i avdelingen. Det var ikke så stressende som en skulle tro. Vi ble godt ivaretatt. Men opplevelsen var surrealistisk. Du får jo være vitne til hvordan livet lager seg til gjennom kuvøseveggen. Du har innsyn i noe som du ikke skal ha innsyn i. Men jeg skulle ønske at jeg hadde sluppet den opplevelsen. Det var tøft å være vitne til at sønnen min måtte gjennomgå denne behandlingen. (Berit)*

Berit synes at oppholdet for egen del var tilfredstillende tilrettelagt. Hennes fokus var mer rettet mot sønnen, og den uvirkelige følelsen av å være vitne til at svangerskapet fortsatte i kuvøsen. Når en er i en uvirkelighetstilstand, så er det ikke lett å forstå hva som skjer på en adekvat måte, og opplevelsen av sammenheng blir påvirket på en negativ måte. Situasjonen blir på sett og vis ubegripelig. Berit har likevel tillit til systemet og personalet, og slår seg dermed til ro med situasjonen. Hun klarer å finne mening med situasjonen og håndtere den på en slik måte at hun får en positiv mestringsopplevelse, tross alt.

Andre par hadde flere barn hjemme. Av andre årsaker hadde noen fedre ikke anledning til å bo sammen med mor og barn i avdelingen under hele oppholdet. Min studie viser at de mødrene som måtte bo alene i avdelingen hadde større problemer med å mestre hverdagen enn de mødrene som bodde sammen med barnefaren. Huges, m.fl. (1994) støtter forståelsen av at mødrene har stor nytte av nærhet til fedrene, og at dette var betydningsfullt for å mestre situasjonen. Mødrene i min studie beskriver hverdagen som travel når ikke mannen var til stede. Det var forventninger om at de skulle pumpe seg for morsmelk hver tredje time hele døgnet. Dette medførte at de måtte stå opp om natten for å pumpe seg, og de fikk dermed ikke noen lengre og sammenhengende søvn. Mange av mødrene følte også at de måtte ta en titt innom barnet sitt før de gikk for å legge seg igjen. Om dagen opplevde de at den travle hverdagen med pumping, stell av barnet og å sitte kenguru ofte gikk ut over eget ernæringsbehov. Kantinen stengte kl 14.30. Hadde de ikke rukket å hente middagen før dette klokkeslettet, så fikk de ikke middag den dagen.

Et eksempel som illustrerer dette godt er erfaringene fra Judith og Egil. Judith hadde opplevd å føde i svangerskapsuke 25 noen år tidligere. Det står i dag bra til med gutten, men mor har til dels vonde minner fra tiden i avdelingen, og dette bar hun preg av også under dette sykehusoppholdet. Derfor ble det veldig viktig for henne at Egil kunne bo sammen med henne, men han var nødt til å jobbe litt ved siden av for å holde hjulene gående i firmaet sitt. Når Egil var hjemme strevde Judith med å oppfylle alle kravene hun opplevde var knyttet til henne som mor.

*Det var travelt å være ledsager. Men jeg ville ikke vise det. Jeg ville ikke være svak. Jeg skulle vise at jeg kunne ta meg av datteren min. Så jeg stålsatte meg, og tenkte at jeg skulle holde ut. Det går i ett, fra ett måltid til det neste.[...] Det høres nok helt teit ut når jeg sier at det er travelt, men det er travelt, på en helt absurd måte. Det hadde fungert mye bedre for meg om jeg ble fortalt at mellom kl 12-16, så var det ikke forventet at jeg skulle være der. Da skulle jeg bare slappe av og tenke på meg selv. Det hadde jeg hatt behov for. De burde sagt til meg at jeg skulle komme meg ut.  
(Judith)*

Judith hadde høye forventninger til seg selv. Siden hun også tidligere hadde født for tidlig, var ikke dette en helt ny situasjon for henne. Denne gangen opplevde hun å selv også bli alvorlig syk etter fødselen, på grunn av Hellp-syndrom. Dette medførte at hun trengte tid for å komme seg fysisk og psykisk etter fødselen. Egil tok det meste av omsorgsansvaret for datteren i starten, men etter noen uker måtte han tilbake på jobb. Å være syk, og i tillegg være ledsager til et for tidlig født barn, med forventninger om å delta aktivt hele dagen, kan for mange være traumatisk. Judith opplevde det slik:

*Jeg var veldig stresset og redd. Du svever mellom håp og glede for så neste dag å være trist. Og så er det følelsen av ikke å ha kontroll. Det er som å være i en annen verden. Og så er du på høygir hele tiden. Du får ikke leve normalt. Bare jeg skulle spise middag, fikk jeg dårlig samvittighet. Eller om jeg gikk meg en tur. Jeg hadde på følelsen at pleierne ville ha oss der mest mulig. Du kunne ikke være borte mer enn tre timer. Kom jeg for sent så ble jeg møtt med kommentarer om at nå tok jeg og stelte ho, siden du ikke kom. En blir veldig var på slikt. Jeg ville ikke bli stemplet. (Judith)*

Mange av foreldrene beskrev lignende erfaringer som denne moren. Judith opplevde at hennes mestringsfølelse ikke strakk til. (Heggen 2007:65) skriver om begrepene mestringsfølelse og mestringskompetanse, og sier at det ikke alltid er sammenheng mellom disse. Judith hadde en opplevelse av manglende mestringsfølelse, men hun bet tennene sammen for å vise at hun har mestringskompetanse til å ivareta morsrollen, slik det ble forventet av henne. Da viste hun omgivelsene rundt at hun mestret situasjonen. Men har hun da egentlig opplevd mestring overfor seg selv?

Judith strevde i tillegg med dårlig samvittighet overfor sønnen sin som var hjemme. Det tok tre timer å reise fra hjemmet til sykehuset. Dermed var det sjelden at Judith fikk besøk av sønnen. For å håndtere situasjonen best mulig, reiste de hjem i helgene for å koble av, men Judith følte på seg at det ikke alltid var like godt akseptert at hun reiste hjem hver helg, en periode.

*Det burde vært noen som fortalte meg at jeg skulle reise hjem. Da hadde jeg hatt bedre samvittighet. Jeg tenkte på at det var sønnen min som savnet meg, ikke hun som lå i kuvøsen. Jeg burde heller være hjemme. Vi tok han ofte med, men det var ikke vellykket. Jeg ble så sliten. Så fikk jeg dårlig samvittighet for det også. Løsningen ble å reise hjem i helgene. Det fungerte fint for alle. (Judith)*

Det er vanlig praksis at en oppfordrer foreldrene til å ta en tur hjem noen dager. Mange foreldre har et langt sykehusopphold foran seg etter en prematur fødsel, og erfaringsmessig er dette svært slitsomt. Det viser seg at de aller fleste har godt av å koble av en stund i hjemmевante omgivelser etter fødselen. Paret hadde hatt sønnen til Judith på besøk et par helger på sykehuset, men det er ikke lagt opp til at søsken skal være i avdelingen over tid. Dermed ble dette mer slitsomt og førte til mer stress enn kos for familien. Antonovsky (2000:125) mener at en persons opplevelse av sammenheng (OAS) er utformet av ens inflytelse på forløpet og karakteren av personens vurderinger, overbevisninger, praktiske beslutninger, oppfattelse, etikk og ideologier som personen har. Judith har, som hun sa, høye forventninger og krav til seg selv. Hun opplevde at disse kravene ikke stod i stil med de ressursene hun for øyeblikket hadde til rådighet. Dermed fikk hun en opplevelse av å ikke

håndtere situasjonen, som igjen gir henne en negativ mestringsopplevelse. Antonovsky mener at overbelastning uten tilstrekkelige muligheter for å hvile og å komme til krefter virker negativt inn på opplevelsen av å håndtere situasjonen, men legger til at det motsatte også kan være tilfelle. Om det ikke stilles krav og forventninger til foreldrene så kan det, i det lange løp føre til at de kan oppleve å ikke håndtere situasjonen. Her vil det være snakk om en balansegang.

Linda og Arnstein har ikke barn fra før, og mor hadde vært innlagt svært tidlig i svangerskapet. Etter et så langt sengeleie opplevde hun seg mer svekket enn hun hadde forestilt seg etter fødselen. Den euforiske følelsen av endelig å ha fått et barn, overskygget likevel den kroppslige utmattelsen hun følte. Hun opplevde at hun ble utskrevet fra barselavdelingen lenge før hun følte seg frisk nok. Dermed ble oppholdet som ledsager både knyttet til takknemmelighet over å få være der, og en opplevelse av manglende kapasitet til å kunne ivareta egenomsorgen. Hun beskriver det slik:

*Jeg var så nedkjørt. Jeg hadde muskelsvinn av å ligge så mange uker, jeg var i sjokk over at ungen var kommet, jeg hadde et operasjonssår. Og så skulle jeg utskrives. Jeg burde vært fanget opp. Jeg fikk en seng i en ubemannet avdeling. Nå skulle jeg være frisk og sprek og ta meg av barnet mitt. Det var forventet at jeg skulle ligge kenguru så ofte som mulig. Det sleit jeg veldig med. Jeg fikk heller ikke den maten som jeg trengte. Jeg var totalt feilernært ved å være innlagt. Jeg måtte skaffe meg det jeg trengte selv. Det burde vært motsatt. Det var tungt. Det var som å være i ei boble. Det er kun din lille verden som er fokus. Vi gikk på skift i avdelingen. Å være i kunstige omgivelser i ukevis gjør at en ikke alltid blir like rasjonell. En blir så nedslitt. (Linda)*

Å føle seg i fysisk ubalanse medfører at en får vansker med å mestre tilværelsen. Mangel på egenomsorg kan lett gå ut over morsrollen som hun så gjerne ville fylle. Alle foreldrene var intervjuet fra to til fire måneder etter utskriving fra neonatalavdelingen. Dette medførte at de i ettertid hadde fått anledning til å tenke over hvordan oppholdet hadde påvirket dem. Men de hadde også fått anledning til å glemme og fortrenge. Linda fortalte at hun under oppholdet ikke var bevisst på sammenhengen mellom at hun følte seg sliten og ikke strakk til, og manglende kapasitet til å ivareta egenomsorgen. Kelly (2001) konkluderer med at oppfølgingsbehov for foreldrenes egen del var rangert som et lavt behov, men det var i forhold til barnets behov. Det er klart at de fleste foreldre først og fremst vil at barnets behov skal tilgodeses først. Dette kan ikke plasseres på en skala og settes opp imot hverandre, mener jeg. Ifølge min studie viser det seg at foreldrenes egenomsorg også er viktig for at de skal kunne mestre situasjonen og ta vare på barnet sitt, slik både de og personalet gjerne vil. Det kan også være slik at foreldrene i min studie er så godt fornøyd med oppfølgingen av barnets behov, at egne omsorgsbehov viser seg å være minst ivaretatt.

Her kan det se ut som om både mikrosystemet (Bronfenbrenner 1979:85), altså avdelingen og foreldrenes forventninger til å fylle foreldrerollen på perfekt vis, ikke alltid samsvarer med de mestringsressurser som foreldrene føler at de har. Heggen (2007:65) mener at mestring handler om at personen må ha tilgang til ressurser, som i dette tilfellet overskudd og fysisk styrke, for å kunne oppleve mestring. I helsevesenet har det vært tradisjon for å se på mestring som pasientens individuelle ressurser og egenskaper, og eventuelt på kompetansen til helsepersonalet som hjelper pasienten. Heggen (2007:64) mener at vi dermed kan overse andre viktige faktorer som virker inn på mestring. Ut fra dette blir det viktig for helsepersonell som skal jobbe med mestringsprosesser å ha en mer helhetlig forståelse av mestringsbetingelsene.

I forhold til makrosystemet (Bronfenbrenner 1979:81), virker det som om det ikke er lagt til rette for at foreldrene skal kunne finne optimal rekonvalesens etter en slik fysisk og psykisk påkjenning som en prematur fødsel kan være. Dette vil ikke bare gå ut over den utslitte moren selv men også de nære personene rundt henne, og da er også mesosystemet involvert (Bronfenbrenner 1979:25), (se 2.1.1).

Lise og Tor strevde også med det samme problemet. Dette bekymret Tor mye, i tillegg til at han var bekymret for om sønnen hadde fått varige men etter den for tidlige fødselen. Han sa det slik:

*Det som var problematisk, det var at ho Lise måtte ligge aleine på desse foreldreromma. I ei etasje som ikkje var bemanna. Det var tøft. Det sleit ho med. Voldsomt. Eg hadde ho ofte på telefonen om natta. Ho er så husredd. Det skulle ikkje være slik. Mor og barn skulle bu i lag. (Tor)*

Tor og Lise hadde fire barn hjemme og et gårdsbruk å passe. Det var to timer å kjøre til sykehuset, derfor kunne ikke Tor være så mye i avdelingen. Lise var ledsager i åtte uker, og savnet barna sine hjemme. Å skulle oppholde seg i et fremmed miljø og å være forhindret i å delta i sitt opprinnelige mikrosystem, over så mange uker kan slite på hele familien. Det kan oppleves som at hjemmet, som er det nærmeste mikrosystemet til oss alle, blir splittet opp. Foreldrene må i en lengre periode forholde seg til to svært ulike mikrosystem, der de kan oppleve at begge er like betydningsfulle, og de må ta et valg om hvor de skal velge å oppholde seg. Dette fører til at mange føler seg splittet mellom to verdener.

