

Denne artikkelen finnes også i engelsk utgave. Publiserings dato: 03.08.2017

Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn

Når sykepleiere møter foreldre til et nyfødt, sykt barn, er det avgjørende å se den enkelte forelderen og etablere en relasjon basert på empati.

FORFATTERE

Karen Moe
Spesialsykepleier
Sørlandet Sykehus HF

Anne Valen-Sendstad Skisland
Førstelektor
Universitetet i Agder

Ulrika Söderhamn
Professor
Universitetet i Agder

NØKKELORD

Deskriptiv fenomenologi, Empati, Foreldre?sykepleierrelasjon, Kommunikasjon, Nyfødt

SAMMENDRAG

Bakgrunn: For mange foreldre er det stressende å oppleve at det nyfødte barnet deres innlegges på neonatalavdeling. Sykepleiere som møter foreldrene, trenger kunnskap om kommunikasjon og relasjonskompetanse for å gi støtte i henhold til foreldrenes erfaringer og behov.

Hensikt: Å beskrive sykepleieres erfaringer med hva som er viktig i møtet og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn.

Metode: Studien har en kvalitativ design med fenomenologisk tilnærming, som innebærer en nøyaktig beskrivelse av informantenes opplevelse av et fenomen. Vi gjennomførte individuelle intervjuer med fem sykepleiere fra en neonatalavdeling. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en deskriptiv fenomenologisk forskningsmetode.

Resultat: I møtet med foreldrene beskrev informantene det som avgjørende å etablere en relasjon basert på empati, der den enkelte forelderen ble sett, der det ble gitt rom for gjensidig informasjonsutveksling, og der foreldrenes opplevelse av mestring ble fremmet. Når disse aspektene var til stede, opplevde informantene at det ble et godt møte og en god samtale. Uten disse aspektene ble møtene og samtalen beskrevet som mindre vellykkete.

Konklusjon: Resultatene understreker at sykepleiere har ansvar for å etablere en

empatisk relasjon og møte hver enkelt forelder der de er i prosessen for å hjelpe dem å mestre den sårbare livssituasjonen de befinner seg i.

Når et nyfødt barn legges inn på neonatalavdeling, føles det skremmende for de fleste foreldre. Foreldre reagerer ulikt, men et fellestrekk er at mange opplever angst, makteløshet, tap av kontroll, skyld og skam (1). Foreldrenes reaksjoner samsvarer ikke nødvendigvis med alvorlighetsgraden av barnets diagnose (2). Stress, engstelse og ubearbeidet sorg kan bli et hinder for tilknytning og for et naturlig foreldre–barnsamspill (3).

For å forebygge at ikke foreldrenes emosjonelle påkjenning blir en vedvarende belastning, og for å fremme tilknytning mellom foreldre og barn er relasjonskompetanse og gode metoder for kommunikasjon og informasjonsformidling en nødvendig del av sykepleierens kompetanse. Relasjonskompetanse er ferdigheter, evner, kunnskaper og holdninger som etablerer, utvikler og reparerer relasjoner mellom mennesker (4).

KOMMUNIKASJONSVERKTØY

Mye tyder på at kommunikasjonsverktøy basert på empati, eksempelvis Empatisk Kommunikasjon, fremmer sykepleieres ferdigheter og trygghet i å samtale med foreldre (5, 6). Empatisk Kommunikasjon er utarbeidet av Lisbeth Holter Brudal og er en trinnvis oppbygging av en dialog. Metoden er en prosess der sykepleieren innstiller seg på foreldrene og forsøker å oppfatte foreldrenes indre liv. Sentrale elementer i metoden er foreldrenes fortelling og psykiske virkelighet samt deres behov for eksistensiell bekreftelse.

Empatisk Kommunikasjon som verktøy har en overordnet helsefremmende målsetting og baserer seg blant annet på Aron Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng. Målet er at foreldrene oppnår en opplevelse av sammenheng som er preget av forståelse, mestring og mening (6).

