

KANDIDATUPPSATS

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2007:68

Kängurumetodens betydelse för välbefinnandet
En kartläggning av prematura barns och föräldrars upplevelser av
kängurumetoden

SUSANNE AUGUSTINSSON
MI PERSSON



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Kängurumetodens betydelse för välbefinnandet: En kartläggning av prematura barns och föräldrars upplevelser av kängurumetoden.

Författare: Susanne Augustinsson och Mi Persson

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Fördjupningsnivå 1, 10 poäng

Kurs: SSK 24a - Examensarbete

Handledare: Laura Darcy

Examinator, datum och underskrift (uppsatsen godkänd)

.....
Datum Namn
Namnförtydligande:

Sammanfattning

Att bli förälder till ett prematurt barn innebär en stor omställning för hela familjen. I dag försöker man ge en familjefokuserad omvårdnad där föräldrarna tidigt involveras. Kängurumetoden används som en omvårdnadsåtgärd där man bland annat försöker stärka anknytningsrelationen mellan barn och föräldrar. De redan utförda forskningsresultaten som finns publicerade om kängurumetoden är mest inriktade på hur föräldrarna knyter an till sitt barn samt hur säker den är att använda för barnet rent fysiologiskt. Det finns dock lite publicerat och sammanställt om hur kängurumetoden påverkar prematura barn samt föräldrarnas upplevelser av att hålla sina barn i känguruposition. Syftet med vår studie är att beskriva kängurumetodens påverkan på det prematura barnets välbefinnande samt föräldrarnas upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition. Litteraturstudien är en litteraturöversikt baserad på 19 vetenskapliga artiklar. Både artiklar med kvalitativ och kvantitativ metod ingår. Artiklarna med kvalitativ ansats har handlat om föräldrarnas upplevelser medan de artiklarna med kvantitativ ansats har handlat om det som är mätbart hos de prematura barnen. Resultat visar att kängurumetoden minskar det prematura barnets stress, förbättrar sömnen, förbättrar temperaturregleringen och förstärker anknytningen. Vidare visar det att hos föräldrarna förstärks anknytningen, den ger en tryggare föräldraroll och förbättrar amningen. I diskussionen reflekterar vi över hur anknytningsrelationen mellan barn och föräldrar påverkas när ett prematurt barn föds. Vi diskuterar hur kängurumetoden kan påverka barnets olika fysiologiska värden och vad det kan innebära för barnet. Utifrån vår studie reflekterar vi över sjuksköterskans roll i att stötta föräldrarna när det gäller utförandet av kängurumetoden. Vi menar även att det finns ett stort behov av vidare forskning inom de områden som vårt syfte berör.

Nyckelord: kängurumetoden, prematura barn, anknytning, upplevelser, föräldrar

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	3
<i>BAKGRUND</i>	3
Att bli förälder	3
Att bli förälder till ett prematurt barn	4
Prematura barns omvårdnad förr i tiden.....	5
Anknytningen mellan föräldrar och prematurfödda	6
Kängurumetoden	7
Att mäta välbefinnandet.....	8
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	9
<i>SYFTE</i>	9
<i>METOD</i>	9
Litteratursökning.....	9
Analys.....	10
<i>RESULTAT</i>	10
Kängurumetodens påverkan på prematura barns välbefinnande	11
Påverkan på barnets stressnivå.....	11
Påverkan på barnets sömn.....	12
Påverkan på barnets temperaturreglering	12
Påverkan på anknytning.....	13
Föräldrars upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition	13
Att uppleva att anknytningen blir förstärkt	13
Att uppleva att föräldrarollen blir tryggare	14
Att uppleva att amningen går lättare	15
<i>DISKUSSION</i>	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
<i>REFERENSER</i>	21
<i>BILAGA 1</i>	

INLEDNING

För inte mer än 20 år sedan var föräldrarna inte alls delaktiga i omvårdnaden av sina för tidigt födda barn. Ibland var det till och med så att man höll sitt barn för första gången när man blev utskrivna. Avsaknaden av mänsklig kontakt gav komplikationer som bristande anknytning där föräldrar och barn var fullständiga främlingar för varandra. Idag försöker vi undvika sådana här separationer genom att trots all teknisk utrustning som finns omkring barnet låta föräldrarna medverka så mycket som möjligt i omvårdnaden.

En av författarna har fått ett för tidigt fött barn och själv använt kängurumetoden. Därför finns ett intresse av att undersöka vilken betydelse den har på de för tidigt födda barnens välbefinnande och föräldrarnas upplevelser av att hålla barnet i känguruposition.

BAKGRUND

Att bli förälder

Winnicott (1987) menar att det finns en biologisk önskan att bli förälder, att föra släktet vidare, att själv få ta hand om och älska ett barn. När barnet föds känner föräldrarna intuitivt barnets behov, och under normala förhållanden har barnet turen att födas och bli omhändertagen av föräldrar som är specialister på just sitt barns behov. Att vara kompetenta föräldrar och kunna älska sitt barn villkorslöst samt väcka barnets kärleksfulla gensvar påverkas även av samhällets normer och värderingar.

Att få barn är troligtvis en av de största och värdefullaste händelser som sker i livet. Det är en stor omställning, med ett virrvarr av känslor för båda föräldrarna (Vårdguiden, 2007). Att vara gravid upplever de flesta kvinnor som positivt, särskilt när magen börjar växa och man kan känna barnets rörelser i magen. Det skapar en förväntning och man börjar knyta an till barnet redan under graviditeten (Brodén, 1989). Fostrets trygga placering inuti livmodern ger kvinnan en känsla av uppfylldhet och att hennes kropp är potent och produktiv (Laine & Sima, 2006). Samtidigt menar Stjernqvist (1999) att det alltid finns en viss oro kring det ofödda barnet. Kommer förlossningen att gå bra och framförallt kommer barnet att vara friskt? När barnet precis är fött och andas för första gången, är det mycket vi måste skydda det ifrån, allt är nytt för barnet. För att ge en bild av detta skydd skriver Leach (1977, s. 28):

”Skydda barnet med din kropp medan det upptäcker att det fortfarande finns trygghet i en värld som måste förefalla galen. Om barnet försiktigt lyfts upp från den platsen mellan dina ben, kan det finnas en trygghet på din mage som i någon mån liknar den trygghet det kände i din mage. Kanske finns det till och med en viss trygg förtrogenhet i din kroppsvärme och lukt och i ljuden från din mage och dina hjärtslag. Din livmoder har stött ut ditt barn, men det behöver inte känna sig utstött. Det har tagits från dig. Nu kan du ta det till dig”

Att få hålla sitt barn för första gången beskrivs av många föräldrar som en speciell närhet de aldrig upplevt tidigare med en annan människa (Broden, 1989). Om barnet föds för tidigt och måste tas om hand på ett annat sätt precis efter förlossningen uppstår ett lidande för både barn och föräldrar.

Att bli förälder till ett prematurt barn

När ett barn föds för tidigt är graviditeten kortare än den generella graviditetstiden som beräknas vara 40 veckor lång. Det finns naturligtvis helt normala individuella variationer i graviditetslängden inom en period som kan infalla antingen tre veckor före eller två veckor efter den beräknade förlossningsdagen. Barn som föds inom detta intervall är således mellan 37 och 42 fullgångna graviditetsveckor och kallas för fullgångna barn. De barn som föds innan de hunnit bli 37 veckor kallas för underburna barn eller prematurer (Hedberg-Nyqvist, 1990). Var tjugonde barn i Sverige föds före den 37: e graviditetsveckan. Att födas för tidigt definierar Världshälsoorganisationen, WHO, som att födas före den 37: e graviditetsveckan eller att ha en födelsevikt under 2500 gram. De barn som föds i fullgången tid men har en vikt under 2500 gram räknas alltså också som prematurer enligt WHO: s definition. Dessa barn är lätta för tiden och med detta menar man att de inte motsvarar sin förväntade vikt i förhållande till graviditetslängden (Stjernqvist, 1999).