Gro og Kåre bodde en time fra sykehuset, og var avhengig av ferge for å komme hjem. Hjemme hadde de en sønn på tre år. Gro var innlagt en uke før fødselen og oppholdt seg til



sammen bare tre uker i sykehuset. Likevel var savnet etter sønnen stort. Hun beskriver det slik:

*Det var grusomt å være borte fra sønnen min, spesielt før fødselen. Da grein jeg hver kveld. Men dei kom en del på besøk. Da følte jeg meg slitt mellom barnet i kuvøsen og sønnen min. det var ikke så lett for sønnen min kunne ikke være i ro, og det skal være stille på avdelingen. Da fikk jeg dårlig samvittighet og ble fryktelig sliten. Det var veldig vondt å kjenne på. Jeg trøstet meg med at han hadde det bra da han var hjemme. (Gro)*

Studien til Stjernqvist (1992) viser blant annet at de foreldrene som hadde barn fra før også var bekymret for og savnet disse i tiden foreldrene måtte oppholde seg mye i neonalavdelingen. Dette ble en tilleggsbyrde for foreldrene. Det ser det også ut til å være for foreldrene i min studie.

Det å skulle utøve foreldrerollen utenfor det mikrosystemet som er naturlig, og å måtte forholde seg til et fremmed system ikke er lett å mestre. Mange av foreldrene i min studie hadde i ulik grad både positive og negative mestringsopplevelser i forhold til dette. Kåre Heggen (2007:67) mener at det er i mikrosystemet en mestringsituasjon vil være mest synlig. Ulike aktiviteter individet er med på virker inn på opplevelse av mestring. Hvilke relasjoner en har til andre har også innvirkning på læring og mestring. Begreper som makt og tillit vil her være sentralt. Tillit er ifølge Grimen (2001:3617) ofte definert i kontrast til makt. En person som inngir tillit skaper også en relasjon som åpner for makt.

Giddens (1997:32) definerer tillit slik: "[...] tiltro til en persons eller et systems pålitelighet med hensyn til et bestemt sett av resultater eller begivenheter, der denne tiltroen uttrykker en tro på en annens redelighet eller kjærlighet, eller på riktigheten av abstrakte prinsipper (fagkunnskap)". Videre bruker Giddens (1997:65) begrepet *adgangsporter* om forbindelsespunktet mellom lekfolk og representanter for abstrakte systemer. Adgangsporten er ment som de personer som sitter i maktposisjoner der en rår over avgjørelser om for eksempel om personen skal slippe inn i et system eller ikke. Helsepersonell som jobber i sykehuset kan anses som adgangsporter. De forvalter kunnskaper og makt innenfor sykehuset. Lekfolk kan oppleve at de har tillit til systemet generelt, det som Giddens kaller for *ansiktsløse forpliktelser*. Men når de møter de *ansiktsforankrede forpliktelsene* kan de oppleve at de ikke får tillit til den bestemte personen som innehar den rollen. Det er i møte mellom pasienten og helsearbeideren tillit kan bygges opp eller opprettholdes, hever Giddens. Men han trekker også frem at denne adgangsporten er et sårbart punkt. En person som har hatt en

negativ opplevelse i en slik adgangsport kan opparbeide seg en mistillit til systemet. Derfor mener jeg det er av avgjørende betydning hvordan helsepersonell møter foreldrene for at de skal føle tillit og dermed få en god mestringsopplevelse

Helsepersonell har stor makt når det gjelder å påvirke foreldrene og å få de til å gjøre det som de mener er det beste. Men for å oppnå tillit så må en forvalte denne makten med omhu. Jeg mener at det her blir viktig med kommunikasjon i form av å ha en konstruktiv dialog med foreldrene. Dermed vil det være av avgjørende betydning for foreldrene hvordan de har opplevd tidligere møte med helsepersonell, og hvordan de opplever tillits og maktforholdene denne gangen.

Alle foreldrene i min studie hadde stor tillit til personalet, spesielt i starten av oppholdet. Men ettersom de ble bedre kjent og gjorde seg sine egne erfaringer, så var de mer nyanserte i sine vurderinger. Men hovedoppfatningen var at samtlige informanter følte seg trygge på at barna ble godt og profesjonelt ivaretatt. Arnstein var en av de foreldrene som hadde oppholdt seg lengst i avdelingen. han var mektig imponert over personalet, men det var en ting han ville bemerke; *[...]Jeg opplever det slik at de som kan mest og er mest trygg, de går mest på automatikk. Og da blir problemet at de ikke klarer å formidle den tryggheten til oss. Da kan det skape en stor avstand.* Tre av de andre informantene hadde samme oppfatning som Arnstein. Geir sa også noe av det samme, og legger til; *For selv om personalet er trygg på ting, og blir litt mer slumsete, så er ikke vi trygg. Dei erfarne er jo flinke, men de litt yngre. Jeg var voldsomt imponert. Du såg at dei fulgte med ungen hele tiden, og var aldri langt unna.*

Jeg skal ikke her gå inn på diskusjonen om hvorfor det kan være slik at enkelte kan ha mer tillit til yngre enn til eldre personale. Men en får seg en tankevekker. Det nonverbale språket ser ut til å være en medvirkende årsak til at foreldrene kan oppfatte det slik. Det avgjørende her er at når foreldrene opplever tillit eller mistillit til personalet er dette med på å fremme eller hemme mestringsopplevelsen.

Det ser dermed ut til at å være ledsager kan gi en følelse av stress både på godt og vondt for mange. Mange opplever å bli invadert av ønsker og oppgaver fra personalet og fra seg selv. Flertallet av de som har barn fra før opplever at de fysiske forholdene i avdelingen ikke er godt nok tilrettelagt for at de skal kunne finne ro og balanse til å ivareta foreldrerollen optimalt, slik både personalet og de selv ønsker.

## 5.5 Å nærme seg barnet.

En del av foreldrene fortalte om til dels negative opplevelser i forbindelse med å nærme seg barnet i starten. I studien til Fegran (2008) viser det seg at mødrene ville ha kontakt med barnet, mens fedrene kunne føle en del ulyst i starten. I min studie ser det ut for at det gjelder begge foreldrene. De hadde problemer med å ta på barnet og å sitte kenguru. Noen opplever at barnet ikke ble som forventet, og trengte derfor tid til å akseptere situasjonen og til å nærme seg barnet. *Jeg opplevde ikke at det var mitt barn, men at det kom til å bli det en gang. Hun var som et foster. Det er mer slik at det blir et barn snart. Det var helt uvirkelig* (Arnstein). Denne faren opplevde at tidligere mestringserfaringer ikke kunne hjelpe ham i denne situasjonen.

Stern og Brushweiler-Stern (2000:176) skriver om tilknytningsritualet. Denne prosessen blir forstyrret etter en prematur fødsel. Foreldrene opplever at drømmebildet av barnet ikke er det som virkeligheten viser dem. De er redde for å skade det lille skjøre vesenet, og de dras mellom tiltrekning, frykt, av og til avsky og alltid avmakt. Forfatterne mener at denne situasjonen kan vare i flere uker, og følelsen av tomhet er sentral. Jeg oppfatter det slik at dette også er et tydelig fellestrekk hos mange av parene i min studie.

Synnøve var fysisk og psykisk sliten etter fødselen og sterkt preget av tidligere opplevelser av å ha mistet et prematurt barn før. Hun hadde hverken overskudd eller mot til å ta så stort ansvar i starten. Hun opplevde å få forståelse for dette. Dermed kunne hun bruke tiden i til å nærme seg barnet slik som det var rett for henne å gjøre. Dette medførte at hun også måtte finne seg i følelsen av at sønnen ”tilhørte” personalet mer enn henne for en periode.

*Men i starten var det vel mer personalet sitt barn. Vi var vel litt fosterforeldre. Helt til jeg kunne begynne med å amme. Men jeg hadde ikke turt å hatt ansvaret da han lå i kuvøsa. Det var veldig greit å kunne overlate slikt til helsepersonalet. Det synes jeg var veldig godt. For jeg var ikke sterk nok. Så slapp jeg å bry hjerna mi med det. Jeg hadde mer enn nok med bare å takle tilværelsen jeg da. Men det stemte det de sa at jeg tok omsorg, da jeg ble moden for det. Jeg fikk mye støtte. (Synnøve)*

Det å få støtte på at hun trengte tid medvirket til at Synnøve fikk en følelse av å kunne håndtere situasjonen, slik at hun klarte å mestre tilværelsen bit for bit. Antonovsky mener at å oppleve at man håndterer en situasjon ikke bare har med de ressursene personen selv har til rådighet, men at det også er: ”[...] i den udstrækning, i hvilket man oppfatter, at der står ressurser til ens rådighed, der er tilstrækkelige til at klare de krav, man bliver stillet

overfor[...]"(Antonovsky 2000:35-36). I dette tilfellet fikk Synnøve disse ressursene via personalet. Ved å overlate ansvaret til personalet, som hun hadde tillit til, og at de ga henne støtte på at hun ville komme til å ta omsorg for gutten når hun ble moden for det, fikk hun en opplevelse av å håndtere situasjonen, og dermed en opplevelse av mestring.

Linda opplevde det annerledes. Hun hadde født en jente i svangerskapsuke 27. Hun var godt forberedt på å føde prematurt, men hadde likevel store problemer med å berøre og stelle datteren sin: *I starten følte jeg meg ofte presset til å ta omsorg. Det ble forventet at jeg skulle være med å stelle henne. Før jeg var klar til å ta på henne. Ho var så lita. De sa det aldri, men det lå i luften at nå måtte jeg være med* (Linda). Hun opplevde et forventningspress fra personalet om at hun skulle nærme seg barnet og ta del i stell, uten at hun ennå var moden for det. For å oppfylle idèalet om den perfekte mor, så tvang hun seg selv til å skifte bleie på datteren. Hun opplevde stellet slik:

*Jeg ville skubbe det foran meg, men det nyttet ikke. Det var bare å få det gjort, selv om jeg var nervøs. Jeg skulle bare ventet til jeg var klar. Jeg så at ho hadde null glede av at jeg tok på ho. Da hadde ikke jeg gled av det heller. Jeg gjorde det som en plikt. Det hadde vært mye bedre at det var kyndige hender som styrte med ho. Hvorfor skulle jeg lære å stelle ho da ho var så lita? Det er ikke slik ungen min blir når jeg selv skal ta ansvaret. Det som var viktig for meg, det var at når ho var ferdig, da skulle vi gi ho den beste omsorg som finnes. Jeg ville at vi skulle gi ho kosen, og det ubehagelige fikk andre ta seg av. På slutten så jeg at ho likte at jeg tok på ho. (Linda)*

Hva som er rett tilnæringsmåte til denne morens opplevelser kan diskuteres. Det er vanlig at foreldrene har lignende ambivalente følelser i starten. Derfor blir det viktig at helsepersonell, i tillegg til å ta hensyn til at foreldrene trenger tid til å venne seg til den nye situasjonen, også klarer å ta hensyn til deres individuelle ønsker og behov. Helsepersonell har kunnskaper om at foreldrene etter hvert vil venne seg til situasjonen ved å være nær barnet og å ta del i stell og omsorg, slik at de ikke stagnerer i sine egne begrensninger. Mitt datamateriale viser likevel at en del foreldre opplever å måtte utføre en oppgave de ennå ikke er modne for å ta. Når en er pasient, eller i denne forbindelse pårørende til sitt eget barn, vil en være veldig følelsesmessig berørt. En vil det beste for barnet sitt. Men når en opplever et forventningspress som en ikke er i stand til å oppfylle, vil dette virke negativt inn på mestringsopplevelsen. Antonovsky (2000:153) mener at det er den stressfaktoren som er meningsfull og begripelig som gjør at det blir motiverende og som gir et kognitivt grunnlag for mestring. Da forhindrer en at spenning forvandles til stress. Å skulle delta i stellet når du føler at det er meningsløst, samtidig som du oppfatter at barnet ikke liker det, kan være tøft å håndtere for en nybakt mor. Denne moren er i en krise, som fører til at hun ennå ikke er klar

for å møte kravene som stilles til henne. Det blir en patologisk stressfaktor som igjen fører til at hun opplever å ikke mestre situasjonen.

Judith hadde også behov for å betrakte det hele på avstand de første dagene. Hun hadde god støtte av mannen sin: *Det ble veldig viktig for meg at det var han som skulle ta hovedrollen, denne gangen. [...] mens jeg fikk se på. jeg følte meg så svak, både fysisk og psykisk.* (Judith). Egil syntes at det var greit å være i avdelingen og å holde seg orientert om datteren, men å skulle ta del i stell, opplevde han som meningsløst den første tiden:

*Jeg hjalp til med å gjøre ting. Som å skifte bleier. Men jeg kan ikke si at det ga meg noe å skifte den bleien. For du føler at du, på en måte gjør barnet vondt. For barnet skal jo egentlig ikke ha bleie på seg når det er så lite, vet du. Jeg følte at jeg ikke hadde lyst til å gjøre det.*  
(Egil)

Når en opplever situasjonen som meningsløs blir dette et hinder for mestring. Egil kan her enten ha for lite kunnskaper om situasjonen, eller han opplever at situasjonen er meningsløs selv om han mener å ha nok kunnskaper. Han beskriver at han i starten følte seg som en observatør. Han var satt til å passe på et barn, som han følte kunne være hvilken som helst sitt. Dette kan forklare hvorfor han følte at å skifte bleie på datteren ikke ga han noe som helst. Kan det her være mulig at Egil skulle få bruke litt mer tid til å bli kjent med datteren? Eller er det et tegn på at Egil bare er selvopptatt og egoistisk. Han har ennå ikke fått farsfølelse for datteren. Kan det da tenkes at han ved å bli presset til å skifte bleie, fikk en dytt slik at tilnæringsprosessen skøyt fart? Han befinner seg i en krise, og dermed er det ikke alltid en selv ser hva som kan være det beste. Her kan det være mange innfallsvinkler som det er viktig å ta hensyn til.

