



Det helsevitenskapelige fakultetet

Hva med far?

En litteraturstudie om hva fedre til premature barn erfarer på nyfødt intensivavdeling.

Marte Brynjulfsen & Kaja Fredrikke Strøhm

Masteroppgave i sykepleie – studieretning barnesykepleie, SYP-3902-1 24V, juni 2024

Antall ord: 16612

Forord

Det er med stor glede at vi kan presentere en ferdig masteroppgave som omhandler fedres erfaringer på nyfødt intensiv. Det er et spennende og viktig tema, som vi har arbeidet mye med, og vi er takknemlige for denne muligheten. Da vi startet på denne oppgaven handlet den om begge foreldre, men etter å ha lest flere artikler la vi merke til at fedres perspektiver ikke var like fremtredende som mødrenes. På bakgrunn av dette ønsket vi å rette hovedfokuset mot fedre og gi de en stemme. Det angrer vi ikke på!

Dette halvåret har vært svært hektisk, men utrolig lærerikt. Det har vært en prosess med svette, tårer, frustrasjon og latter, men aller mest gnagsår på fingrene. Heldigvis har vi hatt et godt samarbeid, og er svært stolte over det vi har oppnådd.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder, Inger Danielsen, for hennes eminente kompetanse og ekspertise. Vi vil også takke våre partnere og familie for massiv støtte og tålmodighet under denne prosessen. Til sist vil vi klappe oss selv på skulderen, for å ha klart å gjennomføre denne masteroppgaven.

Tromsø, juni 2024.

SAYONARAS Marte & Kaja.

Sammendrag

Bakgrunn: Foreldrene er barnets viktigste omsorgspersoner. Likevel er det slik at fedre ofte føler seg utelatt og utilstrekkelig inkludert i omsorgen for sitt premature barn. Denne marginaliseringen forsterkes av de daglige rutiner fedre må håndtere utenfor nyfødt intensivavdeling. Videre er fedres perspektiv mindre framtrædende enn mødrenes i felles foreldrestudier. Denne studien har som mål å utforske fedres erfaringer nærmere, fremheve de unike utfordringene de står ovenfor og deres avgjørende rolle i omsorgsprosessen.

Hensikt og problemstilling: Å utforske fedres erfaringer fra nyfødt intensiv for å bedre kunne forstå deres rolle og utfordringer. Problemstillingen er «Hvordan erfarer fedre å ha premature barn på nyfødt intensiv?».

Metode: Denne oppgaven presenterer en litteraturgjennomgang med en systematisk tilnærming. Det ble utført søk i databasene PubMed og CINAHL. Åtte kvalitative studier om fedres erfaringer ble inkludert i gjennomgangen.

Resultat: Det ble identifisert tre hovedtemaer etter å ha utført en tematisk analyse; «Å være far på nyfødt intensiv», «støttebehov for fedre på nyfødt intensiv» og «faktorer som fremmer fars engasjement i daglig omsorg av barnet».

Konklusjon: En dypere forståelse av fedres erfaringer kan styrke barnesykepleiere på nyfødt intensivavdelinger i å bedre støtte og engasjere fedre i omsorgen for sitt premature barn. Denne økte innsikten kan bidra til å redusere fedres bekymringer og legge til rette for fedres aktive deltakelse i den daglige omsorgen. En slik tilnærming er essensiell for å oppnå optimal familiesentrert omsorg.

Nøkkelord: Fedre, nyfødt intensivavdeling, premature, erfaringer, familiesentrert omsorg.

Abstract

Background: Parents are the child’s most important caregivers for their children, particularly in the context of neonatal intensive care. However, fathers often feel excluded and inadequately involved in the care of their premature infant. This marginalization is compounded by the demanding daily routines they must manage outside the neonatal intensive care unit. Additionally, fathers’ perspectives are less prominently represented in joint parental studies to those of mothers. This study aims to explore fathers’ experiences more closely, highlighting the unique challenges they face and their crucial role in the caregiving process.

Aim: To gather fathers’ experiences from the neonatal intensive care unit to better understand their roles and challenges. The research question is “How do fathers experience having premature children in the neonatal intensive care unit?”.

Method: This thesis presents a literature review using a systematic approach. Searches were conducted in PubMed and CINAHL databases. Eight qualitative studies on fathers’ experiences were included in the review.