ÅPEN KOMMUNIKASJON I FAMILIESENTRERT OMSORG

Kommunikasjon er også et vesentlig aspekt i den familiesentrerte omsorgen. Familiesentrert omsorg er anerkjent som en grunnleggende tilgang til omsorg for familier med syke barn. Det sentrale er familiens berettigelse i omsorgen, foreldrenes evner og følelsesmessige velvære. Foreldrenes oppfattelse av tilbudets effektivitet og av seg selv som barnets viktigste omsorgsperson, er andre viktige momenter i den familiesentrerte omsorgen (7, 8)

Kommunikasjon mellom sykepleiere og foreldre i en neonatalavdeling gir spesielle utfordringer på grunn av den stressete situasjonen foreldrene befinner seg i. Et annet moment som gir utfordringer, er kompleksiteten i det høyteknologiske miljøet som kjennetegner avdelingen (9). Åpen kommunikasjon er et fundamentalt prinsipp for å lykkes med familiesentret omsorg. Åpen kommunikasjon er en utfordring å få til (10), og forskning viser at det er behov for å fremme kommunikasjonen mellom sykepleiere og foreldre (9, 11, 12).

«Kommunikasjon mellom sykepleiere og foreldre i en neonatalavdeling gir spesielle utfordringer på grunn av den stressete situasjonen foreldrene befinner seg i.»

Det finnes kvalitativ forskning, både nasjonal og internasjonal, knyttet til mødres og fedres opplevelser med og erfaringer fra oppholdet på neonatalavdeling (13, 14). Det finnes studier om sykepleieres og foreldres erfaringer av relasjonen i samarbeidet (15, 16) og betydningen

av en støttende relasjon (17). Vi har imidlertid ikke funnet fenomenologiske studier som fokuserer på sykepleieres egne beskrivelser av hva som er viktig i møtene og samtalene med foreldre til et nyfødt, sykt barn som er innlagt på neonatalavdeling.

Fenomenologisk tilnærming er hensiktsmessig når man ønsker å forstå menneskers individuelle opplevelser som ikke kan måles eller forstås gjennom kausale sammenhenger. Formålet er å utvikle kunnskap om menneskers erfaringer innen et bestemt felt (18). Hensikten med studien vår var å beskrive en gruppe sykepleieres erfaringer med hva som er viktig i møtet og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn. Problemstillingen i studien var følgende:

«Hva beskriver sykepleiere som viktig i møtet og samtalen med foreldre til et nyfødt, sykt barn?»

METODE

DESIGN

Studien har en kvalitativ design med fenomenologisk tilnærming. Vi innhentet data gjennom individuelle intervjuer. Ifølge fenomenologisk filosofi er vår bevissthet alltid rettet mot noe. Dette gjør at vi opplever ulike fenomener ut ifra hvordan de presenterer seg for oss. Når man bruker en deskriptiv fenomenologisk forskningsmetode, er man interessert i nøyaktige beskrivelser av hvordan en person opplever et fenomen. Her er den fenomenologiske reduksjonen en viktig forutsetning. Man må da sette forhåndskunnskap om fenomenet som studeres, i parentes for å nå frem til en fordomsfri beskrivelse. Det forutsetter at forskeren beskriver informantenes opplevelser uten å tolke dem ut ifra egne opplevelser (18).

UTVALG

Inklusjonskriteriene for å kunne delta i studien var å være spesialsykepleier i barnesykepleie eller sykepleier med minimum to års erfaring fra neonatalavdeling. Rekrutteringsprosessen foregikk fra september til november 2013 på en neonatalavdeling i Sørøst-Norge. Fem kvinnelige sykepleiere i tretti- til femtiårsalderen meldte sin interesse for å delta, og alle ble inkludert. Fire av dem hadde videreutdanning i barnesykepleie.

DATAINNSAMLING

Vi gjennomførte individuelle intervjuer høsten 2013 på informantenes arbeidsplass. Informantene fikk to åpne spørsmål:

- Kan du beskrive så detaljert som mulig et møte der du opplevde å få til en god samtale med foreldre som har fått et nyfødt, sykt barn?
- Kan du beskrive et møte der du ikke lyktes like godt?

For å få så rike beskrivelser som mulig stilte vi oppfølgende spørsmål som for eksempel «Har du lyst til å fortelle mer om det?», «Kan du begrunne det?» og «Hva tenkte du da?». Intervjuene varte inntil 47 minutter. Vi benyttet lydopptaker og transkriberte datamaterialet ordrett kort tid etter hvert intervju.