Att få ett prematurt barn kan liknas vid en traumatisk kris där föräldrarna dels ska anpassa sig till den nya föräldrarollen samtidigt som utgången för barnet är oviss. Föräldrarna befinner sig hela tiden i en miljö av blinkande och larmande apparater vilket ytterligare försvårar den nya livssituation som de står inför och många berättar om en överklighetskänsla de har. Oftast tar det några dagar innan de ens kan ta in att det lilla barnet i kuvösen faktiskt är deras (Stjernqvist, 1999). Det har visat sig att ju tidigare barnet är prematurfött och ju svårare sjukt barnet är, desto sämre blir den egna tilltron till att vara tillräckligt goda föräldrar. På det stora hela uppvisar både mödrar och fäder krisreaktioner i samband med det prematura barnets födsel. Krisreaktionen hos mödrarna är dock ofta mer djupa och långvariga. Många kvinnor säger sig uppleva skuld känslor gentemot barnet för att de inte kunnat behålla det i livmodern tills barnet varit mer moget att möta omvärlden. Samtidigt letar de efter orsaker i den egna livsföringen som lett fram till den för tidiga födelsen. De flesta pappor påtar sig istället en stödjande roll för mammorna genom att bland annat förhålla sig mer positiva till barnets överlevnad och hälsa (Murphy, 1990; Stjernqvist, 1996; 1999). Det är också vanligt att en del pappor blir experter på de apparater som finns omkring barnet, medan andra in i detalj lär sig allt om vårdrutinerna och medicineringen utav barnet (Stjernqvist, 1999).

Phillips och Tooley (2005) visar att det för föräldrarna oftast är den miljön som omger dem som utgör ett hinder för att rent känslomässigt kunna involvera sig i barnet. Det är också vanligt att föräldrarna upplever en sorg över att ha förlorat det väntade och oftast idealiserade barnet som de önskat sig under graviditeten. För de flesta är det svårt att knyta an till ett kritiskt sjukt barn då det blir för överväldigande, en del väljer att dra sig undan från sin nyfödde för att skydda sig själva ifrån sina känslor av besvikelse, sorg

och skuld. Dessa motstridiga känslor påverkar naturligtvis relationen mellan förälder och barn.

Att bli föräldrar till ett prematurt barn påverkar hela livsvärlden som enligt Wiklund (2003) är kopplad till de fysiska, psykiska och själsliga upplevelserna. Många motstridiga känslor ska övervinnas och för vissa föräldrar är det känslan över att ha tappat kontrollen över sin livssituation som är svårast (Stjernqvist, 1999). Wiklund (2003) menar att en människas livslidande är förknippat med hennes livssituation där lidandet finns i människans vardag och att det blir väldigt påtagligt när någon närstående blir sjuk eftersom människans liv och hållning till sig själv hör ihop med hela hennes existens.

Prematura barns omvårdnad förr i tiden

Upp emot 70 procent av de prematurfödda dog strax efter sin födsel (Stjernqvist, 1992) och de försök som gjordes för att rädda dem påbörjades först i Frankrike under efterkrigstiden 1870-1871 (Davis, Mohay & Edwards, 2003). Det låga födelseantalet och den höga spädbarnsdödligheten sporrade franska läkare till att försöka återuppbygga befolkningen. Under 1880-talet utvecklade den franske läkaren Tarnier kuvösen som ett försök till att kunna rädda liv. Couney, en tysk kollega demonstrerade kuvörens effektivitet på de stora världsutställningarna i Berlin. I samband med detta fick föräldrarna bara lov att gå och se på sitt barn på utställningen precis som alla andra men de slapp betala entréavgiften. Trots att utställningarna som Couney reste runt med i olika länder var rent kommersiella och smaklösa väckte han ändå medvetenhet hos människor om att prematura nyfödda faktiskt kunde överleva och utvecklas som normala människor. Tekniken att kunna vårda de prematurfödda barnen i kuvös blev också erkänd tack vare dessa utställningar istället för bortglömd. Detta ledde slutligen fram till de många nya sjukhusbaserade prematuravdelningarna i början av 1900-talet, dagens neonatalavdelningar (Davis et al. 2003).

Den nya vården ökade de prematurföddas överlevnad men också separationen mellan föräldrar och barn. Respiratoriska andningsproblem var ett stort bekymmer och en ledande faktor till dödsorsaken hos denna grupp av barn i början av 1950. Man trodde problemen orsakades av bakterier och föräldrarna ansågs vara bärarna av dem. Hotet om en infektion var den främsta anledningen till att man inte tillät någon kontakt mellan barnen och föräldrarna. I mitten av 1950-talet i USA skedde en stor förändring av attityden till att rädda prematurföddas liv och snabba framsteg skedde nu på de amerikanska prematuravdelningarna. 1960 blev neonatologi en erkänd medicinsk specialité och nya tekniker för att minska svåra komplikationer kopplade till den prematura födseln utvecklades (Davis et al. 2003).

Trots framstegen trodde man fortfarande att föräldrarna var infektionskällor. Under sent 1960-tal och tidigt 1970-tal var sjukhusens policy att tillåta föräldrarna att komma in i rummet där den nyfödde vårdades för första gången en eller två dagar innan barnet skulle skrivas ut om ens det. Fortfarande koncentrerade sig neonatalavdelningarna på den nyföddes överlevnad genom temperaturkontroller, nutrition och en steril miljö utan hänsyn till familjedynamiken. Man ansåg att hanterandet av de prematura barnen

framkallade stress hos dem och därför minimerades alla ömma beröringar. Den huvudsakliga mänskliga kontakten för de prematura var de olika medicinska ingreppen man utförde. Nya forskningsfynd började dock ifrågasätta den restriktiva kontakten mellan den nyfödde och dess föräldrar (Davis et al. 2003).

Sent 1960- och tidigt 1970-tal skedde en stor förändring inom neonatalvården då amerikanen Barnett och hans kolleger rapporterade om ett vågat experiment de utfört. Experimentet utvärderade om föräldrarna spred infektioner när de tilläts vara inne på avdelningen genom att ta odlingar på den nyfödde varje vecka som de tilläts vara där. Infektionsförekomsten jämfördes sedan med de perioder då föräldrarna inte varit tillåtna inne på avdelningarna och fynden kunde inte stödja den förväntade infektionsökningen. Dessa data bevisade att kontakten mellan de prematurfödda barnen och deras föräldrar inte var farlig. Nu började sjukhusens neonatalavdelningar uppmuntra föräldrar till att komma och vara på avdelningen samt vara delaktiga i omvårdnaden av sin nyfödda (Davis et al. 2003).

I Sverige fram till mitten av 1970-talet åkte mödrarna hem efter en vecka på mödraavdelningen och vanligtvis besökte de sin nyfödda en gång i veckan efter det. Innan barnet blev utskrivet ifrån sjukhuset hade föräldrarna varken matat eller skött om sitt barn, ibland inte ens burit det. Sedan mitten av 1970-talet då föräldrarna blev tillåtna inne på neonatalavdelningarna har en ständig förändring skett för att involvera föräldrarna så mycket som möjligt. Idag deltar de för det mesta i omvårdnaden av sin nyfödde från första dagen och personalen omkring arbetar aktivt för att förstärka familjebanden mellan barnet och föräldrarna (Stjernqvist, 1992).

Anknytningen mellan föräldrar och prematurfödda

Mycket av vården på neonatalavdelningarna har förändrats framförallt under de senaste två decennierna. Tack vare den högteknologiska utvecklingen överlever allt fler prematura barn och blir friska, samtidigt har man blivit medveten om att det för tidigt födda barnet är en del av en familj redan från födelsen. Trots att barnet är i behov av intensivvård för att överleva så är barnet i första hand en familjemedlem där föräldrarna är de viktigaste personerna. Vid sidan om den medicinska vården är personalens viktigaste uppgift att skapa förutsättningar för en positiv anknytning och nära kontakt mellan barnet och föräldrarna (Stjernqvist, 1999). Här är kängurumetoden en omvårdnadsmodell som man använder väldigt ofta och så tidigt som det går för att möjliggöra den viktiga anknytningen mellan barn och föräldrar (Stjernqvist, 1992).

Forskning visar att den tidiga anknytningen är viktig då prematura barn kan få stora svårigheter med relationer om de blir separerade ifrån sina föräldrar (Browne, 2003). De tidiga anknytningserfarenheter som barnet får gör det antingen lättare eller svårare för barnet att känna tillit till sig själv och andra (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm-Mothander, 2006). Det här får även konsekvenser för den fortsatta utvecklingen av relationer till andra vuxna, jämnåriga och så småningom kärlekspartner.