Findings: Three main themes were identified after conducting thematic analysis: “Being a father in the neonatal intensive care unit”, “support needs for fathers in the neonatal intensive care unit” and “factors that promote fathers’ engagement in daily care of the child”.

Conclusion: Gaining a better insight into fathers’ experiences can empower pediatric nurses in the neonatal intensive care unit to better support and engage fathers in the care of their premature infant. This improved understanding can help alleviate fathers’ concerns and facilitate their involvement in the daily caregiving. Such an approach is essential for achieving optimal family-centered care.

Keywords: Fathers, neonatal intensive care unit, premature, experiences, family-centered care.

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	3
1.3	AVGRENSINGER	3
1.4	BEGREPSAVKLARING	3
2	TEORI OG FORSKNING.....	4
2.1	PREMATURITET	4
2.2	SAMSPILL OG TILKNYTNING	5
2.3	FAMILIESENTRERT OMSORG.....	6
3	METODE.....	9
3.1	LITTERATURSTUDIE MED SYSTEMATISK TILNÆRMING	9
3.1.1	<i>Utarbeidelse av problemstilling</i>	<i>9</i>
3.2	BESKRIVELSE AV SØKEPROSESSEN	10
3.2.1	<i>Valg av litteratur</i>	<i>10</i>
3.2.2	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....</i>	<i>11</i>
3.2.3	<i>Forberedelser til søk.....</i>	<i>12</i>
3.2.4	<i>Gjennomførte søk og utvelgelsesprosessen.....</i>	<i>14</i>
3.3	KVALITETSVURDERING.....	15
3.4	FORFORSTÅELSE.....	16
3.5	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	17
3.6	DATAANALYSE.....	18
4	RESULTAT	20
4.1	PRESENTASJON AV INKLUDERTE ARTIKLER.....	20
4.2	FUNN.....	26
4.2.1	<i>Å være far på nyfødt intensiv.....</i>	<i>26</i>
4.2.2	<i>Støttebehov for fedre på nyfødt intensiv.....</i>	<i>28</i>
4.2.3	<i>Faktorer som fremmer fars engasjement i daglig omsorg av barnet</i>	<i>30</i>
5	DISKUSJON.....	33
5.1	FØLELSESMESSIGE UTFORDRINGER OG STØTTEBEHOV.....	33
5.2	INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON.....	37
5.3	TILKNYTNING OG INVOLVERING	41
5.4	METODEDISKUSJON.....	45
5.4.1	<i>Design.....</i>	<i>45</i>
5.4.2	<i>Styrker og svakheter.....</i>	<i>45</i>
5.5	RESULTATENES GENERALISERBARHET.....	46

5.6	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	47
5.7	IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING	47
6	KONKLUSJON	49
7	REFERANSELISTE	51
	VEDLEGG 1 – Søkehistorikk.....	56
	VEDLEGG 2 – Kvalitetsvurdering.....	58
	VEDLEGG 3 – Dataekstraksjonsskjema.....	59
	VEDLEGG 4 – Arbeidsskjema.....	63
	Tabelliste:	
	Tabell 1: Begrepsavklaringer.....	3
	Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
	Tabell 3: PICO-skjema.....	12
	Tabell 4: Søkeord og MeSH-emneord.....	13
	Tabell 5: Tematisk oversikt.....	19
	Tabell 6: Oversiktmatrise.....	21
	Tabell 7: Hovedtema.....	26
	Figurliste:	
	Figur 1: Evidenspyramiden.....	10
	Figur 2: PRISMA-diagram.....	15