ANALYSE

Vi utførte analyseprosessen etter de fire trinnene i Giorgis (18) deskriptive fenomenologiske forskningsmetode. Intervjuteksten ble lest flere ganger med en fenomenologisk reduksjon for å få et helhetsinntrykk. Vi identifiserte meningsenheter der det var et naturlig skille i innhold for å gjøre datamaterialet mer håndterbart for videre analyse. Hverdagsspråket i meningsenhetene ble transformert til et sykepleievitenskapelig språk. Vi gjennomførte transformeringen av teksten ved hjelp av imaginære variasjoner, det vil si at man prøver seg frem for å få en så eksakt beskrivelse av meningsenhetene som mulig med et korrekt,

vitenskapelig språk.

Ifølge Giorgi (18) innebærer imaginære variasjoner at et gitt fenomen varieres fritt i dets mulige former. Det som er konstant under de forskjellige variasjonene, er fenomenets vesen. Vi skrev også om teksten fra første til tredje person for å øke distansen til datamaterialet. Til slutt sammenfattet vi transformerte meningsenheter som svarte på problemstillingen, og relaterte dem til hverandre, det vil si at vi identifiserte fellestrekk for intervjuene. Disse fellestrekkene dannet den generelle strukturen av fenomenet. Tabell 1 viser et praktisk eksempel på analyseprosessen.

Tabell 1: Praktisk eksempel på analyseprosessen

Meningsenhet	Transformert til sykepleievitenskapelig språk og sammenfattet meningsenhet	Tema
At vi (sykepleiere) underbygger dem (foreldrene) og ikke gjør det vanskelig for dem, for det er ingen sak å gjøre det vanskelig for dem. Det er bare å dure i vei ..., å snakke over hodet på dem og dure i vei med vårt så har vi gitt dem et veldig dårlig utgangspunkt. Du må underbygge foreldrene altså og ikke ta det ovenfra.	Informant M beskrev at i møtet og samtalen med foreldre, så må sykepleiere ha fokus på foreldrene og være bevisste på ikke å snakke over hodet på dem. Likeså må sykepleiere støtte foreldrene og legge vekk holdningen om at det er de som sykepleiere som vet best.	Å etablere en relasjon basert på empati.

FORSKNINGSETIKK

Studien er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata. Vi fikk tillatelse til å gjennomføre studien av forsknings- og utviklingsenheten ved det aktuelle sykehuset. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og de ble informert om frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg. Dessuten innhentet vi skriftlig informert samtykke.

RESULTAT

GENERELL STRUKTUR

I møtet med foreldrene beskrev informantene det som avgjørende å etablere en relasjon basert på empati, der den enkelte forelderen ble sett, der det ble gitt rom for gjensidig informasjonsutveksling, og der foreldrenes opplevelse av mestring ble fremmet. Når disse aspektene var til stede, opplevde informantene at det ble et godt møte og en god samtale. Uten disse aspektene ble møtene og samtalen beskrevet som mindre vellykkete.

Å ETABLERE EN RELASJON BASERT PÅ EMPATI

Informantene la vekt på at relasjonsaspektet var sentralt i møtet med foreldrene. De opplevde at foreldrene satte pris på at de viste empati overfor dem. Det medførte at foreldrene våget å bli fortrolige i samtalen. For å etablere en empatisk relasjon poengterte informantene at sykepleiere må være oppmerksomme på foreldrene og legge vekk holdningen om at det er sykepleierne som vet best. De må også være bevisste på at de ikke snakker over hodet på foreldrene. De må vise forståelse for at foreldrene er i en vanskelig situasjon.

«Sykepleierne må også være bevisste på at de ikke snakker over hodet på foreldrene.»

Videre må de vite at krise- og stressreaksjoner kan gi ulike uttrykk, og at atskillelsen fra barnet ofte er svært utfordrende. Disse momentene gjaldt ikke minst da foreldrene opplevde krise ved tilstander som informantene betraktet som enkle, og som de visste ville

gå bra. Informantene fremhevet dessuten at en empatisk relasjon førte til at de som sykepleiere ikke hadde urealistiske forventninger til foreldrene, og at de ikke så på dem som vanskelige. Hvis ikke denne forståelsen var til stede, kunne det påvirke relasjonen negativt. Det å gi aksept og være åpne og tolerante for forskjellige reaksjoner hos foreldrene, ble poengtert som viktig for å etablere en relasjon basert på empati.