Begreppet anknytning introducerades av Bowlby och i hans mening reflekterade det kvaliteten och det naturliga i det känslomässiga bandet mellan den nyfödde och dess

föräldrar under barnets första levnadsår. Enligt hans teori så var den nyfödde beroende av en nära relation med dem som tog hand om barnet för att dels kunna känna trygghet och bli tröstad i oroliga stunder (Stjernqvist, 1992). Äldre uppföljningsstudier bland prematura barn har visat att de ofta fick avvikelser i beteendet och att de i större omfattning led utav somatiska symtom, såsom huvudvärk och magont jämfört med fullgångna barn. Föräldrarna upplevde ofta de prematura barnen som aggressiva och svårfostrade. Det här kan man delvis förklara med den bristande anknytningen mellan föräldrarna och barnen. Det är viktigt att ha i åtanke att när det prematura barnet kom hem till familjen efter flera månaders sjukhusvistelse var det en främling. Barnet togs enbart om hand och vårdades av sjukvårdspersonalen, föräldrarna tilläts aldrig att få vara nära sitt barn (Stjernqvist, 1999).

Kängurumetoden

Kängurumetoden är en omvårdnadsmodell som från början utvecklades på grund av otillräcklig kuvösvård av prematura barn. Modellen bygger på stimulering av huden, vilket innebär att det prematura barnet bärs hud mot hud mellan mammas eller pappas bröst i upprätt ställning. Enligt Laine och Sima (2006) främjas då de naturliga processer som blivit avbrutna i förtid. Man kan ha barnet på detta sätt från några minuter upp till hela dygn, i dagar eller veckor, och en separation mellan barn och föräldrar undviks. Kängurumetoden är ett sätt att göra den tekniska neonatalvården lite mänskligare, och underlättar även anknytningen mellan föräldrar och barn. Saugstad (1999) menar att en tidig kontakt mellan föräldrarna och det prematura barnet är av stor betydelse för hur förhållandet mellan dem utvecklar sig senare. Enligt Hedberg-Nyqvist (2006) så kan man göra det man behöver samtidigt som barnet är med. Barnet lyssnar på mammas eller pappas röst och gungas samtidigt som det är så nära den idealiska miljön i livmodern som möjligt.

Förr trodde vi att de prematura barnen behöll sin kroppstemperatur bäst i en kuvös (Browne, 2003). Idag visar många studier att under kängurumetoden sker ett värmeutbyte mellan föräldrarnas bröst och barnets kropp som värmer barnet tillräckligt (Dodd, 2005). Även barnets andning stimuleras av mammans eller pappas andning och deras kroppstemperatur hjälper till att reglera barnets (Hedberg-Nyqvist, 2006).

Bröstmjolk är den klart bästa maten ett barn kan få, och absolut för det prematura, eftersom det skyddar mot infektioner och undernäring. Kängurumetoden är idealisk för amning så fort barnet visar intresse av att suga. Även om barnet inte kan ammas utan måste få näring via sond så är kängurupositionen till hjälp. Om barnet får ligga mot mammas bröst samtidigt som det sondmatas blir matningssituationen så normal som möjligt, vilket underlättar till amning när barnet blir starkare. För att ett barn ska blomstra och utvecklas normalt behövs kärlek och omvårdnad, det prematura barnet behöver ännu mer uppmärksamhet för att kunna utvecklas så normalt som möjligt (Hedberg-Nyqvist, 1990).

Att mäta välbefinnandet

Även det minsta och omogna barnet kan förmedla till oss om det mår bra eller är ansträngt om vi stannar upp och tittar och försöker tolka barnets beteende. Vården anpassas efter barnet och barnets utveckling. Omvårdnadsmodellen heter NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. I vårdformen står familjen i centrum och vården anpassas efter varje barns individuella utvecklingsnivå. Genom att bland annat observera barnets kroppsspråk, andningsmönster, vakenhetsgrad och gråt görs sedan en individuellt anpassad vård. Genom att titta på det lilla barnet kan barnet själv genom sitt beteende visa hur mycket stöd och hjälp det behöver. Ett barn försöker hela tiden att söka sig till upplevelser som stämmer överens med dess utvecklingsgrad och tillstånd, samtidigt som det undviker de stimuli som det inte är moget för genom självreglering. Självreglering är de medfödda mekanismer barnet tar till för att komma till ro genom att hitta bekväma lägen, stänga ute för starka och obehagliga intryck samt lugna och trösta sig själv. Uttryck för detta kan vara att leta efter något att suga på, lägger handen över ansiktet, griper tag i egen hand eller annat i närheten, tar spjörn med fötter, kryper ihop, vänder bort blicken eller blundar fast det är vaket (Kleberg, Hedberg-Nyqvist, Stjernqvist & Westrup, 1992). Förr trodde vi inte att sömn var så viktigt, att mycket ljud, ljus och stimuli inte påverkade de prematura barnens fysiologi och sömnmönster. Forskning har dock visat att prematura barns hjärnor är känsliga för inkommande stimuli och därför försöker man att ordna en dämpad miljö omkring dem (Browne, 2003).

För att stärka bilden av barnets välbefinnande är det viktigt att mäta barnets temperatur, tillväxt, syremättnad och hjärtfrekvens och sätta det i relation till barnets beteende (Kleberg et al. 1992). Hos prematura barn är hjärtfrekvensen viktig för att kunna upprätthålla blodtrycket. Att hålla en stabil andningsfrekvens är svårt för dessa barn eftersom de har ett outvecklat andningssystem som ofta orsakar apneer (andningsuppehåll) vilket ger en sämre syresättningsförmåga. Syresättningen är viktig som bränsle för metabolismen och tillväxten framförallt i hjärnan (Dodd, 2005).

Intensivvård, sjuklighet och separation kan orsaka stress. Idag kan man mäta stresshormonet kortisol i barnets saliv och därigenom också få en indikation om vad barnet mår bra av, tycker är ansträngande eller upplever som smärtsamt. Förr trodde vi att prematura barn inte upplevde smärta men forskning har gjort att vi har blivit mer medvetna om att de känner av smärtsamma procedurer som hålstick, injektioner, intubering och klädbyten (Browne, 2003). I en studie av Uvnäs-Moberg (2000) framkommer det att sådant som ökar välbefinnandet till exempel att känna lugn, få uppleva närhet och positiva sociala kontakter med andra människor bland annat kan minska stresshormonet kortisol samtidigt som hormonet och signalsubstansen oxytocin ökar. Hormonet kortisol kännetecknas av ökad puls och slagvolym hos hjärtat, detta kallas för kamp och flyktreaktionen. Hormonet och signalsubstansen oxytocin är ett hormon som först upptäcktes hos nyblivna mödrar. Det hjälper till att driva ut barnet vid förlossningen, stimulerar produktionen av bröstmjölk och skapar en känslomässig bindning mellan barn och mamma, detta kallas för lugn och ro reaktionen.

Oxytocinet sätter fart i kroppen vid vänlig fysisk beröring eller stillsam, omslutande beröring som vid kängurumetoden och påverkar strukturen av vårt centrala nervsystem.

Dessa förändringar av balansen av hormoner och signalsubstanser är tillfälliga för vuxna, men ett barn formas för resten av livet. Vid mycket beröring som liten får man ett lugnare nervsystem vilket leder till att stress hanteras bättre och du blir en vänligare person. Oxytocinet lindrar smärta, sänker blodtrycket, skyndar på läkning av sår och skador, ger bättre matsmältning och näringslagring, stimulerar tillväxt, stärker immunförsvaret, gör oss lugna och rofyllda, sociala och intresserade av vår omgivning, gör oss mindre rädda och förbättrar relationer. Beröring är livsviktigt, en vuxen kan överleva utan mänsklig närhet, men knappast leva. Barn som inte får någon fysisk beröring dör (Uvnäs-Moberg, 2000).