Det kan være mange årsaker til at foreldrene ikke vil nærme seg, eller ta del i stell av barnet sitt den første tiden. En del av foreldrene fortalte at de ikke turte å fortelle personalet om disse følelsene. Hva som er årsaken til det kan diskuteres. I dag er informasjon og opplæring rangert høyt når pårørende skal medvirke i behandlingen. Informasjon og opplæring har blitt som en medisin på veien til helse og sunnhet. Den skal hjelpe individet til selv å ta ansvar for egen helse og utvikling. Dette blir knyttet til empowerment eller brukermedvirkning/myndiggjøring. Ved at pasienter og pårørende er godt informert og opplært, kan de raskere selv ta ansvaret for egen rehabilitering. Dette har også en økonomisk gevinst for helsevesenet. På den annen side kan dette også medvirke til at ansvaret blir dyttet over på pasienter og pårørende, før de er klar for det.

Alle foreldrene opplevde å få god informasjon om barnet og om hva som var forventet av dem i forhold til deltagelse. Ingen av foreldrene vågde å fortelle helsepersonalet hva de følte. De mente at forventningen om å delta i stellet var viktige og riktige, men noen følte at de ikke maktet å leve opp til disse forventningene. Det er nærliggende for å tro at de har unormale følelser. Her ser vi at det både for mødrene og fedrene var viktig at de fikk bruke litt tid på å nærme seg barnet. Helsepersonalet er vant til å se og å behandle disse små barna. Da kan det være lett å overse at foreldrene, som også er personlig følelsesmessig engasjert i barnet, har problemer med å nærme seg. Personalet jobber etter en ideologi som tilsier at det er viktig at foreldre og barn fortrest mulig må få nærkontakt. Dette er også viktig, men en må ikke glemme at når virkeligheten ikke blir som forventet, vil foreldrene trenge tid på å venne seg til den nye situasjonen. Den alt for tidlige fødselen førte til at overgangen til foreldrerollen kom for tidlig, og drømmebildet av barnet ble ikke som forventet. På den annen side så blir det viktig å finne en balansegang, og her er det viktig med god kommunikasjon. Ekeland (2007:30) sier at problemet i dagens helsevesen ikke er mangel på informasjon, men på kommunikasjon. Med dette mener han at vi lett kan bli for ensidig opptatt av fakta, og den mer tekniske siden ved å gi informasjon. Dermed glemmer vi at kommunikasjon først og fremst handler om relasjoner og det mellommenneskelige. Ved å kommunisere med foreldrene vil en lettere nå inn til deres livsverden. Da kan man få tak i viktige opplevelser som kan medvirke til at en ved å ta hensyn til de individuelle ønsker og behov, lettere finne mulighetene til mestring og myndiggjøring.

Ekeland (2007:34) mener at det å gi pasienten medikament handler også om kommunikasjon, og at kommunikasjon er meningsdanning. En må ta hensyn til at kroppen ikke er et lukket system, men at den er vevd inn i kommunikative relasjoner med sine kulturelle omgivelser. Dette kaller Ekeland for et biosemantisk paradigme. Med dette mener han at mennesket både er meningssøkende og meningsproduserende, og at dette er viktige egenskaper for tilpasning og mestring. Jeg mener at ideologien i neonatalavdelingen med hensyn til NIDCAP-prinsippet og kengurumetoden kan ses på som "medikament" i den betydningen av at dette blir "medisinen" som har til hensikt å stimulere foreldre-barntilknytningen. Om en da ikke klarer å administrere denne "medisinen" på en slik måte at den inngår i en dialog med foreldrene i stedet for en monolog, så vil en vanskelig oppnå "kuren".

Andre foreldre opplevde å ta del i stellet både som positivt og riktig. Anne hadde vært innlagt lenge før fødselen og var godt forberedt på å få et prematurt barn. Hun var veldig redd for at datteren, som var kritisk syk og lå i respirator, skulle dø. Dermed hadde hun problemer med å nærme seg henne i starten. Anne var selv så syk etter fødselen at hun ikke kunne besøke

datteren før etter ett og et halvt døgn. Personalet hadde lagt vekt på at det var hun som skulle være den første av foreldrene til å stelle datteren. Dette satt Anne stor pris på. [...] *men det at jeg var den første som fikk skiftet bleie og holde ho det var veldig viktig for meg. [...]. Jeg husket første gangen jeg fikk stelle ho. Akkurat da jeg skiftet på ho, så følte jeg at ho var litt mi.* (Anne)

Her opplevde mor at personalet hadde forventninger til henne og at de hadde tilrettelagt for at hun skulle være den første som skiftet bleie på datteren. Hun følte seg anerkjent som mor, og viktig for barnet. Dette ga mening for Anne, og medvirket til morsfølelse og mestring.

Det ser ut til at Anne har en høy grad av opplevelse av sammenheng (OAS). Til tross for sin redsel for at datteren skulle dø, og sin redsel for å ta på henne, har hun klart å ta i bruk det som Antonovsky (2000:148-153) kaller for primærbedømmelse. Som hun kommenterte så hadde hun alltid en reserveplan. Dermed viser hun at hun vil være i stand til å tilpasse seg kravene (primærbedømmelse 1). Hun bedømmer karakteren av stimulus som godartet ved at hun, ved hjelp av sin kognitive bedømming, ser at det er nyttig både for henne og datteren at de får nærkontakt (primærbedømmelse 2). Hun vurderer det slik fordi hun også har tillit til at helsepersonalet kan og vil det beste for mor og barn. Ved at de hadde lagt til rette for at hun skulle være den første som fikk stelle datteren, så innga det tillit.

Det blir ut fra dette viktig at personalet er lydhøre overfor foreldre. Personalet bør fortelle foreldrene at slike følelser er normale, og at de må få bruke en rimelig tid til å nærme seg barnet, og til å ta del i omsorgen.

## **5.6 Å sitte kenguru.**

Hvordan det opplevdes å sitte kenguru var ikke et spørsmål jeg hadde med i intervjuguiden. Men det viser seg at dette var en begivenhet som foreldrene hadde mange ulike tanker og følelser rundt. Dermed blir det viktig å trekke dette frem.

Når foreldrene sitter kenguru, sitter de godt bakoverlent i en stressless. Barnet er ofte tilkoblet en god del medisinskteknisk utstyr som intravenøse slanger, ulike elektroder, og noen har også respirator eller CPAP. For noen var dette en god opplevelse helt fra starten. Gro hadde født for tidlig før, var lege og hadde i tillegg praksis fra neonatalavdelinger. Hun hadde dermed god innsikt i nødvendigheten av å sitte kenguru. Hun opplevde det slik: [...] *jeg vet at*

*ho har det best ute ho meg. For ho hadde det godt og lunt hos meg, og ho kvapp ikke når ho hørte lyder.[...] og jeg satt no der stort sett (Gro). Foreldrene opplevde at de fikk god informasjon om viktigheten av å sitte kenguru. De opplevde også at dette var en god metode til å bli kjent med barnet sitt. Synnøve forteller det slik: [...] jeg tror det er veldig viktig. Du ser jo det at de blir tryggere. Det er godt for oss også. Jeg hadde ikke trodd at en kunne holde premature jeg (Synnøve).*

Når en føder for tidlig er ikke foreldreneforberedt på å bli foreldre (Stern 1999), og dermed er det ikke uvanlig at det også tar tid før mors- og farsfølelsen kommer. En filosofi bak kengurumetoden er at denne følelsen skal komme fortere når foreldrene har mye nærkontakt med barnet. Flere av foreldrene fortalte at de ikke fikk mors- eller farsfølelse før barnet ble lagt på brystet: [...] *da jeg fikk ho ut, og lagt ho på brystet mitt og... det var omtrent som å få hjertet lagt på plass igjen. De hadde revet hjertet ut av meg under operasjonen, og så datt det så fint på plass. Ho lå der og pusta og.... Da forsto jeg at ho var mi (Linda).*

Mange av fedrene beskriver også denne følelsen: *Det er da du føler at du...da er det du som har ansvaret. For første gang. Det begynner da å gå opp for deg at det er di datter (Geir).*

Egil følte det annerledes. Han hadde problemer med å knytte seg til datteren, men etter å ha satt seg inn i filosofien bak kengurumetoden innså han at dette var bra både for foreldre og barn. Derfor satt han ofte med datteren på brystet. Likevel var det ikke alltid han mente at det var like gunstig verken for han selv eller datteren at de skulle sitte slik. Jeg erfarer at etter hvert som foreldrene lærer barna sine å kjenne vil de oppdage signaler som forteller dem når barnet har det bra, og når de har det mindre bra. Da er det viktig at helsepersonalet er lydhøre i forhold til dette. Egil følte ofte personalet hadde forventninger til Judith og han til at de skulle sitte kenguru så ofte som mulig.

*Så skulle vi for enhver pris ta ho ut på magen. Så ligger hun der og får det ene metningsfallet etter det andre.. Vi måtte stryke og stimulere for at ho skulle puste igjen. Men enkelte ganger så kan vi sitte der i flere timer og lese en bok, og alt er bra. Men noen ganger burde jeg ikke tatt ho ut, eller lagt ho inn mye tidligere. Jeg ble sittende der og svette og..... kikke på apparatet som piper hele tiden. Da ble jeg stresset. Jeg tror ikke at den der kengurumetoden er så utelukkende bra. Men det er ikke så lett for oss å si fra (Egil).*

Foreldrene vil gjerne bli godt likt og leve opp til de forventningene som personalet har. Det er jo de som i utgangspunktet sitter med kunnskapene og er "ekspertene" på området. Kunnskap er makt. Sett i ett historisk perspektiv har helsevesenet vært et paternalistisk system.

Helsepersonell har hatt monopol på den medisinske kunnskapen, og dermed har pasienter og pårørende blitt avhengig av deres kompetanse og tilbud. I dag oppfordrer en til empowerment



og individualitet. Likevel ser det ut til at paternalismen fremdeles er aktuell, og at helsepersonell vet best. Det kan det være vanskelig for foreldrene å si i fra om de føler at ulike behandlingsmåter eller filosofier ikke er rett for dem, og dette kan gi negative mestringsopplevelser.

På den annen side kan paternalisme også tenkes å være positivt. Som helsepersonell er vi også oppdratt til å tenke på at foreldre til kritisk syke barn ofte befinner seg i en sjokk- og krisetilstand. De vil kanskje ikke umiddelbart se nytten av det som helsepersonalet ønsker at de skal gjøre. En balansegang blir viktig også her. Jeg mener en bør være lydhør overfor foreldrene, og ta hensyn til deres opplevelser. Det vil til sist være foreldrene som kjenner barnet best, og som skal ta ansvaret. Det blir viktig å ta dette i betraktning under den glidende overgangen det er å skulle overføre kunnskapene og ansvaret for barna over til foreldrene.

Antonovsky (2000:162) sier det slik: ” En oppfattelse af stimuli som meningsfylde, begribelige og håndterbare vil være et mer velegnet udgangspunkt for stresshåndtering end en oppfattelse af verden som byrdefuld, kaotisk og overvældende.” Ut fra det som foreldrene har beskrevet kan det virke som om de kan oppleve at det å stelle barnet og sitte kenguru, av og til er byrdefullt, kaotisk og overveldende. Men en ser også at de når de får nødvendige kunnskaper og ser nytten av dette kan oppleve situasjonen som meningsfull, begripelig og håndterbar. Vi ser også at de som ikke våger å si ifra og ikke får medbestemmelse lettere kan føle at de ikke mestrer situasjonen.

Likevel kan det være en barriere for noen foreldre, før de oppdager at dette faktisk er det rette. For noen av fedrene tok det noen dager før de kunne klare å ta barnet ut på brystet. Tor forteller at han ikke vågde å få datteren ut på brystet før det var gått en uke etter fødselen. Da var det etter påtrykk fra kona: *Eg var veldig spent på det, men det var ein stor følelse. Det var egentlig då eg følte at eg hadde fått ei datter, altså. Ikkje før. Det var så uvirkeleg alt. [...]det var akkurat som ei brikke som datt på plass (Tor)*

Geir hadde opplevd å miste et barn for tidlig for noen år tilbake. Denne gangen var han redd for at gutten kunne ha pådratt seg varige men etter fødselen. Han hadde også problemer med å berøre gutten i starten fordi han var så liten. Han fortalte at han gjerne ville ha barnet på brystet, men at han følte det som et stort ansvar. Han sa det slik:

*Vi ble oppfordret til å sitte med han på brystkassa. Og å sitte der i timevis.... He.... Jeg vet ikke....Du er ikke så trygg når du sitter der med ungen på brystkassa. Jeg var redd for å skade ungen. Han var så liten. Når hodet til ungen skled ned av brystet mitt, turte jeg ikke å løfte det*

*opp igjen. Jeg var redd for nakken. Jeg følte at det ikke skulle så mange rykninger til fra min side før at det..... jeg måtte ha hjelp om det var noe (Geir)*

En lignende opplevelsen hadde Arnstein. Det hadde vært mange opp- og nedturer i forbindelse med at kona skulle bli gravid. Han hadde opplevd at kona måtte ligge på sykehuset fra tidlig i svangerskapet. Da det endelig ble fødsel, opplevde han dette som en lettelse. Å skulle håndtere den 27 uker gamle datteren opplevde han som vanskelig i starten. Han forteller; *Jeg håpet hun ikke skulle dø mens ho lå ute på brystet mitt. For da kunne det være et spor av min feil. Det var det første som slo meg. Da følte jeg meg utrygg. Men jeg satt der i timevis for det (Arnstein).*

Det er ingen system for å alarmere personalet. Kun ved at de gir et vink til de som er i nærheten. Det er viktig at det er stille rundt barnet når det ligger ute hos foreldrene. Dermed blir det umulig å rope etter hjelp. Personalet skal alltid ha oversikt over foreldre og barn om det skulle være behov for hjelp og støtte, men i noen tilfeller så opplevde foreldrene at personalet ikke var til stede da de trengte det. Det gjorde at de ble utrygge. *Vi var ofte veldig redde. Hvor var pleierene? Og...jeg var ofte helt på gråten av den grunn. [...] du kan ikke sitte der å rope heller, når du sitter med en sånn liten unge. En blir jo ganske låst når en sitter der med ungen på brystet. (Linda)*

De fleste opplevde at de fikk god informasjon om hvor viktig det var å ligge kenguru. Foreldrene hadde ingen problemer med å forstå at det var viktig for begge å være nær hverandre, men mange av foreldrene var ikke alltid enig med personalet om hvor ofte det skulle gjøres.