Å SE DEN ENKELTE FORELDER

Et annet viktig aspekt i møtet og samtalene med foreldrene var å gi dem følelsen av å bli sett, for eksempel ved å vise at de brydde seg om barnet deres og det som var spesielt for deres barn. Informantene beskrev det som sentralt å se og møte foreldrene der de var i prosessen ettersom foreldre er forskjellige med ulike behov som endrer seg i løpet av perioden på sykehus. For å kunne se og møte den enkelte forelder er det en forutsetning å ha mulighet til å kunne fokusere fullt på foreldrene. Det kunne være en utfordring for sykepleierne å være oppmerksomme på foreldrene når de måtte konsentrere seg om flere arbeidsoppgaver samtidig. Det kunne for eksempel være andre gjøremål som måtte prioriteres fremfor det syke barnet eller andre akutte hendelser.

«Informantene beskrev det som sentralt å se og møte foreldrene der de var i prosessen.»

Andre eksempler som stjal oppmerksomheten, var når sykepleierne hadde ansvaret for flere barn og foreldre eller de hadde ulike prosedyrer eller dokumentasjon å forholde seg til. For å kunne fokusere helt på møtet var det av og til behov for en annen setting enn å stå ved kuvøsen eller barnets seng inne i avdelingen. Informantene sa at det var viktig å ta foreldrene ut fra avdelingen, for eksempel til et egnet rom med gode stoler å sitte i, for å kunne få til møter der de så den enkelte forelder.

Å GI ROM FOR GJENSIDIG INFORMASJONSUTVEKSLING

Informantene mente at det var avgjørende å åpne opp for gjensidig informasjonsutveksling for å kunne tilpasse informasjonen etter den enkeltes forutsetning og behov og gi forståelse for barnets situasjon i samtalene med foreldrene. Informantene ønsket å informere foreldrene fra deres første møte med avdelingen og underveis frem til utskrivelse i takt med barnets situasjon og utvikling.

De informerte om barnets behov for å ha foreldrene hos seg på sykehuset, og hva de mente var best for barnet. Informantene opplevde ofte at foreldrene ikke fikk med seg all informasjon som ble gitt. De så derfor viktigheten av å få rede på det som var av betydning for den enkelte for å kunne gi forklaringer som foreldrene forsto. For å fange opp det som var viktig for den enkelte, var det avgjørende å lytte aktivt og forsikre seg om at de hadde forstått foreldrene. Informantene ønsket å finne en balanse, slik at de kunne legge til rette for en best mulig totalsituasjon for hele familien.

Å FREMME MESTRING

Informantene beskrev at når barnet ble innlagt på neonatalavdeling, kom foreldrene inn i en ukjent verden som kunne føles uoversiktlig og u håndterbar. De beskrev det som viktig å tilby samtaler om foreldrenes opplevelser og erfaringer. De kunne for eksempel oppmuntre foreldrene til å fortelle sine historier og sine versjoner av det som hadde skjedd, og deretter stille oppfølgende spørsmål om hva de følte eller tenkte om det som kom frem. Informantene opplevde at dette kunne hjelpe foreldrene med å sette ord på hvordan de hadde det og hva de tenkte på.

I samtalen med foreldrene informerte, veiledet og diskuterte sykepleierne hvordan

foreldrene kunne ta del i omsorgen. Alle mente at det å involvere foreldrene i omsorgen av sitt barn, var med på å gi foreldrene mestringsfølelse og fremme deres tilknytning til barnet. De poengterte at det måtte være på foreldrenes premisser. Når informantene ikke fikk til å møte foreldrenes behov og få til det som føltes riktig for dem, kunne det føre til usikkerhet, stress og en negativ opplevelse for foreldrene og informantene.

DISKUSJON

Alle informantene beskrev det som avgjørende å etablere en relasjon basert på empati i møtet med foreldrene. Tidligere forskning bekrefter dette og fremhever betydningen av at sykepleiere møter foreldre med empati (19, 20). Opplevelsen av å bli møtt med empati fremmer og styrker individets psykiske ressurser i en vanskelig situasjon (21). Empati gir pågangsmot og livsglede (6). Ny kunnskap om speilnevroner og speilnevronsystemet har tilført nye aspekter ved empatibegrepet. Mye taler for at empati er en medfødt evne til å gjenkjenne andre menneskers følelser og intensjoner (22).