PROBLEMFORMULERING

Var 20:e barn i Sverige föds före den 37:e graviditetsveckan. Att få ett prematurt barn innebär en stor omställning för hela familjen. Idag gör man allt för att den psykologiska kris, stress och oro som drabbar familjen ska bli så bra som möjligt genom en familjefokuserad omvårdnad, där föräldrarna tidigt involveras i vården av sitt barn, utifrån varje barns individuella utveckling och behov. Då en stor vikt idag läggs vid den mänskliga närheten till dessa barn har det under senare år medfört att ett flertal olika omvårdnadsmodeller utvecklats och en av dem är kängurumetoden. Den publicerade forskningen om kängurumetoden har varit mest inriktad på hur föräldrarna knyter an till barnet eller hur säker metoden är att använda för det prematura barnet rent fysiologiskt. Det är dock sparsamt publicerat och sammanställt hur kängurumetoden påverkar det prematura barnets välbefinnande samt hur föräldrarna upplever det att hålla sitt barn i känguruposition. Därför vill vi sammanställa redan utförda forskningsresultat för att skapa en fördjupad kunskap kring hur kängurumetoden påverkar det prematura barnet och dess föräldrar.

SYFTE

Att beskriva kängurumetodens påverkan på det prematura barnets välbefinnande samt föräldrarnas upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition.

METOD

Litteratursökning

Vår uppsats är en litteraturstudie där vi har valt att göra en litteraturöversikt och enligt Friberg (2006) är detta lämpligt när man vill ta reda på redan utförda forskningsresultat inom ett visst område. Vi har använt oss av både kvalitativa och kvantitativa artiklar vilket Nyberg (2000) menar kan vara fördelaktigt då resultaten kan komplettera varandra.

Litteraturen har tagits fram på flera olika sätt. Artiklarna söktes i databaser som Cinahl, Blackwell Synergy och Academic Search Elite. Sökningarna avgränsades med peer-

reviewed för att få fram vetenskapligt granskade artiklar. Ytterligare avgränsningar vi gjorde var att artiklarna inte skulle vara äldre än tio år och ha en inriktning på nursing då det fanns möjlighet att avgränsa på det viset. Problemformulering och syfte fick ligga till grund för sökorden vi använde. Sökorden var bland annat: kangaroo care, skin to skin contact, preterm infants, premature infants, maternal infant attachment, bonding, experience, parents, mother, father, oxytocin och neonatal intensive care units. Orden användes sedan i olika kombinationer för att kunna minska ned antalet sökträffar. Dessa sökord har även används på sökmotorn Google. Även sekundärsökningar från hittade artiklars referenslistor gjordes då vi tyckte de verkade relevanta för vår uppsats syfte. Dessa sökningar gjordes genom att söka på enbart artikelns titel eller författare i sökmotorn samsök på Borås Högskolas Bibliotek.

Analys

Vi har valt att göra en allmän litteraturoversikt där artiklarna inte analyseras lika djupgående som vid analysgången för evidensbaserad omvårdnad med grund i kvalitativ eller kvantitativ forskning. När en litteraturoversikt ska sammanställas måste det finnas publicerade forskningsresultat inom det område man vill studera. Vi ville studera kängurumetodens påverkan på de prematura barnens välbefinnande samt föräldrarnas upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition. För att få ett helhetsgrepp över detta område arbetade vi med ett öppet förhållningssätt. Vi fokuserade inte på detaljerna i studierna vi funnit utan försökte att anlägga ett helikopterperspektiv. Med detta menas att vi läste abstracten på ett 60-tal artiklar som verkade intressanta och överensstämde med vårt syfte.

Efter den första överblicken av vad som fanns publicerat om kängurumetoden gjorde vi ett urval från de studier vi läst. De artiklar som vi valde bort handlade bland annat om fullgångna spädbarn istället för prematura barn eller sjuksköterskeperspektiv istället för föräldraperspektiv. Slutligen valdes 19 artiklar ut för ytterligare granskning och analys till vårt resultat (bilaga 1). För att granska kvaliteten på våra studier använde vi oss utav en del av de föreslagna granskningsfrågor som finns i Friberg (2006, s. 119-121). Vi analyserade enbart de olika artiklarnas resultatdel genom att läsa dem upprepade gånger för att försöka få en helhetsbild och en känsla av dess innehåll (Friberg, 2006). Vi valde sedan ut de stycken som motsvarade vårt syfte och försökte hitta likheter och skillnader i texterna. De utvalda texterna sorterade vi efter innehåll och olika teman genom att diskutera samband vi fann och hur de kan påverka föräldrar och barn. Utifrån de delarna av texterna vi funnit under analysens gång försökte vi sammanställa en ny helhet. Slutligen delades våra fynd upp under olika rubriker som sedan resulterade i två huvudteman och ett antal subteman som presenteras i resultatet.

RESULTAT

Vårt resultat kommer att presenteras under två olika huvudteman med ett antal olika subteman. Första huvudtemat handlar om kängurumetodens påverkan på de prematura barnens välbefinnande medan det andra huvudtemat handlar om föräldrarnas upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition.

Kängurumetodens påverkan på prematura barns välbefinnande

Påverkan på barnets stressnivå

McCain, Ludington-Hoe, Swinth och Hadeed (2005) menar att när hjärtfrekvensen sjunker visar det att kängurumetoden innebär en minskad stress hos prematura barn. Forskning har visat att både hjärt- och andningsfrekvensen stabiliseras betydligt bättre för de prematura barn som hålls i känguruposition jämfört med de kontrollgrupper där barnen hålls antingen traditionellt i famnen eller ligger i kuvös (Bergman, Linley, & Fawcus, 2004; McCain et al. 2005). I en studie av Mörelius, Theodorsson och Nelson (2005) mäts hjärt- och andningsfrekvens före, under och efter som barnet befinner sig i känguruposition. Det visade sig att frekvenserna var högst innan och lägst under tiden som metoden pågick.

Studier har även visat det motsatta och i Bohnhorst, Heyne, Peter och Poets artikel (2001) visade resultatet att prematura barn som fått vård enligt kängurumetoden hade en minskad syremättnad och en ökad hjärt- och andningsfrekvens. Dock var skillnaden liten i jämförelse med dem som inte fått vård enligt kängurumetoden. I en studie av Ludington-Hoe, Nguyen, Swinth och Satyshur (2000) visas det att kängurumetoden stabiliserar prematura barns värden i hjärt- och andningsfrekvens vilket tyder på att den är säker för den nyfödde. Likaså kan man se en förbättrad syresättning och en minskning av apneer (andningsuppehåll) när barnet befinner sig i känguruposition. Dodd (2005) fann i sin studie att kängurumetoden är ett bra komplement till de tekniska och medicinska åtgärderna som finns eftersom den kan hjälpa till med att stabilisera de prematura barnens värden gällande hjärt- och andningsfrekvens.

Mörelius et al. (2005) har funnit i sin studie att trots tecken på minskad stress som till exempel sänkt hjärt- och andningsfrekvens hos barnen, kan ändå nivåerna av kortisol som mäts i saliven före, under och efter olika tillfällen i känguruposition likväl öka som sjunka. Förändringarna uppnår dock inte någon statistisk signifikant skillnad. Uvnäs-Moberg och Petersson (2005) har funnit att den nära beröring som kängurumetoden innebär minskar nivåerna av kortisol i blodet vilket leder till en minskad smärtupplevelse för barnet. Även oxytocinets nivåer stimuleras hos barnet av den närhet som kängurumetoden ger vilket leder till att man kan se en minskning av bland annat barnets uttryck för stress. I studien av Dabrowski (2007) framkommer det att kängurumetoden har visat sig vara en effektiv smärtlindringsmetod vid exempelvis hälstick och injektioner. Barnets uttryck för smärta reduceras när det befinner sig i känguruposition jämfört mot när det ligger i kuvösen vilket visas genom att barnet gråter och grimaserar mindre. Man kan också se att den ökade hjärtfrekvensen som uppstår i en stressande situation sjunker. Om barnet samtidigt ammas medan det är i känguruposition märks betydligt mindre eller ingen smärtrespons alls. Även Dodd (2005) visar i sin studie att barnen gråter och grimaserar mindre vid hälstick när de befinner sig i känguruposition jämfört mot när de ligger i kuvös.