*[...]jeg lurte på om han virkelig hadde det bra der han lå, eller om han hadde det like bra i kuvøse som ute hos meg.[...]. Det følte jeg faktisk en del ganger. For det var en del styr med alle ledningene. Så det var med blandede følelser. Men jeg ville det beste for han.(Berit).*

Som foreldre flest, vil også disse foreldene helst være nær barna sine. Men når det føles utrygt eller ubekvemt, er det ikke naturlig å gjøre det. Antonovsky (2000:108) mener at om en opplever at ens handlinger ikke har noen virkning, så mister den sin mening. Videre mener han at dette ikke har noe med at en opplever å miste kontroll, men om en får medbestemmelse. Å kunne være med på å påvirke har betydning for OAS. Å oppleve å ha medbestemmelse over hvor lenge og når en skal ligge kenguru kan bidra til at foreldrene oppnår en høyere grad av OAS, og dermed mestring.

Jeg har ikke funnet noen tidligere studier som har avdekket foreldrenes opplevelser med å sitte kenguru. Dette har sammenheng med at jeg i utgangspunktet ikke hadde tatt kengurumetoden med som et av mine spørsmål i intervjuguiden. Men det hadde vært av interesse å finne ut av dette, siden foreldrene som er med i denne studien både har positive og negative opplevelser med denne metoden. Både Jackson m.fl. (2003) og Fegran m.fl. (2008) viser at den første tiden etter fødsel, og det å skulle nærme seg barnet er en prosess og innebærer følelser som ansvar, tillit, fremmedgjøring, maktesløshet, fortrolighet og surrealisme. Mange av disse beskrivelsene kommer også foreldre i min studie med. Det tyder på at å sitte kenguru er forbundet med både positive og negative mestringsfølelser.

Ingen hadde problemer med å forstå at å sitte kenguru var både rett og viktig, men det var hyppigheten og lengden på kengurusittingen som var et omstridt tema. Egil sa det slik;

*[...]men, det var nok i perioder at vi måtte legge et press på oss da, til at vi måtte ha ho ut. Det var dager da vi bare hadde ho ute i tre timer, og vi følte at vi egentlig ikke burde ha ho ut den dagen. For vår egen del. Men så var det barnet som betydde alt. [...] det er ikke alltid at ho hadde det bedre med å sitte kenguru enn ho hadde det inni kuvøsa. (Egil).*

Det er vitenskapelig dokumentert at tidlig tilknytning mellom foreldre og barn er viktig (Kleberg 2006). Som helsepersonell har vi også kunnskaper om det premature barnets behov og begrensninger. Når en først har forflyttet barnet ut på foreldrenes bryst, eller inn i kuvøsen igjen, så trenger barnet tid til å finne balanse. Dermed blir det viktig at når barnet er kommet ut på brystet, må det tilbringe helst et par timer der før det flyttes inn i kuvøsen igjen. Her kan en fort komme i et dilemma mellom foreldrenes ønsker og behov og barnets behov.

Det er også helsepersonalets oppgave å formidle dette til foreldrene, ved å gi informasjon og opplæring. Brukermedvirkning og empowerment innebærer at det ikke er nok å gi informasjon og opplæring på en slik måte at en får foreldrene til å gjøre det som helsepersonalet vil, og til det tidspunktet som passer best for fagpersoner eller rutinene i avdelingen. Ekeland (2007:39) mener at en kan standardisere informasjon, men om vi standardiserer hjelpende kommunikasjon så gjør vi dialogen om til monolog. Dette kan hindre mestring. Monolog kan knyttes til et objektsyn på den man skal hjelpe. Da svikter en ikke bare foreldrene og barna sine rettigheter (brukermedvirkning og pasientrettigheter), men også sitt profesjonelle ansvar, slik jeg forstår Ekeland (2007:40). Det er viktig å møte foreldrene som subjekt. Bare da kan en inngå en dialog og kommunikasjon som kan føre til mestring. Sentralt i dette er at helsepersonalet ikke ensidig støtter seg til institusjonens ideologier og

behandlingsmåter, men også tar hensyn til ønsker og behov til den som skal "helbredes". Kan det tenkes at foreldrene i enkelte tilfeller opplever seg som objekter? Kan dette være en grunn til at foreldrene kan føle seg invadert? Ekeland (2007:43) mener at det er pasienten eller brukeren som er målet med behandlingen eller tiltaket, og hjelperen sin lojalitet skal derfor ligge der, og kommer foran lojalitet til vitenskapen. Subjektivering må derfor være overordnet objektivering. Han understreker likevel at det hører med til det gode kliniske skjønnet å sammenfatte disse to dimensjonene.

Heggen og Ekeland (2007:22) mener at det er skille mellom kunnskap som har objektiv og vitenskapelig karakter og kunnskap som har normative spørsmål. Når det gjelder normative spørsmål bør fagfolk ikke opptre som bedre eksperter enn lekfolk. Jeg mener at det helt klart er et normativt spørsmål når og på hvilken måte foreldrene skal nærme seg og knytte seg til barnet på. Vi er alle individualister. Foreldrene har ingen problem med å forstå at det er viktig å være nær barnet og å ligge kenguru, eller å sitte ved kuvøsen og holde på det. De bør også gis rom til å kunne nærme seg barnet i sitt eget tempo, og ut fra sine egne forutsetninger og betingelser. Bare da kan en nærme seg noe som ligner på brukervedvirkning og empowerment. Det er da ved å lytte aktivt til pasienter og pårørende helsepersonell best kan legge til rette for mestring. Det er de som er eksperter på hvordan det er å være foreldre og hvordan denne tilknytningen faktisk oppleves i praksis. Det er lett å resignere og å bøye seg for overmakten og bedreviterne. Som jeg før har pekt på må fokuset være mer rettet mot kommunikasjon, og mindre mot informasjon og opplæring hvis fagpersoner skal kunne bidra til å frigjøre pasienter og klienter sine ressurser, for dermed å legge til rette for mestring.

## **5.7 Å motta besøk**

Å få vise frem den nye verdensborgeren er for de fleste foreldre et høydepunkt. I en isolert verden som neonatalavdelingen skulle en tro det kunne være godt å få besøk fra slekt og venner iblant. I følge studien til Doering (1999) så konkurreres det blant annet med at det trengs mer forskning for å kunne evaluere hvilken innvirkning sosial støtte har på foreldrenes opplevelse av stress. Å dele opplevelsen av å ha blitt foreldre er et naturlig behov for de som føder fullbårne og friske barn. De fleste av parene i min studie ønsket ikke å motta så mye besøk da de oppholdt seg i avdelingen. Dette kan ha sammenheng med det som har kommet frem tidligere. Foreldrene føler seg ikke klar for å bli foreldre på samme måte som om barnet skulle være fullbårent. Studien til Kelley m.fl. (2001) viser også at behovet for å ha andre

nære personer rundt seg i avdelingen, var rangert lavt. I min studie fortalte foreldrene at de hadde nok med seg selv og sitt. Både Judith og Egil følte behov for å skjerme seg. De synes det var godt å få skru av mobiltelefonen når de var i avdelingen, og de var glade for at de bodde tre timer fra sykehuset, da slapp de mas om å motta besøk. Judith sa det slik:

*Det er viktig at de andre skjønner hva vi er i gjennom. Jeg hadde nok med meg selv. Det blei mye mas. Men om de hadde fått være her, så hadde du sluppet å forklare så mye i detalj, for at de skal forstå. Da hadde de skjont hvilken frykt du er gjennom. Men det hadde blitt totalt kaos. Det er så stramt program i avdelingen hele dagen. Det er ikke rom for å ta mot besøk. Da hadde jeg blitt enda mer stresset. (Judith)*

Foreldrene følte også at de nærmeste rundt dem ikke forsto hva de gikk gjennom, og derfor ble det en ekstrabelastning å skulle forklare det samme flere ganger til ulike personer. Johan og Anne forteller det slik: *Nei, jeg følte at de ikke forsto. De som er utenfor kan ikke sette seg inn i situasjonen. Det blir som å være i en annen verden. Derfor følte jeg at det ble bare mas (Anne). Nei, de var bare i veien. Det var veldig godt å bare slå av telefonen og bare være i avdelingen. Alle spurte hvordan det gikk. Det var hardt å skulle gå gjennom det hele tiden. Å gi rapport på en måte (Johan)*

De fleste parene i min studie opplevde at det stadig var en strøm av besøkende til avdelingen, og synes derfor at det var greit at det var restriksjoner:

*Vi ville helst ikke ha noen på besøk. Vi følte det mer som et press på at de ville komme. Det tok lang tid før vi tok noen inn. Jeg synes det er helt greit at det var lov å gjemme seg. Jeg synes det skulle være enda strengere. Det kom inn for mye folk, som ikke burde være der. Jeg ble veldig redd for at dei skulle smitte han. Det er faktisk livsfarlig. Kun friske foreldre burde være der (Geir).*

Mange av foreldrene var redd for smittefare. De fortalte at de hadde fått god opplæring i hygiene og hadde fått informasjon om at de premature barna hadde lavt immunforsvar, og dermed hadde lett for å pådra seg infeksjoner. Derfor var foreldrene alltid påpasselig med å vaske hendene. Om de ble forkjølet så brukte de munnbind for ikke å smitte barna sine. Men den stadige strømmen av besøkende førte til at de ble uttrygge for barnet sitt. Spesielt fedrene ga uttrykk for at om det hadde vært opp til dem så skulle det ikke være lov å ta imot besøk i avdelingen. Jacob uttrykker det så sterkt som dette:

*Jeg hadde ikke behov for å vise han frem, for han var ikke ferdig. Jeg synes det skulle være mye strengere. Alle burde gå gjennom en sluse før de kom inn. Hadde det vært på slakteriet, så måtte alle ta på engangsfrakker. Bare for å gå forbi et dødt kjøttstykk. Og så skal du gå inn i en avdeling med små premature barn, rett fra gata? Ho Berit følte ofte at ho måtte jage bort andre besøkende. (Jacob)*

Dette er et tydelig tegn på at både Jacobs for tidlige overgang til å bli far og sønnens umodenhet som følge av en for tidlig overgang til livet, gjorde at Jacob enda ikke var klar for å vise gutten fram offentlig. Graviditeten fortsatte på en måte i kuvøsen, og derfor kunne det føles for privat å vise gutten frem for tidlig. En kan få inntrykk av at denne faren, og flere andre av informantene på en måte følte seg invadert på et av de mest private og intime områdene i deres livsverden. De hadde behov for å holde dette for seg selv en stund til. Samtidig var de redde for at barnet skulle pådra seg infeksjoner, som i verste fall kunne føre til døden. Hva denne redselen bunner i skal jeg ikke diskutere her. Men en kan undre seg over hvorvidt den er begrunnet eller ikke, når foreldrene i tillegg synes at personalet er for liberale med å slippe inn besøkende.

Åse ville svært gjerne vise frem barnet sitt. Hun mente at det ville hjelpe familien til å få forståelse for hvilken situasjon de var oppe i, men hun opplevde at besteforeldrene ble avvist av personalet da de kom på besøk:

*Siden det er så tabubelagt med hensyn til å vise frem barnet, så blir det veldig vanskelig å få de som er rundt deg til å forstå hva du går gjennom. Dermed var det ingen som brydde seg. En vil ikke komme på besøk når en ikke får se ungen. De første dagene hadde vi en storm av tekstmeldinger, men så ble det stilt. Hadde det bare vært en glassvegg der, slik at dei kunne få sett ho gjennom den. Kanskje de da hadde forstått bedre hva vi holdt på med her på sykehuset. (Åse)*

Her kan en komme i et dilemma mellom behovet for å skjerme seg og behovet for å dele opplevelsene med de nærmeste rundt seg. Her kan foreldrene oppleve et dilemma mellom behovet for å skjerme seg, og å vise frem barnet sitt til de nærmeste. De opplever at de trange forholdene i avdelingen og faren for smitte ikke tilsier besøk. Den fysiske strukturen i avdelingen er ikke tilrettelagt slik at de kan ta imot besøk. I tillegg fortalte mange av foreldrene at de etter utskrivning fra avdelingen møtte liten forståelse fra slekt og venner for hva de hadde vært igjennom, og hvilke forholdsregler som det enda var viktige å ta hensyn til. For å forstå hverandre blir det viktig med felles plattform og felles minner. Når ikke de nærmeste rundt familien får anledning til å delta, kan det by på problemer i forhold til å mestre det videre livsløpet.