«Først når sykepleieren gjenkjenner foreldrenes indre verden, har vedkommende mulighet for å forstå foreldrene.»

Empati har både et kognitivt og emosjonelt aspekt. Ut fra Empatisk Kommunikasjon kan man si at gjennom en prosess preget av gjensidig speiling og dialog, kan sykepleieren arbeide seg frem til en forståelse av det foreldrene erfarer ved at sykepleieren gjenkjenner foreldrenes følelser og intensjoner. Først når sykepleieren gjenkjenner foreldrenes indre verden, har vedkommende mulighet for å forstå foreldrene. Gjenkjennelsen tilfører relasjonen og dialogen mellom sykepleier og foreldre en særegen kvalitet som gir en følelse av samholdighet og likeverd. Begge opplever det samme samtidig (6).

Informantene beskriver at de møtte foreldrene med en åpen, innlevende og avventende holdning. Foreldrene er hovedpersonene i relasjonen. Foreldrene vil da fornemme selve intensjonen om å hjelpe, som ligger implisitt i denne væremåten. Empati kan fremkomme som et resultat av en slik prosess fordi empati i praksis handler om at sykepleieren innstiller seg på foreldrene og tar del i deres virkelighet (6).

SER IKKE AT FORELDRENE ER I KRISE

Informantenes beskrivelser av relasjonens betydning stemmer godt overens med andre studier (15–17). Flere studier har for eksempel vist at foreldre til syke, nyfødte barn får en krisereaksjon i forbindelse med fødsel og barseltid (1, 23). Hillgaard og medarbeidere (2) problematiserer at enkelte kriser ikke blir oppdaget fordi helsepersonell anser oppførselen for å være normal for personen. De opplever det som at de har med vanskelige foreldre å gjøre, og gjenkjenner ikke at de er i krise. For å kunne møte foreldrene på en god måte er det nødvendig at sykepleieren har kunnskap om foreldres reaksjoner i forbindelse med å få et nyfødt, sykt barn (24). Sykepleieren må også ha tilegnet seg et relasjonsverktøy, som Empatisk Kommunikasjon (5, 6).

Alle informantene vektla betydningen av å gi foreldrene en opplevelse av å bli sett. Det å bli sett gir en umiddelbar følelse av å bli forstått og bekreftet (25). Når sykepleieren arbeider seg frem til en forståelse av det foreldrene forstår, kan foreldrene føle seg verdsatt. Det styrker pågangsmot og selvfølelse (6). Tidligere forskning trekker frem at sykepleiere som er sensitive og støttende til foreldrenes behov, kan fremme foreldrenes selvtillit og styrke deres respons på barnets behov (26) fordi mestring og selvtillit fører til at foreldrene gir raskere tilpasset respons på barnets signaler (27).

Informantene fremhevet også at det var en forutsetning med full oppmerksomhet på foreldrene for å kunne se den enkeltes behov. Slik oppmerksomhet på foreldrene krever evne og rom for tilstedeværelse og oppmerksomt nærvær (6). Når sykepleieren retter oppmerksomheten mot foreldrenes tanker og opplevelser, signaliserer de at foreldrene er viktige. Rollen de har som omsorgsgiver for barnet, fremheves (28).

INFORMASJON BEGGE VEIER

Det å åpne opp for gjensidig informasjonsutveksling mellom foreldre og sykepleiere ble trukket frem som et sentralt aspekt ved samtalene. Gjennom gjensidig informasjonsutveksling får sykepleieren en større forståelse av foreldrenes virkelighet og hva som er viktig for den enkelte (6). Slik forståelse av foreldrenes problemer, ressurser og behov gjør det da mulig for sykepleieren å kunne tilpasse mengden og typen informasjon som er foretrukket av foreldrene (29, 30). Dermed skaper de en empatisk dialog (6). Dette kaller Duncan (31) klient- og resultatstyrt praksis. Oppmerksomheten rettes mot det foreldrene forteller, og mot det å gi profesjonell tilbakemelding basert på at foreldrene er hovedpersoner i dialogen.

For å fremme foreldrenes mestringsfølelse var det viktig for informantene å oppmuntre foreldrene til å fortelle sine historier og stille oppfølgende spørsmål om hva foreldrene følte og tenkte. Dette er også i tråd med kommunikasjonsverktøyet Empatisk Kommunikasjon. Foreldrene får anledning til å sette ord på og formidle egne følelser og tanker i en empatisk relasjon, som kan fremme mestring. Ved å speile det foreldrene sier, kan sykepleieren skape en verdifull prosess der spenninger og stressopplevelser dempes, og psykisk styrke videreutvikles (6).