Påverkan på barnets sömn

Ludington-Hoe et al. (2006) har i sin studie tittat på de prematuras olika sömnmönster och indelat dessa i tre olika stadier. Det visade sig att störningar i sömnen var signifikant lägre i kängurumetodens barngrupp jämfört med kontrollgruppens. REM-rörelserna (rapid-eye-movement) var signifikant lägre för kängurumetodens barngrupp vilket visar att dem har mindre aktiva sömnperioder och det resulterar i en lugnare sömn. När man inkluderade olika miljövariabler såsom ljus och ljud i analysen blev även den oregelbundna sömnen mindre. Sömmönstret som kängurumetodens barngrupp uppvisade liknar härigenom en mer mogen sömnförmåga än kontrollgruppens barn. Kängurumetoden kan alltså enligt Ludington-Hoe et al. (2006) användas som en förebyggande åtgärd för att förbättra sömnorganisationsförmågan hos de prematura barnen. Även i en studie av McCain et al. (2005) visas det att barnet har en mer mogen sömnförmåga och dessutom faller lättare i sömn när det bärs i känguruposition. När barnet lades ned i kuvösen igen betedde det sig mer rastlöst och uppvisade ett omognare sömmönster jämfört mot när det befann sig i känguruposition.

Påverkan på barnets temperaturreglering

I studier där man jämför barn som befinner sig i känguruposition mot barn som hålls traditionellt i famnen eller ligger i kuvös, framkommer det tydligt att kängurumetoden har en positiv effekt på temperaturregleringen (Bergman et al. 2004). Att ha en förälder som värmekälla genom kängurumetoden har Dabrowski (2007) funnit som utmärkt. På ett helt unikt sätt regleras temperaturen efter barnets behov. I en studie av Bauer, Uhrig, Sperling, Pasel, Wieland och Versmold (1997) framkommer det att temperaturen inte bara är stabilare utan även högre under tiden barnet är i känguruposition jämfört mot när barnet ligger i en temperaturinställd kuvös. Även i Dabrowskis studie (2007) fann man en högre temperatur då de prematura barnen placerade i känguruposition var varmare de första tre timmarna än de barn som hölls traditionellt i föräldrarnas famn. Den ökade temperatur som även Bohnhorst et al. (2001) fann i sin studie hos barnen i känguruposition visade dessutom att barnen behöll den ökade temperaturen upp till två timmar efter att kängurutillfället avslutats, innan den återgick till den ursprungliga temperaturen.

Genom att ta temperaturen vid flera olika tillfällen medan barnet var i känguruposition fann Bauer et al. (1997) i sin studie att efter en timme i känguruposition uppvisade barnet inte några tecken på temperaturförlust. Studien av Bauer et al. (1997) visar också att barnets temperatur ökade signifikant under kängurumetoden vilket beror på att mindre av barnets egen energi behövs för att kunna upprätthålla en normal kroppstemperatur. Även i studien av Ludington-Hoe, Nguyen, Swinth och Satyshur (2000) visas att barnen i känguruposition kan upprätthålla temperaturen bättre än i kuvösen. Det framkommer också att de prematura barnen kan behålla temperaturökningen i upp till tre timmar medan de ligger i känguruposition.

Dabrowski (2007) har funnit i sin studie att föräldrar är kapabla till att kunna överföra värme även till de barn som har en temperatur under $+36,3^{\circ}\text{C}$. Det framkommer också att kängurumetoden är särskilt bra till de för tidigt födda som ofta har lite lägre temperatur. Studien visar också att den bör användas mer försiktigt till de barn som har

en temperatur runt +37°C. Detta beror på att dessa barn istället kan förlora sin värme till föräldrarna om de har en temperatur som är lägre än barnets.

Påverkan på anknytning

Enligt Browne (2003) kan de prematura få stora relationssvårigheter om de blir separerade från sina föräldrar. Sjöström, Hägglöf och Engström (2002) har funnit i sin studie att knyta an till föräldrarna är en viktig faktor för det prematura barnets sociala, emotionella och kognitiva utveckling. Den relation barnet utvecklar tillsammans med sina föräldrar blir avgörande för hur barnet senare i livet etablerar relationer med andra människor.

Dabrowski (2007) skriver att den specifika bindningen mellan barn och dess föräldrar är en ömsesidig process och hon menar att kängurumetoden är gynnsam för anknytningen mellan barn och föräldrar. Även Uvnäs-Moberg och Petersson (2005) har funnit att den nära beröring som kängurumetoden innebär är gynnsam och ökar nivån av oxytocin i blodet. När nivåerna av oxytocin ökar i blodet stimuleras olika typer av sociala interaktioner, som anknytningen mellan föräldrar och barn. Browne (2003) menar att ett spädbarn har en medfödd förmåga att knyta an till sina föräldrar genom att söka kontakt och signalera sina olika behov av mat, värme och tröst. Feldman, Eidelman, Sirota och Weller (2002) visade i sin studie att prematura barn efter kängurumetoden hade fler alerta sökande episoder och visade mindre motvilja till blickkontakt under samspelet mellan föräldrar och barn vilket är ett tecken på att anknytningen förstärks.

Föräldrars upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition

Att uppleva att anknytningen blir förstärkt

Den tidiga fysiska kontakten mellan föräldrarna och de prematura barnen kan bli fördröjd om de separeras ifrån varandra. Den här fördröjningen av närhet upplever föräldrarna som känslor av förtvivlan och sorg (Lupton & Fenwick, 2001).

"I never got to hold him. They brought him in an incubator. I like reached my hand out and touched his little fingers through the incubator and then he was gone. That upset me so much because you know you just had this baby and you just wanted to touch him and hold him"(Roller, 2005, s. 214).

Den traumatiska kris som föräldrarna kan uppleva, kan enligt Tessier et al. (1998) motverkas av kängurumetoden. Föräldrarna upplever att kängurumetoden ger en speciell känsla av närhet till sin nyfödde (Furman & Kennell, 2000). Dem tycker att metoden är ett mysigt sätt att komma sitt barn närmare och lära känna det bättre. Genom att få se, hålla och röra sitt barn upplevde föräldrarna barnet mer verkligt. Föräldrarna i en studie av Roller (2005) tycker att kängurumetoden är en varm, rogivande, positiv "anknytningsupplevelse". Även föräldrarna i studien av Furman och Kennell (2000) beskriver att de upplever en starkare anknytning till sitt nyfödda barn genom kängurumetoden. Detta styrks ytterligare i en studie av DiMenna (2006) där föräldrarna

menar att kängurumetoden ger dem lugn och minimerar stresskänslor vilket förbättrar anknytningen vilket också gör att de känner sig mer fästa vid sitt barn.

I studien av Roller (2005) tycker föräldrarna att det känns fantastiskt och underbart när dem håller sitt barn i känguruposition och ser att det blir mer tillfreds. Närheten till barnet upplevs som betydelsefull och det känns som en viktig uppgift att vara hos barnet.

“I felt so close to her. She’s my first baby. Kangarooing helped me get more attached to her and just putting her on my skin and just feeling her..... I think she’s knowing me, she’s feeling me, and, you know, i just think she can tell the difference.... I just think she knows that i’m her mother.... I think she can feel the difference” (Roller, 2005, s. 215).

Forskning visar även att vissa föräldrar känner sig rädda och obekväma när de ska ha sitt barn i känguruposition. Två föräldrar i en studie av Furman och Kennell (2000) uppger att deras första upplevelse av att utföra kängurumetoden kändes obekväma, men att dessa känslor försvann mer och mer för var gång som kängurumetoden genomfördes. I studien av Dodd (2005) säger föräldrar till intuberade barn att de upplever en ambivalens mellan en längtan att hålla sin nyfödda samtidigt som man är rädd att skada sitt barn. Oavsett deras rädsla känner de ändå en speciell samhörighet till sin nyfödda, demonstrerar vårdande aktiviteter och starka beskyddande instinkter skapas genom kängurumetoden.

När föräldrar utför kängurumetoden menar dem att de blir mer benägna att kunna acceptera sina förluster av den normala graviditeten och förlossningen. De har lättare för att kunna prata om både sina negativa och positiva känslor (Furman & Kennell, 2000). Föräldrarna beskriver kängurumetoden som ett bra sätt att återhämta sig genom den närhet de får av sitt barn (Tessier et al. 1998).