## **5.8 Å være i samme boble.**

Som tidligere nevnt er neonatalavdelinger ofte innredet som et slags stort kontorlandskap. Dette er kanskje fra gammelt av regnet som det sikreste med hensyn til at det skulle være lett

for personalet å få oversikt. De fleste avdelingene er bygget i en tid da det var vanlig å drive pleie og behandling etter samlebandsprinsippet. I tillegg kan det være kostnadseffektivt fordi en kan bruke færre pleiere til å overvåke barna hvis de ligger tett. Avdelingen var også bygget på en tid da det ikke var vanlig eller lov for foreldrene å være til stede i avdelingen. De fikk bare komme på korte visitter.

De nye lovene og retningslinjene er utviklet med utgangspunkt i ideologien som råder i dag. Forskning dokumenterer at det optimale er om foreldre og barn kan være sammen det meste av døgnet (Kledzik & Howell 1996; Wielenga og Smit 2005; Nyqvist 2006; Westrup 2007 og Fegran 2008). Sunt bondevett tilsier det samme. Dette har medført at det i dag oppholder seg fra en til to foreldre for hvert barn i avdelingen, det meste av dagen. Kuvøser og senger er ofte plassert med en til to meters mellomrom, og innimellom er det satt opp stressleser til foreldrene, slik at de kan sitte kenguru. Dette miljøet kan for noen oppleves som et kaos. For andre kan det også oppleves trygt og intimt. Åse sa det slik:

*Det var heilt greit at det var trongt i avdelinga. Det var ei god støtte og ha andre foreldre og barn tett attmed. Det var godt å vite at eg ikkje var åleine om å ha det slik. Eg kunne aldri tenkt meg å bli plassert på eit rom for meg sjølv saman med Mona. Då hadde eg følt meg som ein outsider. Felles skjebne felles trøst (Åse).*

Dette stemmer også overens med studien til Jackson m.fl. (2003) som viser at foreldre kan finne trøst hos andre foreldre. For de fleste parene som deltok i min studie var det slik. Men noen følte også at det var litt påtrengende. Kåre sa det slik: *En ser folk litt an. Men det blir jo litt overfladisk. For egentlig så har en ikke noe med hverandre å gjøre. Og så sitter en der...oppå hverandre....og...en MÅ jo liksom snakke... ..(Kåre).*

Det som var vanskelig var å være vitne til de andre barna. Anne forteller det slik: *Jeg hadde nok med mitt i starten. Vi foreldrene snakket mye sammen. Men det var ubehagelig å være vitne til andre barn som hadde det vondt. Da ble egne bekymringer forsterket. Du får det veldig inn på deg. Samtidig blir det også veldig sosialt (Anne).*

Foreldrene opplevde å være vitne til mottak av nye pasienter, ulike undersøkelser og små kirurgiske inngrep på andre barn. Selv om personalet satte opp skjerm Brett der det var mulig, opplevde foreldrene likevel å få et visst innblikk i det som foregikk. De overhørte også opplysninger som ikke var ment for deres ører. De opplevde å være "låst" i stolen med barnet sitt når de satt kenguru. Dermed var det ikke lett å bare trekke seg unna. Reid og

Bramwell (2003) har funnet at foreldre rapporterer at det å se andre pasienter påvirker opplevelsen av stress i negativ retning. Geir var stort sett fornøyd med å være i avdelingen. Han satt gjerne kenguru, men det plaget ham å være vitne til hendelser som han helst ville være for uten. Han forteller det slik:

*Jeg tenkte litt på det når jeg satt der. Det var litt ekkelt i starten. Du kommer jo fra et privatliv, og plutselig har du ikke noe privatliv. Men du venner deg fort til det. Det er litt trasig å måtte stå og kle av deg på overkroppen. Alle hører og ser. Det er en membran du bare må gjennom. Dette skal jeg takle. Jeg synes ikke det var noe kjekt å være i samme rom da de tok ultralyd av andre barn, eller høre at dei renska lungene deres. Det blir så nakent. En får liksom delta i noe en ikke burde delta i. Det måtte være trasig for dei foreldra det gjaldt, å måtte stå der i offentlegheita. (Geir)*

Hva er det denne faren prøver å fortelle? Legg merke til uttalelsen ” Det er en membran du bare må gjennom. Dette skal jeg takle.” Det kan forstås slik at han prøver å tilpasse seg et system som ikke tar hensyn til individet, eller som her, foreldre i sjokk og krise og som prøver så godt de kan å bli kjent med barnet sitt på de premisser som systemet tillater. Dette vitner om at de strukturelle rammene og ideologiene støter sammen i en kraftig kollisjon. På den ene siden er det lagt opp til at foreldre og barn skal være i lag det meste av døgnet, men det er ikke tatt hensyn til personlige behov. Dermed må foreldrene bite tennene sammen så godt de kan. De opplever å bli invadert av inntrykk og krav som de helst skulle være skånet for. De fleste foreldrene klarte etter hvert å koble ut og å lukke seg inne i sin egen verden.

Noen fant trøst og støtte i andre foreldre og synes det var betryggende med de trange forholda. Arnstein så det praktiske i det: *Det var en fordel at det var trangt, på mange måter. For da var det lett for personalet å hjelpe hverandre om det ble prekært. Men det var litt både og. Når jeg skulle ta ho inn og ut av kuvøsa, var det i trangeste laget (Arnstein).*

Arnstein klarer å se mulighetene i situasjonen. Han finner en mening med at det er så trangt, og på den måten klarer han å snu det som kunne være en negativ opplevelse til noe positivt. Dette kan forstås som økt grad av mestring.

Det var bare en far som ga uttrykk for at det var greit å se noen som hadde det verre enn hans sønn. Han følte at det ga en viss trøst: *Jeg er naturlig nysgjerrig. Jeg begynte å studere de andre barna. Ville ha noe å sammenligne med. om det var noen av de andre som hadde det verre enn oss, så kunne jeg senke skuldrene. (Jacob).*

En kan heller ikke se bort fra at noen kan finne trøst i å se at andre har det verre enn seg selv, men i denne studien var det unntaket.



Helhetsinntrykket mitt er at det kan se ut som om foreldrene føler seg invadert på mange områder. Noen opplever å være i den vernede og trange verdenen som positivt og trygt. Alternativet hadde vært at de ikke fikk besøke barnet sitt og det er det i utgangspunktet ingen foreldre som ønsker. Andre foreldre kan også oppleve denne invasjonen som negativt. De møter stadig krav fra helsepersonalet om å fylle foreldrerollen på perfekt vis. Noen møter også et indre krav fra seg selv som de ikke klarer å oppfylle. Videre så ser det ut til at de føler seg invadert av andre pårørende og pasienter i avdelingen og av det stadige trukket av besøkende. Dermed kan dette oppleves både positivt og negativt for mestringsopplevelsen.

### **5.9 Overgangen rundt hjemreise fra neonatalavdelingen.**

Å skulle dra hjem fra sykehuset med et prematurt barn er også en overgang i livet. I min studie var gjennomsnittstiden mor og barn var innskrevet i sykehuset 9 uker. De aller fleste foreldrene følte seg godt forberedt til å reise hjem fra sykehuset. De hadde fått god opplæring i å lese barnets behov og til å ta hånd om det. Det var ingen av barna som trengte spesiell tilrettelegging med hensyn til overvåkingsutstyr eller hadde oksygenbehov når de reiste hjem. De aller fleste av barna fikk all næringen de trengte via mor, ved hjemreise. Anne og Johan hadde bodd sammen på sykehuset det meste av tiden og hadde deltatt likt i omsorgen for datteren. De følte seg begge trygge på å reise hjem. Anne forteller det slik: *Jeg var godt forberedt på å reise hjem. [...] jeg fikk skikkelig ammetrening og vi fikk bli skikkelig kjent med ho. Jeg følte meg helt trygg.* Å føle at en mestrer tilværelsen er viktig når en skal reise hjem med et barn som har hatt behov for overvåking og medisinsk oppfølging i mange uker etter fødselen.

Arnstein og Linda var det paret som hadde vært innlagt lengst i forbindelse med svangerskapet og tiden etter fødsel. Arnstein hadde også deltatt mye i omsorgen for datteren da hun var innlagt. Han var svært imponert over den informasjonen og opplæringen de hadde fått. Arnstein sammenlignet seg med andre foreldre som føder barn til termin, og som ofte blir utskrevet etter et par dager. Han uttrykker det slik: *Vi har jo vært kjempeheldige. Himmel og hav, vi hadde jo profesjonell hjelp i alle fasene i ukevis. Du får en unik mulighet til å bli kjent med din egen unge.* Det å få opplæring i å tolke barnets signaler og hvordan en skal imøtekomme disse er av stor betydning for foreldre til premature barn. En skulle også tro at dette kunne være et behov for spesielt førstegangsfødende til terminfødte barn.

Men til tross for at de fleste foreldrene følte seg trygg på å ta omsorg for barnet sitt, så viser det seg at overgangen ikke var helt uproblematisk. Det ser ut for at de fedrene som ikke hadde anledning til å delta så mye, når barnet var innlagt, var mer uttrykke ved utskirving fra sykehuset. De følte ofte at denne overgangen kom litt brått. Åge forteller det slik: *Jeg følte at noe av tryggheten forsvant. For på neo så hadde du alltid noen i bakhånd. [...] det verste var å venne seg til at ho ikke var tilkoblet en alarm.* Fire av foreldreparene i min studie fortalte at de hadde anskaffet apnoe-alarm til barnet. De mente at dette skapte en ekstra trygghet, selv om de følte seg trygge på å lese barnets signaler, og egentlig ikke var redde for at barnet skulle slutte å puste. Foreldrene hadde behov for å forvise seg om at de kunne sove trygt om natten.

En del av mødrene mente at å reise fra avdelingen, etter så mange uker, resulterte i en litt for brå overgang. All kontakt var kuttet i det de forlot sykehuset. Mange av parene følte seg i mer eller mindre grad uttrykke. Det gikk mest på følelsen av at de nå hadde ansvaret alene. En del av mødrene var bekymret for om barnet fikk i seg nok mat. Dette løste de ved å ofte oppsøke helsestasjonen for å veie barnet. Men noen opplevde at de ikke alltid fikk like god forståelse, fra helsesøster, for hva det innebærer for foreldre å ha fått et prematurt barn. Derfor etterlyste noen av mødrene kontakt med personalet ved neonatalavdelingen etter hjemkomst. De hadde alle fått beskjed om at de kunne ringe til avdelingen om det var noe spesielt. Likevel følte de fleste at det måtte være noe viktig om de skulle ringe.

Synnøve mente at overgangen ikke hadde blitt så stor om en av sykepleierne hadde ringt i løpet av de første dagene etter hjemkomst. Hun hadde hatt behov for den omsorgen som en slik telefonsamtale eller eventuelt et hjemmebesøk kunne gi. Hun forteller det slik: *Jeg kunne ha trengt at noen av personalet kom hjem til meg. Helst dagen etter. Jeg savnet noen å prate med i ettertid.* Det er vanlig at helsestasjonen tar over ansvaret for barnet etter utskirving fra sykehuset, om ikke annet er avtalt. Men det ser ut til at det kan være et behov for en litt mykere overgang mellom sykehuset og hjemmet de første dagene etter utskrivning. De aller fleste foreldrene følte likevel, under intervjuet, at de nå hadde funnet seg godt til rette og at livet var begynt å fungere som før.

En overgangshendelse kan føre til at livet tar en ny retning. På spørsmål om erfaringene rundt å bli foreldre til et prematurt barn har forandret livet på noen måte, er svarene varierte. Alle foreldrene var intervjuet fra to til fire måneder etter utskrivning fra neonatalavdelingen. Dette

kan være en for kort tid til å finne ut av om denne opplevelsen har ført til noen forandring i livet.

Ifølge Myklebust (2007:203) sin definisjon på livsløp (se 2.1) er det summen av mange baner gjennom livet som gjensidig påvirker hverandre. De ulike banene blir ofte oppstykket av overganger og vendepunkt i livet som gir det en ny retning. For en av parene i min studie var mor under utdanning samtidig som paret ble foreldre. Dette kunne få konsekvenser om hun hadde valgt å avbryte utdanningen. I så fall kunne dette forsterke at livet fikk en ny retning. Men dette paret hadde klart å løse det ved at mor studerte via internett, når barnet var innlagt. Etter fødselen tok hun et halvt års permisjon fra studiene. Far skulle ta permisjon det andre halvåret av datterens liv, slik at mor fikk begynne på skolen igjen. De mente derfor at denne fødselen ikke skulle innvirke nevneverdig på hennes studieplaner.

Åge opplevde at kona ble alvorlig syk etter fødselen. Dette har preget han sterkt i tiden etter. En kan si at Åge opplevde to overganger på en gang. De første dagene etter fødselen levde han i uvissheten om kona ville overleve, samtidig som han hadde blitt far til en for tidlig født datter. Han forteller det slik: *Det var ikke bare det at vi har fått en for tidlig født unge, men det er hele situasjonen. [...] Det var mange tanker å bearbeide. Jeg føler at jeg har blitt litt ekstra beskyttende. en ser liksom hvor sårbar en er i mange situasjoner.... og hvor lite en vet, sliksom.....*

Mange av foreldrene svarte at de hadde blitt mer var på at livet er skjært og at tilværelsen kan snu brått. Dermed er de mer opptatt av å ta vare på hverandre og å sette pris på de små ting i hverdagen. Berit forteller det slik: *Jeg er nok mer takknemmelig for den babyen jeg har, enn om jeg skulle født til termin. Du har sett hvor nært det er mellom liv og død. Du får mer respekt for det livet du har skapt.*

Spesielt fedrene mente at de i tiden like etter utskirving hadde blitt mer beskyttende overfor familien. Men ettersom tiden gikk og de hadde vent seg til situasjonen, så falt det meste tilbake til slik de hadde hatt det før.