«Foreldrene trenger å få satt ord på sine opplevelser og bli lyttet til for å kunne bearbeide inntrykk og reaksjoner i forbindelse med det som har skjedd.»

Foreldrene trenger å få satt ord på sine opplevelser og bli lyttet til for å kunne bearbeide inntrykk og reaksjoner i forbindelse med det som har skjedd (32). De kan ta imot informasjon og konsentrere seg om omsorgen for barnet på en bedre måte når de får bearbeidet egne opplevelser. Slik bearbeidelse kan påvirke hvordan de knytter seg til og samspiller med barnet (33, 34).

Alle informantene mente at det å involvere foreldrene i omsorgen av barnet, var med på å gi foreldrene mestringsfølelse og fremme tilknytningen til barnet. De beskrev at de snakket med og veiledet foreldrene i hva som var best for barnet og hvordan de kunne ta del i omsorgen. Forskning viser at tidlig intervensjon rettet mot å lære foreldre samspill og følsomhet overfor barnets signaler, kan fremme god mental utvikling hos det nyfødte, syke barnet og mestring hos foreldrene (3, 23, 34–36).

METODISKE OVERVEIELSER

En svakhet ved studien er at vi kun har fem informanter. Det ideelle hadde vært å inkludere flere informanter fra flere neonatalavdelinger. Ifølge Giorgi (18) kan imidlertid tre dybdeintervjuer være tilstrekkelig for en fenomenologisk studie. Dermed kan fem informanter i studien være et tilstrekkelig datamateriale for å belyse fenomenet.

En forsker vil alltid ha en viss innflytelse på datamaterialet, og derfor kan det virke uoppnåelig å sette all forforståelse i parentes. Førsteforfatteren har forforståelse om fenomenet da hun har samme yrkesbakgrunn som informantene. Hun arbeider dessuten i samme type avdeling og har meninger om fenomenet som undersøkes. Det er da viktig å ha

et reflektert forhold til egen forforståelse og kun prøve å gjenfortelle informantenes erfaringer.

Sammenfall av funn fra de ulike intervjuene er med på å styrke reliabiliteten i studien. I tillegg samsvarer funnene med annen forskning på området. Videre styrkes reliabiliteten ved at alle forfatterne har vært involvert i analysen. Førsteforfatteren gjennomførte analysen i tett samarbeid med medforfatterne. Vi fulgte analysetrinnene nøye, noe som er vesentlig for å få valide funn, ifølge Giorgi (18).

KONKLUSJON

Denne studien har belyst en gruppe sykepleieres erfaringer med hva som er viktig i møtet og samtalene med foreldre til et nyfødt, sykt barn ved en neonatalavdeling. Resultatene understreker at sykepleierne har ansvar for å etablere en empatisk relasjon med foreldrene og møte hver enkelt forelder der de er i prosessen for å hjelpe dem med å mestre den sårbare livssituasjonen de befinner seg i.

Informantenes beskrivelser tyder på at sykepleiere ved neonatalavdelinger kan ha nytte av å lære seg kommunikasjonsverktøyet Empatisk Kommunikasjon. Metoden er på flere måter i samsvar med det som fremkommer i resultatet: Informasjon må tilpasses foreldrene, foreldrene er de egentlige spesialistene på seg selv, det finnes ikke «vanskelige foreldre», og mestring gir foreldretrygghet.

Det er behov for ytterligere forskning for å undersøke hvorvidt opplæring i kommunikasjonsverktøyet Empatisk Kommunikasjon kan bidra til å utvikle sykepleieres relasjonskompetanse og kommunikasjonsferdigheter og dermed fremme sykepleieres ferdigheter i å få til gode møter og samtaler med foreldre til et nyfødt, sykt barn.