Att uppleva att föräldrarollen blir tryggare

Den traumatiska kris som många föräldrar upplever kan motverkas med kängurumetoden. Föräldrarna beskriver en känsla om att bättre kunna uppfatta och svara på sitt barns signaler vilket stärker den egna känslan av kompetens (Tessier et al. 1998). Föräldrarna i studier av Dodd (2005) och DiMenna (2006) beskriver också dem att kängurumetoden ökar deras självförtroende och kompetens när förmågan att uppfatta och svara på barnets signaler förbättras. De upplever också kängurumetoden som ett stöd för att kunna återhämta sig i den kris de genomgår (Tessier et al. 1998). Detta skapar en trygghet för föräldrarna som då känner sig mer självsäkra på sin föräldraroll (Dodd, 2005).

Föräldrar upplever även att kängurumetoden ger dem mer tid tillsammans för att lära känna varandra. Detta bidrar till känslor av lugn, ro och glädje samtidigt som känslan av att vara en familj infinner sig. Tryggheten som skapas gör att föräldrarna inte känner lika stor oro över att ta hem och vårda sitt barn (Furman & Kennell, 2000). Föräldrarna tycker också att kängurumetoden uppmuntrar till direkt kontakt och ett samspel med sitt sjuka barn. Detta leder till att de känner sig fortare mogna för att kunna ta hand om sitt

barn och bli utskrivna (DiMenna, 2006). Vissa föräldrar beskriver kängurumetoden som en upplevelse av att vara i en kokong tillsammans med barnet (Dabrowski, 2007).

”It was wonderful. Yeah it was a wonderful experience, ‘cause i never thought that being premie and all that i’d be able to hold him so quickly...and being able to hold him so close it was great” (Roller, 2005, s. 215).

Att få hålla i barnet och lära känna det upplevs av föräldrarna som en känsla av ödmjukhet och respekt för barnet vilket stärker känslan av föräldraskapet (Dabrowski, 2007).

Att uppleva att amningen går lättare

Kvinnor i studien av Lupton och Fenwick (2001) säger att det känns väldigt svårt att inte kunna amma sitt barn och vara med det direkt efter förlossningen. Den tidiga kontakten skapar grunden för den viktiga anknytningen och amningen då prematura som placeras i känguruposition utvecklar ett speciellt lugn (Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Nissen, & Uvnäs-Moberg, 2001). I studierna av DiMenna (2006) och Dabrowski (2007) visas det att risken med att misslyckas med amningen minskar markant då kängurumetoden används. Kängurumetoden underlättar för barnet att lära sig hitta bröstet och suga (Dabrowski, 2007) och mamman upplever det lättare att amma när barnet är så nära bröstet. Mammor uppger också i studien av DiMenna (2006) att de känner sig mer tillräckliga när amningen fungerar.

”Everytime I breastfed him I was holding him skin-to-skin...to hold him close and have him on your skin you know where it’s like you can listen to him breathing, you can feel his heartbeat against yours and when he starts breathing you breathe...It was a nice way to just get to know eachother and have the time together”(Roller, 2005, s. .215).

I samband med amningen stimuleras oxytocin av barnets närhet, de massageliknande handrörelserna barnet utför på bröstet samt dess sugteknik av bröstet (Matthiesen et al. 2001). Dessa stimuli ökar både mammans nivåer av oxytocin och hennes mjölkproduktion. När nivåerna av oxytocin ökar sjunker vissa stressymtom hos mamman vilket ger ett större välbefinnande och en känsla av lugn och ro (Uvnäs-Moberg & Peterson, 2005).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att göra en litteraturstudie eftersom vi ville sammanställa redan framtagna forskningsresultat om hur kängurumetoden påverkar det prematura barnets välbefinnande samt hur det upplevs av föräldrarna att hålla sitt barn i känguruposition. Från början hade vi tänkt studera kängurumetodens påverkan på det prematura barnets välbefinnande kvalitativt. Detta blev dock för svårt då upplevelser hos så här små barn

inte går att få fram med en kvalitativ ansats. Vi bestämde oss då för att studera kängurumetodens påverkan på barnet med hjälp av en kvantitativ ansats istället där det mätbara får tolkas som deras upplevelser. När till exempel hjärtfrekvensen sjunker och stabiliseras tolkas detta som att barnet upplever ett välbefinnande. Naturligtvis finns det en problematik kring hur vi tolkar och omvandlar det mätbara till upplevelser eftersom vi har valt att inte presentera de kvantitativa resultaten genom siffror, tabeller och diagram.

Vi valde också att studera föräldrarnas upplevelser av att hålla sitt barn i känguruposition. Eftersom föräldrar inte alls är förberedda på att ta emot sitt barn när det föds för tidigt kan upplevelsen bli traumatisk. Detta förstärks ytterligare av att barnet efter förlossningen förs till neonatalavdelningen och tas omhand av vårdpersonalen. Det här gör det svårare för föräldrarna att knyta an till barnet och uppleva en trygghet i sin föräldraroll. Vi tror att detta kan underlättas med kängurumetoden då den ger närhet och förstärker anknytningen mellan barn och förälder. Vi valde därför att försöka studera dessa fenomen genom att undersöka vilka upplevelser föräldrarna har av att hålla sitt barn i känguruposition.

Sökningarna vi gjorde i de olika databaserna med sökorden i olika kombinationer resulterade i väldigt många träffar. När vi försökte nå ett mer begränsat antal träffar genom att kombinera flera sökord med varandra blev antalet träffar något mindre men artiklarna stämde sällan överens med vårt syfte. Detta gjorde att vi sekundärsökte från referenslistorna i de artiklar som passade vårt syfte. Vi valde enbart de artiklar där de prematura barnen fortfarande vårdades på neonatalavdelningen och artiklarna skulle inte vara äldre än tio år.

De 19 artiklar som vi har analyserat kommer från Australien, Israel, Tyskland, USA och Sverige. Vi fann tre artiklar som var från Sverige, de handlade mest om oxytocin- och kortisolnivåerna i blodet. En orsak till detta kan vara att vi inte har använt sökorden i korrekta kombinationer. Det kan också orsakas av att det inte bedrivs mycket forskning här i Sverige kring hur kängurumetoden påverkar det prematura barnet och föräldrarnas upplevelser av den. I vår analys av artiklarna har vi inte tittat alls på sociala eller kulturella skillnader dem emellan. Detta beror på att vårt syfte enbart var att beskriva hur kängurumetoden påverkar de prematura barnens välbefinnande och föräldrarnas upplevelser av att hålla sina barn i känguruposition. En svaghet med det här kan vara att både kängurumetodens påverkan på barnet och upplevelserna hos föräldrarna kanske ändå skiljer sig ifrån varandra. Detta är då relaterat till de sociala och kulturella skillnader som ändå finns i vår värld. En annan svaghet som vi fann med våra artiklar var att dem flesta speglade mödrarnas perspektiv och inte ett föräldraperspektiv vilket vårt syfte var att beskriva.

Av de 19 artiklar vi analyserade speglade sex stycken det prematura barnets perspektiv. Sju artiklar riktade sig enbart mot mödrarnas perspektiv medan tre artiklar riktades mot ett föräldraperspektiv. Sammanställningen av resultatet blev svårt när de flesta artiklarna var skrivna utifrån mödrarnas perspektiv. Detta har resulterat i att vi analyserat och beskrivit alla artiklarna ur ett föräldraperspektiv. Detta gäller dock inte temat om amningen där analysen till största delen rör enbart mödrar av biologiska anledningar. Här kommer pappan in när barnet inte ammas av olika anledningar. För att

få upplevelserna beskrivna under lämpliga teman fick läsa och sortera om innehållet flera gånger och försöka sammanställa de som stämde överens med varandra. Det här var svårt då våra teman både liknade varandra och var tätt sammankopplade. När det gäller sammanställningen av de prematura barnens välbefinnande var det enklare att hitta olika teman men vissa av dem innehåller dock inte så mycket som vi hade önskat.

Resultatdiskussion

I vår studie har vi kommit fram till att kängurumetoden är en bra omvårdnadsåtgärd. Det vi funnit mest positivt är att den gynnar anknytningen och ger närhet mellan de prematura barnen och dess föräldrar. Enligt Kleberg et al. (1995) stöds föräldrarna i kontakten med barnet på ett oöverträffat sätt med hjälp av kängurumetoden.