Mange av familiene erfarte også at det var vanskelig å få forståelse, fra de nærmeste rundt seg, for at de måtte ta spesielle hensyn med tanke på at barnet måtte beskyttes mot infeksjoner den første tiden. Anne forteller det slik: *Det var en stor overgang å komme hjem. Det verste var hele tiden å måtte mase på folk om de var friske [...] ellers fikk de ikke komme inn. Vi hadde fått streng beskjed. Jeg mener at noe av problemene med å få de nærmeste rundt*

seg til å forstå hva en bør ta hensyn til like etter utskrivning fra sykehuset, kommer av at det ikke er rom for andre enn foreldrene til å få innblikk i denne ”verden”. Det kan virke som det er et behov for informasjon til de nærmeste rundt slik at de får den bedre forståelse for familiens behov den første tiden.

Det virker likevel som at de fleste parene føler at livet etter utskrivning etter hvert har normalisert seg. Det ser ut til at de under intervjuene opplever å mestre godt overgangen det har vært å få et for tidlig født barn.

## 6.0 SLUTTORD

Vi har i denne studien fått innblikk i hvordan foreldre til premature barn opplever å mestre tilværelsen rundt en for tidlig fødsel. Jeg har dermed bidratt et stykke på vei til det Saugstad uttalte innledningsvis i denne studien, at det er viktig at helsepersonell får et innblikk i den verden foreldrene til for tidlig fødte barn og den nærmeste familien lever i når de har barn innlagt i nyfødtafdelingene (Cantillon 2001). Vi har i denne studien fått innblikk i åtte par sine retrospektive fortellinger om hvordan de har opplevd denne overgangen i livet. Vi har fått belyst både positive og negative mestingsopplevelser, og fått innblikk i likheter og forskjeller når det gjelder far og mors opplevelse av å bli foreldre til samme barn.

Å skulle ta omsorg for et for tidlig født barn som krever intensivbehandling, og i tillegg være ledsager over flere uker i en trang sykehusavdeling kan for de fleste foreldre oppleves som krevende både fysisk og psykisk. Foreldrene må venne seg til den forhastede overgangen i livet som det innebærer å få et for tidlig født barn. Familien kan oppleve å bli splittet. Mange av foreldrene har problemer med å kombinere familielivet i hjemmet og familielivet i avdelingen.

En kan se fra narrativene at mor og far opplever å få et prematurt barn både likt og ulikt. Helhetsinntrykket gir en oppfatning av at de fleste av foreldrene opplever å være ledsagere til barna sine til dels ulikt. Men det som skiller seg ut her, er at de aller fleste opplever oppholdet som å være i en skjermet verden. Noen betegner oppholdet som å være i en boble, i et vakuum eller som å være i en vernet verden. Det gir et inntrykk av at foreldrene befinner seg i et område som både gir trygghet, men som samtidig gir en opplevelse av kaos og invasjon av deres livsverden. Dette er både på godt og vondt. De aller fleste opplever å ha et godt tillitsforhold til helsepersonalet. De opplever å få omsorg, støtte, informasjon og opplæring. Men samtidig føler de et forventningspress som de ikke alltid klarer å innfri. Dermed kan en få en oppfatning om at foreldrene føler seg invadert. Mange opplever et press på å fylle rollen som foreldre på perfekt vis, noe de også ønsker å imøtekomme. Men av ulike årsaker opplever de at det ikke alltid blir tatt hensyn til at de også har egne personlige behov. Foreldrene opplever å bli invadert av plikter og gjøremål, av et stort antall personale og av andre pasienter og pårørende. De opplever også et slags forventningspress fra familie og venner som de må holde oppdatert. Dette kan oppleves som tøft. Samtidig ønsker de ikke å motta besøk.

Det er trangt om plassen. Mange synes at personalet er alt for liberale med hensyn til å tillate besøk i avdelingen. Foreldrene er redde for smittefarene dette kan medføre.

De aller fleste velger å beskytte seg selv ved å trekke seg inn i sin lille verden. Denne boblen blir da både som en vernet verden og som en lukket boble, der det kan bli vanskelig å finne ro og vern til å finne tilbake til sitt normale livsløp. Den trange bobla oppleves både som positivt og negativt. De opplever at verden utenfor denne boblen blir lite betydningsfull, men samtidig så opplever de at de nærmeste rundt familien ikke får innsikt i hva de er gjennom. Foreldrene føler seg også invadert av andre foreldre og pasienter i avdelingen. De får innsyn i ting de ikke burde, og føler at de må skjerme seg. Men samtidig opplever de fleste at det er god støtte i andre foreldre.

At denne invaderingen kan oppleves som negativt, kan kanskje henge sammen med at dette er foreldre som har opplevd en forhastet overgang som de ikke var helt klar for. De er dermed i en sårbar livsfase når denne overgangen skjer. Mor med sine hormonelle svingninger etter fødselen og far med sine bekymringer for mor, barn og fremtiden. I tillegg opplever de at barnet har behov for intensiv behandling og for noen er tilstanden uavklart den første tiden. Foreldrene må tilpasse seg et system, en setting, der de må leve sin familieverden i en sykehusavdeling.

Ved å ta i bruk livsløpstilnærmingen i denne studien oppfordres en til å se denne overgangen i livet på langs. Vi ser at foreldrenes tidligere erfaringer har betydning for opplevelsen av å få et for tidlig født barn. I tillegg aner vi konturene av hvordan denne opplevelsen kan påvirke dem i fremtiden. De fleste forteller om at de nå tar mer hensyn til de nære ting og har evne til å glede seg over de små ting i hverdagen. Mange opplever også at de mangler forståelse fra de nærmeste rundt dem for hva de har vært gjennom i denne tiden. Dette kan se ut som en konsekvens av at neonatalavdelingen på godt og vondt er en vernet verden.

Dette er en gruppe mennesker i samfunnet som har opplevd en traumatisk og forhastet overgang i livet. Vi har fått belyst hvordan de opplever tilbudet fra det offentlige rundt en svært betydningsfull hendelse i livene deres. En har også fått innblikk i at foreldrene opplever at helsepersonalet har gode kunnskaper om tilrettelegging for tilknytning mellom foreldre og barn, og å gi informasjon og opplæring til foreldrene. Men det kan se ut til at det gjenstår en del utfordringer når det gjelder kommunikasjon, og å legge de strukturelle forholdene i sykehuset til rette for at foreldrene skal få et optimalt liv som ledsagere. Jeg mener at det trengs mer forskning rundt dette temaet, for å få avdekke rekkevidden av det som denne

studien viser. Sykehusets økonomiske styringssystem har bidratt til kortere behandlingstid. Dette fører også til at en del av mødrene opplever å bli utskrevet og erklært frisk nok til å være ledsagere før de selv føler seg klare.

Min studie er fra bare en avdeling i Norge. Hvor vidt dette kan generaliseres til andre avdelinger og andre foreldre som er innenfor samme kriterier som jeg har satt, kan diskuteres. Jeg har lagt vekt på å beskrive konteksten rundt detaljert. Dette har jeg gjort blant annet med tanke på at det blir lettere for de som leser denne studien kan kjenne seg igjen. Om de gjør det, så kan en til en viss grad generalisere funnene.

Det hadde videre også vært svært interessant å få et innblikk i hvordan eldre søsken opplever denne overgangen i livet det er å få en for tidlig født søster eller bror. Også hvordan de nærmeste slekt og venner opplever dette.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium. At tåle stress og forbli rask*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bjørndal, A. m.fl. (2007): *Kunnskapshåndtering i medisin og helsfag*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag A/S.
- Blackburn, S., & Lowen, L. (1986): *Impact of an infant's premature birth on the grandparents and parents*. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, no.15, s173-178.
- Bronfenbrenner, U. (2005): *Making Human Beings HUMAN. Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard university press.
- Cantillon, E.A. (2001): *De ørsmå kjempene*. Sandvik A/S.
- Chase, S. (2005): Narrative Inquiry. Multiple Lenses, Approaches, Voices. I Denzin, Norman K. and Lincoln, Yvonna S. (eds.): *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Davis, L. M. (2003): *Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview*. Journal of advanced Nursing 42[6], 578. Blackwell Publishing Limited. Ref Type: Generic
- Doering, L.V, Dracup, K og Moser, D. (1999). *Comparison of Psychosocial Adjustment of Mothers and Fathers of High-Risk Infants in the Neonatal Intensive Care Unit*. Journal of perinatology. Vol. 19, No.2. s. 132-137.
- Ekeland, T.J.(2007): *Kommunikasjon som helseressurs*. I Ekeland.T.J og Heggen K. (red.): *Mestring og myndiggjøring, reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Elder, G.H. og Shanahn, M.J. (1997): *Oppvekst, sosial endring og handlingsevne. Et livsløpsperspektiv*. I Frønes, I., Heggen, K. og Myklebust, J.O. (red.): *Livsløp. Oppvekst, generasjon og sosial endring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ervik, S. (2002): *Ta det som en mann. Når menn og kvinner sørger forskjellig*. Verbum.
- Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (2007): [http://www.helse-bergen.no/medisinske-faglige-retningslinjer-for-oppfolging-av-for-tidlig-fodte-barn](#) [lastet ned 20.10.08]
- Fegran, L. m.fl. (2008): A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of clinical nursing*. Vol. 17. Hefte nr. 6. s 810-816.
- Folketrygdloven § 9- 11. *Utfyllende og spesielle regler og retningslinjer*. [http://www.folketrygden.no/tema/folketrygdloven-9-11-utfyllende-og-spesielle-regler-og-retningslinjer](#) [lastet ned 20.10.08]
- Foreskrift om barns opphold i helseinstitusjon: [http://www.fhi.no/tema/foreskrift-om-barns-opphold-i-helseinstitusjon](#) [ lastet ned 17.10.08.]



Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humanoria, juss, og teologi:  
( [ lastet ned  
04.12.07.]

Franck, L. S. m.fl. (2005): Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), s 608-615.

Frønes, I. m.fl. (1997): *Oppvekst, sosial endring og handlingsevne. Et livsløpsperspektiv*. I Frønes, I., Heggen, K. og Myklebust, J.O. *Livsløp. Oppvekst, generasjon og sosial endring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Giddens, A. (1997): *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax Forlag A/S

Gilje, N. og Grimen, H. (1993): *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Giorgi, A. (1985): *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne university press.

Grimen, H. (2001): Tillit og makt- tre sammenhenger. *Tidsskriftet for Norsk Lægeforening* nr 30,121. s 3617-9.

Grønmo, S. (2002): *forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen*. I Holter, H. og Kalleberg, R. (red.): *kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Guldbrandsen, T. og Stubberud, D.G. (red.): (2005): *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe A.S.

Heggen, K. (2007): *Rammer for mestring*. I Ekeland, T.J og Heggen K.(red): *Mestring og myndiggjøring, reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S.

Heggen, K. (1997): *Kvalifisering og livsløp*. I Frønes, I., Heggen, K. og Myklebust, J.O. (red): *Livsløp. Oppvekst, generasjon og sosial endring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holditch-Davis, D., & Miles, M.S. (2000): Mother's stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19, s.13-21.

Hughes, m.fl. (1994): How parents Cope With the Experience of Neonatal Intensive Care. *Children's health care*, 23(1), s1-14.

Jackson, K.m.fl.(2003): From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*. 43(2), s.120-129.

Jepsen, J (2004): *for tidlig fødte barn. Usynlige senfølger*. København: Hans Reitzel forlag.

Johannessen, A.m.fl. (2006): *En introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kaaresen, P.I, m.fl. (2006): A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*. Vol. 118 s 9-19.

Kalleberg, R. (1996): *Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog*. I Holter, H. og Kalleberg, R. (red.): *kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Kelly, W. (2001): Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Pediatric Nursing*. May-june 2001.vol. 27. No 3. S 281-6.
- Kleberg, A. (2006): *Promoting preterm infants`development and mother child interaction*. Akademisk avhandling. Karolinska institutet. Stockholm.
- Kleberg, A m.fl. (1995): *Utviklingstilpasset neonatalomsorg*. Trykk: AB Landstryck, Landskrona.
- Kledzik, T. & Howell.V. (1996): "On becoming an NICU". *Neonatal network. Journal of Neonatal Nursing*. 15(8): s25-33.
- Konsensuskonferanse, Rapport nr 13. (1998): *Grenser for behandling av for tidlig fødte barn*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Kvale, S. (2007): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske forlag A/S.
- Kvalsund, R (1997): *Ein overgang mellom etappar i livsløpet*. I Frønes, I. Heggen,K. og Myklebust, J.O. (red.): *Livsløp. Oppvekst, generasjon og sosial endring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lau, Rosalind og Morse, Carol A. (2003): Stress experience of parents with premature infants in a special care nursery. *Journal of the international society for the investigation off stress*. Vol .19, No.2. s 69-78.
- Lazarus, R S. & Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lov om pasientrettigheter av 1999:  
[lastet ned 17.10.08]
- Lundqvist, P. (2003): Swedish men`s experiences of becoming fathers to their preterm infants. *Neonatal network*. Vol.22, No.6, s25-31.
- Mahler, M (1988): *barnets psykiske fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Malterud, K. (2006): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markestad, T og Halvorsen, B. (2007): *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Sosial og helsedirektoratet.
- Medisinsk fødselsregister (2008): register over levende og dødfødte fra GA 24-37. Tilsendt på mail den 15.01.08 fra Jon Gunnar Tufta, med hjemmel i medisinsk fødselsregisterforeskriften § 3-4.
- Medisinsk fødselsregister (2006): *Svangerskapsvarighet*. Per 10.01.08 tilgjengelig på:  
<http://www.fdselsregister.no>  
[lastet ned 04.02.08]
- Miles, MS. m.fl. (1992): The stress response of mothers an fathers of preterm infants. *Nurs Health*. Vol.15: 261-9.