REFERANSER

1. Turan T, Basbakkal Z, Özbek S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* 2008;17(21):2856–66.
2. Hillgaard L, Ravn L, Keiser L. *Sorg og krise*. Gyldendal, København. 1999.
3. Kaaresen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics* 2006;118(1):9–19.
4. Spurkeland J. Relasjonskompetanse som grunnlag for å skape resultater i arbeid og på skole. Tilgjengelig fra: <http://forebygging.no/Artikler/2015/Relasjonskompetanse/> (nedlastet 16.05.2017).
5. Nerdrum P. Training of empathic communication for helping professional. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo. 2000.
6. Brudal L. *Empatisk Kommunikasjon – Et verktøy for menneskemøter*. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2014.
7. Johnson, BH. Family-centered care: Four decades of progress. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*. 2000;18(2):137–56.
8. Griffin T. Family-centered care in the nicu. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006;20(1):98–102.

9. Wigert H, Dellenmark MB, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatr.* 2013;13:71.
10. Johnson AN. Promoting maternal confidence in the nicu. *Journal of Pediatric Healthcare.* 2008;22(4):254–7.
11. Boss RD, Urban A, Barnett MD, Arnold RM. Neonatal Critical Care Communication (NC3): training NICU physicians and nurse practitioners. *Journal of Perinatology: Official Journal of The California Perinatal Association.* 2013;33(8):642–6.
12. Griffin T. A family-centered «visitation» policy in the Neonatal Intensive Care Unit that welcomes parents as partners. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2013;27(2):160–7.
13. Fegran L. Parents and nurses in a neonatal intensive care unit: the development of a mutual beneficial partnership in the care of the infant. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo. 2009.
14. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellström AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(1):35–41.
15. Fegran L, Fagermoen MS, Helseth S. Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. *J Adv Nurs.* 2008;64(4):363–71.
16. Reis M, Rempe G, Scott S, Brady-Fryer B, Van Aerde L. Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.* 2010;39:675–83.
17. Gooding J, Cooper L, Blaine A, Franck L, Howse J, Berns S. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol.* 2011;35:20–8.
18. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach. Duquesne University Press, Pittsburgh, PA. 2009.
19. Nordby H, Nøhr Ø. Communication and empathy in an emergency setting involving persons in crisis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2008;16:5–11.
20. Ammentorp J, Kofoed P, Laulund L. Impact of communication skills training on parents' perceptions of care: intervention study. *J Adv Nurs.* 2011;67:394–400.
21. Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of positive psychology.* Oxford University Press, New York. 2002.
22. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Mirrors in the brain – how our minds share actions and emotions.* University Press, Oxford. 2008.
23. Mazurek MB, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents mental health outcome with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics.* 2006;21:1414–27.
24. Wakely LT, Rae K, Cooper R. *Stoic survival: the journey of parenting a premature*

infant in the bush. *Rural & Remote Health*. 2010;10(3):1–10.

25. Stern DN. Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv. Hans Reitzel, København. 2004.
26. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, og Starrin B. Trustful bonds: A key to «becoming a mother» and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med*. 2006;62(1):70–80.
27. Karl DJ, Beal JA, O'Hare CM, Rissmiller PN. Reconceptualizing the nurse's role in the newborn period as an «attacher». *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2006;31(4):257–62.
28. Tandberg BS. Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I: Tandberg BS, Steinnes S. (red). *Nyfødtsykepleie 1. Syke nyfødte og premature barn*. Cappelen Damm, Oslo. 2009. s.224–43.
29. Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Educ Couns*. 2007;69(1-3):206–12.
30. Bruns DA, McCollum JA. Partnerships between mothers and professionals in the NICU: caregiving, information exchange, and relationships. *Neonatal Netw*. 2002;21(7):15–23.
31. Duncan B. *The Heroic Client*. Jossey-Bass, San Francisco. 2004.
32. Orapiriyakul R, Jirapaet V, Rodcumdee B. Struggling to get connected: The process of maternal attachment to the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Thai J Nurs Res*. 2007;11(4):251–63.
33. Eriksson BS, Pehrsson G. Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. *J Child Health Care*. 2002;6(1):19–33.
34. Kaaresen PI, Rønning JA, Tunby J, Nordhov SM, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Hum Dev*. 2008;84(3):201–9.
35. Rauh V, Achenbach T, Nurcombe B, Howell C, Teti D. Minimizing adverse effects of low birthweight: four year results of an early intervention program. *Child Dev*. 1988;59(3):544–53.
36. Ravn I. The effects of an early intervention on outcomes in mothers, fathers and moderately and late preterm infants during the infants' first year of life – A randomized controlled trial. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo. 2011.