Att bli föräldrar till ett prematurt barn väcker många känslor och funderingar. Rädslan över att förlora sitt barn, att inte få vara nära sitt barn, att inte få hålla sitt barn och samtidigt kastas mellan hopp och förtvivlan kan upplevas som ett existentiellt hot. Detta menar även föräldrarna i studien av Lupton och Fenwick (2001). Enligt Wiklund (2003) kan känslan av att ha tappat kontrollen över den livssituation man befinner sig i orsaka ett livslidande. Vi tror att lidandet föräldrarna upplever kan vara en känsla av sårbarhet då barnets hälsa snabbt kan försämrats, att de inte får hålla sitt barn eller vara nära varandra. Enligt Wiklund (2003) är det ändå fullt möjligt i ett lidande att känna välbefinnande. I vår studie framkommer det att föräldrarna upplever ett välbefinnande av kängurumetoden och även om den kanske inte alltid kan påverka barnet positivt med tydliga förbättringar i de fysiologiska värdena så upplever föräldrarna kängurumetoden som positiv, den för dem närmre sitt barn och underlättar anknytningen till barnet. Föräldrarna i studien av Furman och Kenell (2000) beskriver att de upplever att anknytningen blir förstärkt till barnet vilket påvisas i vårt resultat. Den närhet som föräldrarna upplever av att hålla sitt barn i känguruposition väcker även känslor av att de har en viktig uppgift när det gäller barnet. När föräldrarna mår bra så mår också barnet bra.

Eftersom många föräldrar känner sig olustiga av den miljö de befinner sig i på neonatalavdelningen kan detta påverka anknytningen negativt. Det kan vara svårt för dem att förstå att barnet i kuvösen är deras. Förr trodde man att anknytningen mellan föräldrar och barn inte var så viktigt, istället ansågs det att den påverkade barnet negativt. Därför minimerade man alla vårdande handlingar och ömma beröringar av det prematura barnet. Idag vet man att stora relationssvårigheter kan uppstå om barn och föräldrar blir separerade från varandra. Broberg et al. (2006) skriver att detta kan yttra sig genom att barnet får inlärningssvårigheter, störda relationer och aggressivitet. Vi tror att det är väldigt viktigt med närhet och beröring mellan föräldrar och barn vilket dem kan uppleva med kängurumetoden. Att även lära föräldrarna hur de ska tolka de svaga signaler som det prematura barnet uppvisar kan stärka deras föräldraroll. I vårt resultat beskriver föräldrarna i studier gjorda av Dodd (2005) och DiMenna (2006) att när förmågan att svara på barnets signaler förbättras, känner de sig också tryggare i sin föräldraroll. Sjuksköterskor bör hela tiden uppmuntra och stödja föräldrarna att använda kängurumetoden så mycket som möjligt. Vi tycker också att det är ett bra sätt för föräldrarna att våga ta i sitt sjuka barn eftersom många är rädda för att komma det nära.

Då det är vanligt att föräldrar är rädda för att ta hand om sina prematura barn är det viktigt att sjuksköterskan stöttar och hjälper föräldrarna att vara delaktiga i omvårdnaden. Det är viktigt att sjuksköterskan tänker på att det som är en del av hennes arbete kan upplevas som något helt nytt och skrämmande för föräldrarna. Målet bör vara att föräldrarna ska känna sig delaktiga i omvårdnaden och som en i teamet med en strävan att göra det som är bäst för barnet. Det är viktigt för föräldrarna att få vara själva med sitt barn, att vårda det på egen hand och få känslan av att det är deras barn trots den miljö de befinner sig i. I studien av Furman och Kenell (2000) menar föräldrarna att känslan av att vara en familj infinner sig. Detta ger lugn och ro vilket skapar en trygghet i deras föräldraroll. Ett sätt att skapa denna trygghet och låta föräldrarna vara delaktiga i omvårdnaden kan vara genom att introducera kängurumetoden då den kan öka samhörigheten mellan föräldrar och barn. Det är väldigt viktigt att sjuksköterskan får den utbildning som behövs för att kunna undervisa föräldrarna om kängurumetoden och dess betydelse. Samtidigt är det viktigt att sjuksköterskan håller sig ajour med ny forskning inom området eftersom det forskas mer och mer.

Vår studie visar även att kängurumetoden stimulerar till förbättrad amning. Amningen kommer igång fortare när barnet befinner sig i känguruposition då det kan börja bekanta sig med bröstet. Detta bekräftas även i studier gjorda av DiMenna (2006) och Dabrowski (2007) som studerat mödrarnas upplevelser av amningen och hur den lyckas. Även om inte alla barn är tillräckligt mogna för att kunna ammas är kängurumetoden ändå en inledning till amningen. När barnet läggs vid bröstet kan de slicka, smaka och lukta. Enligt Kleberg et al. (1995) kan barnet fatta tag och suga i korta perioder redan första gången vid bröstet om barnet ges bra stöd och tillräckligt med tid. Här kan sjuksköterskan och annan vårdpersonal stötta mamman till att försöka få i gång bröstmjölken och fortsätta hålla produktionen vid liv med hjälp av både barnets stimuli och en bröstpump. Detta kan vara enormt påfrestande för mamman då det finns så mycket oro runt omkring. Det kan också ibland vara så att amningen inte fungerar vilket inte alls är ovanligt. Ibland kan barnet vara för omoget, mamman kan vara sjuk eller inte få igång någon mjölkproduktion. Det är även vanligt att vissa kvinnor väljer att inte amma sina barn av olika anledningar och detta är givetvis mammans eget beslut. Kängurumetoden bör användas oavsett om barnet ammas eller inte då den är precis lika bra vare sig barnet sondmatas eller flaskmatas. I dessa matsituationer kan mamman och pappan dela upp sinsemellan sig vem som ska hålla barnet i känguruposition. Kleberg et al. (1995) menar att det är viktigt att sjuksköterskan talar om kängurumetodens positiva egenskaper i olika matsituationer, exempelvis vid sondmatning då föräldrarna kan ge barnet en napp eller sitt egna finger att suga på vilket leder till att matsmältningen stimuleras.

Mycket forskning om kängurumetoden har varit att ta reda på säkerheten genom att använda sig av fysiologisk data på barnet. Det vi presenterar i vårt resultat som påverkar barnens stressnivåer är syremättnad, temperatur, smärta, hjärt- och andningsfrekvens. I vår studie har vi inte har funnit några större ökningarna av olika fysiologiska värden när de prematura barnen hålls i känguruposition. Detta framkommer även i vårt resultat där studien gjord av Bohnhorst et al. (2001) endast fann små ökningarna i de fysiologiska värdena när man jämförde barn som hölls i känguruposition mot dem som inte burits. Vi tror att de små ökningarna som kan ses ibland troligen

beror på att det prematura barnet är omoget rent fysiologiskt och inte kan reglera vissa funktioner. Mörelius et al. (2005) menar att när barnets nivåer av kortisol likväl kan öka som sjunka så beror det troligtvis på att det prematura barnet inte kan kontrollera sin hormonbalans ännu. Denna slutsats baserar dem på att barnet för övrigt uppvisar positiva värden när det hålls i känguruposition som till exempel en minskad hjärt- och andningsfrekvens. Detta bekräftas också i vårt resultat av Bergman et al. (2004) som fann att prematura barn som hölls i känguruposition stabiliserades mycket bättre i till exempel hjärtfrekvensen jämfört mot barn i olika kontrollgrupper.

Vi tycker att man tydligt kan se att kängurumetoden är en bra omvårdnadsåtgärd som kan stabilisera bland annat det prematura barnets temperaturreglering, hjärt- och andningsfrekvens samt förstärka anknytningen till föräldrarna. I en studie gjord av Dr Nils Bergman framkommer samma slutsats. Han fann att barn i känguruposition mådde bättre jämfört mot barn som låg i kuvös. Barnen i känguruposition hade en högre temperatur, var lugnare och uppvisade en stabilare hjärt- och andningsfrekvens. Det som var mest överraskande av hans fynd var att ju mindre barnet vägde, ned till 1200 gram desto stabilare blev barnet i känguruposition och mer ostabil av att ligga i kuvösen (Kangaroo Mother Care Promotions, 2005).