Myklebust, J.O. (2007): *lange linjer. Livsløpsperspektiv på helse og velferd*. I Ekeland.T.J og Heggen K. (red.): *Mestring og myndiggjøring, reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag A/S.

Myrvang, V. H. (2006): *Ut av arbeidslivet, mestring og identitet*. En studie av personer med seinskader etter polio. Avhandling til graden philosophiae doctor (ph.d). Institutt for kulturstudier og orientalske språk. Det humanistiske fakultet. Universitetet i Oslo.

Neonatalprogrammet (2007/08): Dataprogram ved aktuelle sykehus det ble forsket på.

Nyqvist, H.K. (2007): Stärkt föräldraroll på neonatalavdelning. *Barnbladet* vol. 32. 2007. Hefte nr 5. S 7-9.

Nyqvist, H.K. (2006): Kängurumetoden, praktiska riktlinjer. Uppsala universitet.

[laster ned  
01.11.08]

Padden, T., & Glenn, S. (1997): Maternal experiences of preterm birth and neonatal intensive care. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, vol. 15, s 121-139.

Peitersen, B og Arrøe, M. (2002): *Neonatalogi. Det raske og det syge nyfødte barn*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Polkinghorne, D.E. (1995): Life history and narrative. I Hatch J.A and Wisniewski R. *qualitative studies serie 1*. London: Falmer press.

Raphael-Leff, J. (2001): *Pregnancy, the inside story*. London & New York. KARNAC BOOKS

Raphael- Leff, J. (1992): *Psychological Proses of Childbearing*. London: Chapman & Hall.

Reid, T., m.fl. (2007): A new stressor scale for parents experiencing neonatal intensive care: the NUPS (Neonatal Unit Parental Stress) scale. *Journal of reproductive and infant psychology*. Vol. 25, no. 1, february 2007,pp 66-82.

Reid, T. og Bramwell, R. (2003): Using the praental stressor scale: NICU with a British sample of motehers of moderate risk preterm infants. *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 21, no. 4,pp 279.291.

Repstad, P. (2007): *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ringdal, K. (2001): *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ryen, A. (2006): *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Saugstad, O.D. (1999): *Når barnet er født for tidlig*. Luther forlag.

Shellabarger,S.G. and Thompson, T.L. (1993): Meeting parental communication needs throughout the NICU experience. *Neonatal network*. Vol. 12.no. 2. S 39-44.

Stake, R.E (2005): Qualitative Case Studies. I Denzin, Norman K., and Lincoln, Yvonna S. (red.): *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.

- Stern, D og Bruscheiler-Stern. (2000): *En mor blir til*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stern D. (1999). En mor blir til. Hur moderskap förädrar dig för all framtid. Stockholm. Natur och kultur.
- Sørensen, A.m.fl.(2004): *SGL-neonatalsygeplejegruppen*. ”Inntryk fra 2.nordiske kongress om børn og smerter.” *Børnesygepleiersken* nr.2/2001, s 27.
- Stjernquist, K. (2000): *Född för tidlig. Hur går det sedan?.* Bokforlaget Natur och Kultur.
- Stjernqvist, K.M. (1992): Exstemely low birth weight infants <901 g. impact on the family during the first year. *Scandinavian journal of social medicine*. Vol.20. hefte nr 4. S 226-233.
- Statens helsetilsyn (2001): *Nasjonal plan for nyfødtdmedisin*. Rapport og anbefalinger fra et utvalg oppnevnt av Statens Helsetilsyn på oppdrag fra Sosial og Helsedepartementet.  
(lastet ned 15.01.08.)
- Svenaesus, F. (2005): *sykdommens mening- og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Wallin, L (red.): (2001): *Omvårdnad av det nyfödda barnet*. Lund: Studentlitteratur.
- Westrup, B. (2007): Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) – family-centered developmentally supportive care. *Elsevier. Early Human Development*. [lastet ned 25.04.07]
- Wilcox, A.J.,m.fl. (2007): *familiemønstre og premature barn*. Medisinsk fødselsregister  
[lastet ned 20.02.08.]
- Wielenga, J.M. og Smit, B. J. (2005): How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant? *Journal of nursing care quality*. Vol.21, no.1, s 41-48 /January-mars 2006. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Til avdelingssjef ved nyfødt intensiv sykehus.

16.11.07.

## **Forespørsel om tillatelse til å utføre forskningsprosjekt med bakgrunn i masterstudie i helse og sosialfag.**

### **Bakgrunn.**

Å bli foreldre til et prematurt barn innebærer en stor overgang i foreldrenes liv. Hvor de er i livsløpet sitt og hvordan de opplever oppholdet i neonatalavdelingen spiller inn på hvordan de mestrer situasjonen her og nå. Dette kan også ha konsekvenser for hvordan de mestrer foreldrerollen i fremtiden. Det er godt dokumentert at foreldre til premature barn opplever høy grad av stress den første tiden i avdelingen, noe som kan legge grunnlaget for videre foreldrebarntilknytning. Helsepersonell i neonatalavdelingen har en stor innflytelse på hvordan oppholdet for foreldre og barn blir i avdelingen. Dette legger grunnlag for foreldrenes videre oppfølging av sitt premature barn.

### **Hva skal jeg gjøre?**

Jeg er masterstudent i helse- og sosialfag, mestring og myndiggjøring, ved Høgskolen i Volda. Min veileder er Professor Dr polit i sosiologi Jon Olav Myklebust.

Den foreløpige problemstilling for masterprosjektet mitt er:

”Når barnet fødes for tidlig” -en studie i mors og fars opplevelser ved overgangsperioden rundt prematur fødsel.

Jeg vil ha fokus på overgangsperioden rundt den premature fødsel, og foreldrenes opplevelse av faktorer som fører til opplevd stress ved ankomst neonatalavdelingen og de første dagene etter. Jeg ønsker å gjøre en kvalitativ studie, der jeg benytter en semistrukturert intervjuguide for et dybdeintervju med foreldre. Intervjuet skal skje i etterkant av oppholdet på neonatal intensiv. Jeg trenger ti foreldrepar.

Mine inklusjonskriterier for undersøkelsen:

- Foreldre til premature barn fra GA 32 og under
- Kun foreldre med norsk som morsmål
- Begge foreldre er villig til å la seg intervju
- Foreldrene skal være over 18 år
- Familien var utskrevet fra avdelingen for 1 mnd til 6 mnd siden. Dette er avhengig av hvor mange respondenter jeg finner.

Mine kriterier for eksklusjon:

- Foreldre til barn som dør under og etter oppholdet
- Foreldre til barn som fortsatt er innlagt i institusjon

Jeg forventer å få frem opplysninger om hvordan foreldrene opplever denne overgangen i livet. Hvilke faktorer i miljøet i neonatalavdelingen som fører til opplevd stress, og hvilke konsekvenser vår rolle har for hvordan foreldrene opplever stress. Videre vil jeg se på hva de opplever er viktige faktorer for å kunne mestre denne overgangen. Jeg er ute etter opplevelsene til både mor og far isolert for å se på likheter og forskjeller. Med disse opplysningene vil jeg se på hva vi som helsepersonell kan lære av foreldrene.

Det vil ikke komme frem fra hvilken avdeling studien er utført, bare at det er ved et sykehus på vestlandet. Forskningsprosjektet planlegges å være ferdig i november 08.

### **Hva trenger jeg hjelp til?**

For å komme i kontakt med foreldrene søker jeg om tillatelse til å leite i pasientjournaler etter foreldre som oppfyller mine krav. Mulig at neonatalprogrammet kan gi meg svar? Jeg ser for meg at jeg da trenger tilgang til PC i barneavdelingen. Jeg trenger også tillatelse fra avdelingsoverlegen til å kontakte foreldrene. For å komme i kontakt med foreldrene vil jeg sende et brev med forespørsel om de vil delta i prosjektet. Her trenger jeg avdelingsoverlegens underskrift.

Videre trenger jeg hjelp av avdelingssykepleier til å oppbevare de anonymiserte data om foreldrene. Da vil jeg gi hvert navn et nummer, slik at det materialet jeg må ta ut av sykehuset blir anonymisert. Om det skulle være behov for at noen av informantene trenger å få en oppfølgingsamtale i etterkant av intervjuet, ber jeg om at avdelingssykepleier kan være en støtte eller videreformidle dette til en annen relevant person i avdelingen.

De foreldrene som ønsker å delta sender en svarslipp i vedlagt frankert konvolutt til meg. Etter respons vil jeg ta kontakt med foreldrene for planlegging av tid og sted for intervju. Prosjektet skal, etter positivt skriftlig svar fra dere, sendes til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge for godkjenning.

Med vennlig hilsen

-----  
Inger Hilde Hagen  
Intensivsykepleier ved neonatal intensiv og masterstudent.

1.

kopi: avdelingsoverlege og avdelingsykepleier.

**HELSE**  
**I sjukehus**  
**Barneavdelinga**

Inger Hilde Hagen  
gardsvegen 49

Dykkar ref.:

Vår ref.:

, 27. november 2007


**Angående forespørsel om tillatelse til å utføre forskningsprosjekt med bakgrunn i masterstudie i helse og sosialfag.**

Det er hyggelig om vi kan bidra for at dette masterstudiet kan fullføres, og vi stiller vår hjelp til din disposisjon ved å:

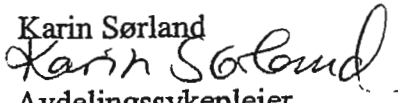
- Dine tilganger til EPJ beholdes også i prosjekt-perioden-det samme gjelder Neonatalprogrammet.
- Det ligger også innenfor prosjektet å kunne kontakte foreldre med spørreskjema eller oppfølging.
- Du kan låse ned dokumenter på avdelingssykepleiers kontor ved behov.
- Dersom det er behov for det, kan også andre ved seksjonen bistå med oppfølgingsamtaler der det er nødvendig.

Vi tror dette kan bli et viktig prosjekt og vi ønsker deg lykke til!!

Med hilsen  
Ove Økland  
Avdelingssjef

  
Lutz Nietch

Seksjonsoverlege

Karin Sørland  
  
Avdelingssykepleier

Neonatal intensiv avdeling . . . sykehus

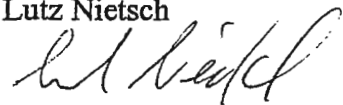
25.02.08

**Prosjekt premature foreldre, en studie i foreldrenes opplevelser rundt prematur fødsel**

Jeg har gjennomgått journaler og funnet aktuelle kandidater som Inger Hilde Hagen, i forbindelse med sitt masterprosjekt, kan forespørre om å delta i intervju om sine opplevelser rundt prematur fødsel.

Jeg godkjenner med dette at hun sender ut forespørsel til de aktuelle kandidater som jeg har plukket ut.

Lutz Nietsch



Avdelingsoverlege, neonatal intensiv

sykehus





Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

## k samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

EGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Jon Olav Myklebust  
Avdeling for samfunnsfag og historie  
Høgskulen i Volda  
Boks 500  
6101 VOLDA

Vår dato: 07.04.2008

Vår ref: 18733 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.02.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

18733	<i>Premature foreldre - en studie i foreldrenes opplevelse ved prematur fødsel</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jon Olav Myklebust</i>
Student	<i>Inger Hilde Hagen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Inger Hilde Hagen, Åsegardsvegen 49, 6018 ÅLESUND

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Jan Olav Myklebust

Saksbehandler  
Seniorrådgiver Arild Hals

Telefon 73 86 71 52

Epost: Arild.Hals@ntnu.no

rek-4@medisin.ntnu.no

Postadresse: Det medisinske fakultet

Medisinsk teknisk forskningssenter

7489 Trondheim

Besøksadr: ISM, Røde Kors 3 etg.

St.Olavs Hospital

Vår dato:  
11.02.08

Vår ref.:  
4.2007.2663

Deres dato:

Deres ref.:

### **Premature foreldre, en studie i foreldrenes opplevelser av stress rundt prematur fødsel.**

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 25. januar 2008 med følgende vilkår og vurdering:

Dette prosjektet har til hensikt å belyse hva foreldre til premature barn opplever som stressende ved å komme til en nyfødtintensiv avdeling. Og hva de opplever som stressreducerende. Det skal, ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide, foretas intervju av 10 foreldrepar, i den hensikt å finne ut av hvordan de opplever å få et prematurt barn og mottakssituasjonen i nyfødtintensivavdelingen.

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

- Komiteen mener at det vil styrke studien hvis den gjennomføres på pasienter som forsker ikke har hatt klinisk kontakt med.
- I søknaden er det beskrevet at det er gjort mye forskning på feltet tidligere, komiteen forutsetter at dette prosjektet er nødvendig og har potensial til å frembringe ny kunnskap.
- Komiteen forutsetter at avdelingsoverlegen går igjennom journaler og finner aktuelle kandidater. Avd. overlegen må så sende ut informasjon om studien og således opprette kontakt med de aktuelle kandidater på forskers vegne.
- Komiteen viser til informasjonsskrivet som må gjøres mindre personlig. Presentasjonen av forsker må tones ned og prosjektets innhold må heves frem.
- Komiteen ber om at hele skrivet revideres i henhold til vedlagte veiledning.
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder får fullmakt til å vurdere det reviderte skrivet, og denne godkjenning må være klar før prosjektet settes i gang.

Komiteen ber om å få tilsendt artikkel/rapport når studien er fullført.

### **Vedtak:**

**”Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres med de merknader som er gitt.”**

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen

Arne Sandvik  
Professor  
Leder i komiteen

Arild Hals  
Seniorrådgiver

## FORESPØRSEL OM Å DELTA I EN VITENSKAPELIG UNDERSØKELSE

### Bakgrunn:

Som et ledd i en masterstudie ved Høgskolen i Volda blir det utført et prosjekt. Temaet for prosjektet er foreldrenes opplevelse rundt prematur fødsel og den første tiden i neonatal avdelingen. Det undersøkes hva mor og far opplever i denne spesielle situasjonen. Masterstudenten/forskeren er ansatt ved en neonatalavdeling som intensivsykepleier. Avdelingsoverlegen ved neonatal intensiv ved sykehus sender derfor forespørsel, på forsker vegne, til utvalgte foreldre om å la seg intervju.

### Problemstilling og mål med studien:

#### Problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker mors og fars opplevelse av mestring rundt en prematur fødsel?

#### Mine forsknings spørsmål:

Hvilke faktorer påvirker de negative opplevelsene, til foreldrene, rundt en prematur fødsel?

- Hva er forskjellen på fars og mors opplevelse?

Hvilke faktorer påvirker de positive opplevelsene?

- Hva er forskjellen mellom far og mors opplevelse?

Hvilke faktorer fører til en opplevelse av mestring og mangel på mestring

- Hva er forskjellen på fars og mors opplevelse?

Ut fra dette er det utarbeidet en intervjuguide.

Dine opplevelser er viktig, og vil kunne gi kunnskap til oss som helsepersonell slik at vi har bedre forutsetninger for å møte foreldrnes behov, og dermed kunne gi en bedre pasientbehandling.

### Metode:

10 foreldrepar skal intervjues, Da en i denne studien er ute etter mor og fars evt ulike og like opplevelser og behov, ønskes det individuelle intervju. Barnet skal være født før 33. svangerskapsuke. Det legges vekt på din subjektive opplevelse av den første tiden rundt den premature fødselen. Det finnes ikke noen fasit på dette.

Spørsmålene vil primært dreie seg om deg og dine opplevelser og erfaringer like før, og i etterkant av den premature fødsel. Det vil også bli spurt om hvilken innvirkning dette har hatt på deg og din hverdag.

Det er ønskelig at intervjuet blir tatt opp på bånd, slik at forsker kan konsentrere seg om det du forteller og for at gjengivelsene blir så nøyaktig og konkret som mulig. Intervjuet vil bli slettet i ettertid. Varigheten pr intervju beregnes til ca ½ - 1 time for hver av foreldrene. Alle opplysninger vil bli avidentifisert, og behandlet konfidensielt. Det vil ikke for utenforstående være mulig å kjenne igjen hvem som har blitt intervjuet.

Prosjektmedarbeiderne er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonellovens § 21. Studien er et forskningsarbeid som utføres under veiledning. Prosjektleder er professor Jon Olav Myklebust ved Høgskolen i Volda. Prosjektet er godkjent

av avdelingsledelsen ved barneavdelingen ved \_\_\_\_\_ sykehus. Studien er meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, og Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Midt-Norge. Om du skulle føle behov for noen å snakke med i etterkant av intervjuet, kan du enten ta kontakt med Inger Hilde eller med avdelingssykepleier ved nyfødtintensiv \_\_\_\_\_ sykehus.

### **Frivillighet.**

Det er frivillig å delta og du har rett til å trekke deg når som helst før, under og etter intervjuet, uten å måtte begrunne dette. Ved at du svarer på vedlagte svarslipp gir du samtykke til å være med. Du kan ringe Inger Hilde når som helst før og etter intervjuet om du har noe å spørre om eller legge til.

Dersom du har lyst å delta på intervjuet, skriver du under på vedlagte samtykkeerklæring og sender den tilbake, så fort som mulig, i vedlagt frankert konvolutt. Bor dere som mor og far ikke sammen lenger, så vil det likevel være av interesse om begge vil være med. Det er ønskelig at intervjuene kan utføres i løpet av våren. Inger Hilde vil ta kontakt med deg innen kort tid for å avtale tid og sted. Hun kommer gjerne dit du bor.

Er det noe du lurer på kan du ringe Inger Hilde på tlf. 917 10 06... eller sende en e-post til [inger.hilde.hagen@l\\_\\_\\_\\_\\_no](mailto:inger.hilde.hagen@l_____no)

På forhånd takk.

Med Vennlig hilsen

Lutz Nietsch

Inger Hilde Hagen.

Avdelingsoverlege

Masterstudent

Som prosjektleder har jeg det faglige ansvaret.  
Jon Olav Myklebust

prosjektleder

**FORESPØRSEL OM Å DELTA I EN VITENSKAPELIG UNDERSØKELSE**  
- som omhandler foreldreopplevelser rundt prematur fødsel.

**Svarslipp:**

Dersom du ønsker å delta i studien fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og sender den til meg i vedlagte frankert konvolutt. Sammen med den legger du dette arket ferdig utfylt slik at jeg kan komme i kontakt med deg.

Navn ( skriv tydelig): -----

Telefon du kan treffes på dagtid:-----

Med Vennlig hilsen

Inger Hilde Hagen.

## SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har lest informasjonen og forstår at deltakelse i studien om foreldreopplevelser rundt prematur fødsel er frivillig. Jeg har hatt anledning til å stille spørsmål. Med dette samtykker jeg i å delta i prosjektet.

Sted..... dato.....

.....  
Underskrift

underskrift gjentatt med blokkbokstaver

## DEMOGRAFISKE DATA

Foreldrenummer

Kjønn: Mann  Kvinne  alder-----

Sivil stand: Gift  Samboer  Separert

Skilt  Hvor lenge .....

Antall barn fra før:..... har du flere premature barn?..... er du selv født prematurt?.....

Alder på tidligere barn .....

Med samme partner Ja  Nei  Noen av barna

Var svangerskapet planlagt? Ja nei Type fødsel: vaginalt .... Keisersnitt.....

Svangerskapsuke barnet var født i:..... antall døgn hospitalisert.....

Respirasjonstøtte den første tiden: Ja  Nei

Hvis ja, Respirator  Antall døgn..... CPAP  Antall døgn.....

O2-behov  antall døgn.....

Var mor innlagt før fødsel? Ja  Nei  Evt.hvor lenge?.....

Fått informasjon om neonatal avdelingen på forhånd? Ja  Nei

Utdanningsnivå: Hvilken utdanning har du?

Jobbsituasjon: Fulltid  Deltid  Arbeidsledig  Trygdet

Yrke.....

Avstand fra sykehuset i reisetid.....



## SEMISTRUKTURERT INTERVJUGUIDE

### ÅPNINGEN.

- Hilsen på mor/far, evt på barnet som var født prematurt. Småprat om hvordan det går nå, og om dagligdagse tema. Dette for å myke opp stemningen.
- På skjemaet har jeg notert ned dato og tid for intervjuet, samt nummer på respondenten.
- Presentere for mor/far hensikten med samtalen.
- Presisere at jeg ikke kommer hit som sykepleier, og vil dermed ikke kunne brukes som veileder når det gjelder spørsmål de har om barnet sitt og om praktiske og teoretiske spørsmål om deres her og nå situasjon. Men jeg kan være villig til å gi råd om hvor de evt kan henvende seg.
- Spørre om det er ok at jeg tar notater og setter på båndopptakeren.
- *Hva var det som var årsaken til fødselen, slik du oppfattet det?*

### HOVEDFASEN.

#### Opplevelse rundt fødselen:

1. *Kan du nå fortelle meg hva som skjedde fra fødselen startet og du kom til nyfødteintensiv avdelingen?*
2. *Var du forberedt på en prematur fødsel?*
  - A: Hadde du fått noe informasjon om behovene som premature barn har?*
  - B: Hadde du fått informasjon om barnets forventede utseende og væremåte?*
  - C: Fikk du informasjon om neonatalavdelingen før fødsel?*
  - D: Fikk du omvisning på neonatalavdelingen før fødsel?*
  - F: Hva hadde dette å si for deg?*

*D: Om fødselen hendte brått: hvordan hadde du tenkt deg at fødselen skulle bli, før du fikk vite at det ble prematur fødsel?*
3. *Kan du beskrive reaksjonene dine da du skjønnte alvoret i situasjonen?*

## Opplevelse under mottak ved neonatalavdelingen:

4. *A: Kan du beskrive det første møtet med neonatalavdelingen? (de fysiske forhold rundt mottak?) påvirket dette din opplevelse av situasjonen på noen måte?*

*B: Kan du kategorisere opplevelsen du hadde da du kom til avdelingen første gang? (spontan reaksjon)*

*Noen opplever det slik:*

*-glede, sorg, uvirkelighet, stress, frykt, angst, skuffelse, sjokk, skyldfølelse osv.*

*Eller er det andre følelser som var fremtredende hos deg? Hva var den dominerende følelsen?*

5. *Hvordan hadde du tenkt at det første møtet med barnet ditt skulle være?*

*A: hvor lenge etter fødsel fikk du møte barnet ditt for første gang?*

*B: Hva opplevde du når du fikk hilse på barnet ditt første gang?*

*C: Hva hadde du aller mest behov for i denne stunden?*

*D Fikk du dekket disse behovene?*

6. *Kan du beskrive det første møtet med helsepersonalet ved avdelingen?*

*A: Hvilken påvirkning hadde dette møtet for deg i positiv og negativ retning? (verbal, non-verbal, atmosfære med mer.)*

7. *A: Var det noen av helsepersonellet som tilbød deg en samtale om hvordan du hadde det og hva du hadde opplevd? (planlagt strukturert innkomstsamtale)*

*Hvis nei, hadde dette vært ønskelig?*

*Hvis ja, hvem tok initiativet til samtalen, hvor foregikk den, hva dreide den seg om og hvordan opplevde du det?*

*B: Hvilken innvirkning hadde denne samtalen på din opplevelse av stress, angst, frykt, sorg, glede osv?*

8. *A: Opplevde du at du fikk den informasjonen du trengte?*

*Hvis nei, hva tror du var grunnen til dette?*

*Hvis ja, hva var bra? Hva var mindre bra?*

*B: Hvilken innvirkning hadde informasjonen du fikk på din opplevelse av mestring av situasjonen?*

9. *A: Hvordan opplevde du at tillitsforholdet mellom deg og helsepersonellet var? Hva gjorde at du fikk tillit/mistillit til helsepersonellet/sykepleieren eller legen?*

*B: var det kontinuitet mht pleiere til barnet?*

## De første dagene etter mottak

10. A: Kan du kategorisere opplevelsen du hadde de første dagene?

(om ikke respondenten kommer på noe. Mange nevner disse reaksjonene:)

-glede, sorg, uvirkelighet, stress, frykt, angst, skuffelse, sjokk, skyldfølelse osv.

Eller er det andre følelser som var fremtredende hos deg? Hva var den dominerende følelsen?

B: Hvordan forsøkte du å mestre disse følelsene?

11. . Hvordan opplevde du å være forelder den første tiden? (foreldrerollen)

12. Hva med mors/farsfølelsen?

13. I en slik avdeling så ligger pasientene veldig nært hverandre, og foreldrene blir ofte vitne til det som skjer med **andre pasienter og deres foreldre**.

A: Hadde andre pasienter og foreldre noen innvirkning på ditt opphold i avdelingen?

B: I så fall, hva hadde dette å si for deg, på godt og vondt?

14. I en neo.avd.er det som regel ikke lov til å ha så mye **besøk av familiemedlemmer utenom kjernefamilien, eller venner**:

Hva hadde dette å si for din opplevelse av å mestre tilværelsen i denne perioden?

## Opplevelse av overgangen fra sykehuset til hjemmet:

15. så ble det tid for hjemreise:

A: hvordan opplevde du det da det blei snakk om hjemreise?

B: var du forberedt på å reise hjem?

16. A: **Snakket du og din kone/mann sammen om disse opplevelsene under oppholdet ?**

Hvis nei, har du noen formening og hvorfor?

Hvis ja, hva opplever du var likt og ulikt i opplevelsene deres?

B: Snakket dere om disse opplevelsene i ettertid?

C: hva hadde dette å si for **mestring** av situasjonen?

17. Når man føder et barn før 33.svangerskapsuke, så vil foreldre og barn måtte være en **lang periode på sykehuset**. Barnet har ofte da behov for intensivbehandling, i starten. Slike opphold er ofte forbundet med økt grad av stress hos foreldrene.

A: Hva opplevde du som stressende, og hva gjorde du for å minke følelsen av stress i denne situasjonen?

**18. A: Har denne første perioden i avdelingen på noen måte preget deg i ettertid?  
Hvis ja, hvordan?**

*B: Hva mener du er grunnen til det?*

*C: Hvis nei, hva mener du er grunnen til det gikk så fint?*

*D: Hva gjorde du for å mestre situasjonen?*

**19. Sett i ettertid: hva var viktige faktorer for deg i avdelingen som førte til at du mestret / ikke mestret situasjonen?**

## **AVSLUTNINGEN**

- *Nå har jeg ikke flere spørsmål. Har du flere moment du vil ta opp?*
- En kort gjennomgang og oppsummering av de viktigste delene av intervjuet
- Spørre respondenten om jeg evt. kan ta kontakt om det skulle være noen oppfølgingsspørsmål.
- Gi beskjed om at respondenten kan ringe meg de nærmeste dagene, om det er noe han vil tilføye eller, etter å ha tenkt seg om vil ha strøket fra intervjuet.
- Vil minne om at alle data blir slettet når prosjektet er avsluttet.
- Takker for meg.