I långsiktiga studier där man ser till barnets sönmönster och förbättrade amningsförutsättningar, som i sin tur påverkar bland annat anknytningen och minskar infektionsrisken, ser man positiva resultat av att använda kängurumetoden. Dock menar Field, Hernandez-Reif och Freedman (2004) att uppföljande studier som gjorts enbart varit inriktad på positiva resultat. Stjernqvist (1999) menar att långsiktiga studier som gjorts på äldre prematura barn i skolåldern har visat att det är vanligt med inlärningssvårigheter, motoriska problem och olika kroniska hälsoproblem. Dessa associeras bland annat med hjärnans tillväxt under den första levnadstiden och cirkulationsrubbingar. Trots den dyra neonatalvård som finns idag kan man inte motverka dessa skador. Vid sidan om den dyra neonatalvården menar Field et al. (2004) att även andra negativa sidor har setts i form av utvecklingsförseningar och beteendeproblem. Vi tror att det finns en möjlighet att kängurumetoden kan motverka en del av de skador som kan uppstå som till exempel aggressivitet, synnedbjudning samt luftvägsinfektioner och andningsbesvär som påminner om astma. Dessa skador uppstår bland annat som en påföljd av separation mellan barn och föräldrar, otillräcklig cirkulation och syrgasbehandling. Vi tror att kängurumetoden skulle kunna minska de tekniska och medicinska åtgärderna som finns idag genom att de kanske inte behöver användas lika mycket om barnet befinner sig i känguruposition. Vi grundar detta på att vi tycker att det framkommer i vår studie att kängurumetoden är ett effektivt sätt att tillgodose prematura barns behov av minskad stress, förbättrad sömn och förbättrad temperaturreglering. Detta bekräftas även av Dodd (2005) som i sin studie bland annat visar att den stabiliserar hjärt- och andningsfrekvensen och kan fungera som ett komplement till de rent medicinska och tekniska åtgärderna. Den tyder också på en förstärkt anknytning mellan barn och föräldrar vilket skapar trygghet och kärlek.

När vi gick igenom det material som vi hittat såg vi att enbart pappans upplevelser av att utföra kängurumetoden sällan studerades. Vi tycker det är viktigt att sådana studier genomförs då pappan idag är lika delaktig i omvårdnaden av sitt barn som mamman. Vi känner att det är viktigt att forska vidare om kängurumetodens påverkan på det

prematura barnets välbefinnande då det finns så få studier om detta. Även mer forskning behövs inom andra alternativa omvårdnadsåtgärder som bland annat NIDCAP, massage och taktil beröring då det är viktigt att man ser till den individuella variationen hos dessa barn eftersom alla är olika mogna. Vi känner att mer forskning skulle kunna ge en större bredd i omvårdnaden av dessa barn då vi kan anpassa den mer utefter individen. En mer individanpassad vård tror vi kan förkorta sjukhustiden och minska kostnaderna eftersom det som passar en passar inte alla.

Förhoppningsvis bidrar vårt arbete till att sjuksköterskor får en ökad medvetenhet om vikten av kängurumetoden som i sin tur kan ge positiva effekter för barn och föräldrar i form av ett ökat fysiskt och psykiskt välbefinnande.

REFERENSER

- Bauer, K., Uhrig, C., Sperling, P., Pasel, K., Wieland, C., & Versmold, H. T. (1997). Body temperature and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable infants weighing less than 1500 grams. *Journal of Pediatrics*, 130, 240-244.
- Bergman, N. J., Linley, L. L., & Fawcus, S. R. (2004). Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2119- gram newborns. *Acta Paediatrica*, 93(6), 779-785.
- Bohnhorst, B., Heyne, T., Peter, C.S., & Poets, C.F. (2001). Skin to skin (kangaroo) care, respiratory control and thermoregulation. *Journal of Pediatrics*, 138(2).
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm-Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära och känslomässiga relationer*. Falköping: Natur och kultur.
- Broden, B. M. (1989). *Mor och barn i ingemansland*. Stockholm: Norstedts förlag AB.
- Browne, J. V. (2003). New perspectives on premature infants and their parents (s. 4-12). *Zero to three*, (2003, november).
- Dabrowski, G. A. (2007). Skin to skin contact. Giving birth back to mothers and babies. *Nursing for women's health*, 11(1), 64-71.
- Davis, L., Mohay, H., & Edwards, H. (2003). Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 578-586.
- DiMenna, L. (2006). Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care protocol. *Neonatal Network*, 25(6), 405-411.
- Dodd, V. L. (2005). Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(2), 218-228.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1), 16-26.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., & Freedman, J. (2004). *Stimulation programs for preterm infants*. Hämtad 2007-03-20 från <http://www.sved.org/spr.html>.
- Friberg, F. (red.). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Borås: Studentlitteratur.

- Furman, L., & Kenell, J. (2000). Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. *Acta Paediatrica*, 89, 1280-1283.
- Hedberg-Nyqvist, K. (1990). *Barnet som kom för tidigt*. Stockholm: Liber.
- Hedberg-Nyqvist, K. (2006). *Kängurumetoden*. Hämtad 2007-04-03 från <http://www.akademiska.se/upload/32488/KMC%20%20practical%20guide.pdf>
- Kangaroo Mother Care Promotions, (2005). What is KMC: How it works. Hämtad 2007-04-03 från <http://www.kangaroomothercare.com/whatis02.htm>.
- Kleberg, A., Hedberg-Nyqvist, K., Stjernqvist, K., & Westrup, B. (1992). *Utvecklingsanpassad neonatalvård*. Falun och Uppsala: Klemmed HB.
- Laine, C., & Sima, J. (2006). *Affektreglerande förmåga hos mammor till prematura riskbarn*. Stockholms universitet, psykologiska institutionen, Stockholm.
- Leach, P. (1977). *Barn de första fem åren*. Stockholm: BonnierFakta Bokförlag AB.
- Ludington-Hoe, S. M., et al. (2006). Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: Preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*, 117, 909-923.
- Ludington-Hoe, S. M., Nguyen, N., Swinth, J., & Satyshur, R. (2000). Kangaroo Care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. *Biologic Research for Nursing*, 2, 60-73.
- Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). They've forgotten that I'm the mum: constructing motherhood in special care nurseries. *Social Science and Medicine*, 53, 1011-1021.
- Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Nissen, E., & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28(1), 13-19.
- McCain, G. C., Ludington-Hoe, S. M., Swinth, J. Y., & Hadeed, A. J. (2005). Heart rate variability responses of a preterm infant to kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(6), 689-694.
- Murphy, K. M. (1990). Interactional styles of parents following the birth of a high-risk infant. *Journal of Pediatric Nursing*, 5(1), 33-41.
- Mörelis, E-L., Theodorsson, E., & Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116, 1105-1113.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar-med stöd av IT och internet*. Lund: Studentlitteratur.

- Phillips, S. J., & Tooley, G. A. (2005). Improving child and family outcomes following complicated births requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship Therapy, 20*(4), 431-442.
- Roller, G. C. (2005). Getting to know you: Mothers' experiences of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 34*(2), 210-217.
- Saugstad, O. D. (1999). *När barnet föds för tidigt*. Norge: Luther forlag.
- Sjöström, L., Hägglöf, B., & Engstöm, B. (2002). Anknätningsproblem mellan föräldrar och barn. Intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal samt socialarbetare. *Vård i Norden, 3*, 39-44.
- Stjernqvist, K. (1992). *Extremely low birth weight infants. Development, behaviour and impact on the family* (akad. avh.). Lunds universitet, institutionen för tillämpad psykologi, Lund.
- Stjernqvist, K. (1996). The birth of an extremely low birth weight infant (ELBW) < 901 g: impact on the family after 1 and 4 years. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14*, 243-264.
- Stjernqvist, K. (1999). *Född för tidigt. Hur går det sedan?*. Lund: Natur och kultur.
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Girón, M., Ruiz-Palaéz, J. G., Charpak, Y., & Charpak, N. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics, 102*(2), 17-24.
- Uvnäs-Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring*. Stockholm: Natur och kultur
- Uvnäs_Moberg, K., & Petersson, M. (2005). Oxytocin, a mediator of anti-stress. well-being, social interaction, growth and healing. *Zeitschrift für psychosomatische medizin und psychotherapie, 51*(1), 57-80.
- Vårdguiden. (2007). *Den nya rollen som förälder*. Hämtad 2007-04-11 från <http://vardguiden.se/Article.asp?c=2509>
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Lund: Natur och kultur.
- Winnicott, D. W. (1987). *Babies and their mothers*. Massachusetts: Addison-Wesley publishing company, inc.