1 Innledning

I Norge fødes omtrent 6 % av alle barn for tidlig, det vil si før utgangen av 37. svangerskapsuke (Markestad, 2020). Når et barn blir innlagt på nyfødt intensiv, møter familien en ukjent verden av spesialisert helsepersonell og avansert medisinsk utstyr. Dette kan fremstå som skremmende og overveldende (Tandberg, 2021). Foreldre kan ha ulike reaksjoner, men det er vanlig at mange foreldre opplever en blanding av angst, følelse av hjelpeløshet, manglende kontroll, samt følelser av skyld og skam (Moe et al., 2017). Derfor vil familien ha behov for støtte av helsepersonell for å minimere den belastningen de kan oppleve (Turan et al., 2008).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mens mye av den tidligere forskningen har fokusert på mødres erfaringer, ivaretagelse og tilpasning i omsorgen for det premature barnet, har fedres opplevelser fått mindre oppmerksomhet (Baldoni et al., 2021; Buek et al., 2021). Den nå voksende interessen for forskning på fedres unike posisjon og erfaringer med premature barn, anerkjenner viktigheten av å inkludere fedre i omsorgen og støtten som tilbys, for å sikre en familiesentrert omsorg. Nyfødt intensiv er ofte avgjørende for premature barns overlevelse og utvikling og det er viktig å forstå hvordan fedre opplever denne utfordrende situasjonen. Ved å undersøke dette kan vi utvide vår forståelse av familiens dynamikk og identifisere mulige områder for forbedring i omsorgen for både barnet og familien.

Fedres opplevelser og utfordringer på nyfødt intensiv er komplekse og dyptgående. Mens mødre ofte er i fokus når det gjelder tilknytning og omsorg rett etter fødselen, kan fedre oppleve at deres rolle og bidrag blir oversett eller undervurdert (Buek et al., 2021). Tiden etter en prematur fødsel er en sårbar tid, hvor familien mer enn noen gang trenger å stå sammen. Baldoni et al. (2021) påpeker at fedre kan oppleve en rekke emosjonelle reaksjoner når deres barn blir innlagt på nyfødt intensiv, som angst, depresjon, stress og følelsen av å være overveldet. Disse følelsene kan igjen forsterkes av et høyteknologisk, og ofte upersonlig, miljø på nyfødt intensivavdeling, hvor også interaksjon med barnet kan bli begrenset på grunn av medisinske behov.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 (2001) og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6 (2000) fastslår barns rett til samvær med minst én av foreldrene under hele oppholdet i en helseinstitusjon og at personalet plikter å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldrene ønsker å utføre mens de er sammen med barnet. Barnekonvensjonens artikler 5 og 24 (1989) understreker foreldres rettigheter og forpliktelser til å motta veiledning og støtte tilpasset deres situasjon. Dette juridiske rammeverket støtter en familieorientert tilnærming ved å anerkjenne og respektere familiens behov og ønsker under innleggelse.

Barnesykepleierens rolle i å inkludere fedre på nyfødt intensiv er flerdimensjonal og avgjørende for barnets og familiens velvære (Tandberg, 2021). Barnesykepleieren fungerer som informasjonsformidler, tilpasser kommunikasjon om barnets tilstand og behandling, som er essensielt for å redusere angst og usikkerhet hos foreldre. De skal støtte, veilede, fremme tilknytning og involvering, og skal skape et inkluderende miljø (Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk sykepleierforbund, 2021). Forskning viser at når fedre har vært aktivt involvert i omsorgen for det premature barnet, hadde det positive effekter på både barnets utvikling og familiens tilpasning til situasjonen (Flacking et al., 2012). Dette kan bety å oppmuntre til hud-mot-hud-kontakt, delta i omsorgen rundt barnet eller å delta i samtaler rundt barnets omsorg og behandling (Fisher et al., 2018). Gjennom en helhetlig tilnærming, som inkluderer støtte til både mødre og fedre, kan barnesykepleieren på nyfødt intensiv bidra til å fremme tilknytning og trivsel hos både barnet og familien, og bidra til en bedre overgang til livet utenfor sykehuset når barnet er klart til å skrives ut.

Basert på dette tar denne masteroppgaven sikte på å utforske og utvikle kunnskap om fedres erfaringer, utfordringer og behov mens de navigerer seg gjennom deres premature barns innleggelse på nyfødt intensiv. Ved å belyse fedres erfaringer, er det ønskelig å bidra til en mer inkluderende tilnærming for familier med premature barn. Gjennom innledende søk fant vi det som ble oppfattet som et kunnskapshull. Dette bidro til at det opplevdes meningsfullt å utføre denne studien. Håpet er at studien kan danne grunnlaget for å utvikle mer målrettede og effektive støttetiltak og retningslinjer som inkluderer hele familien, i tråd med en familiesentrert pleiefilosofi. Oppgaven baserer seg på prosjektplanen, og vil inkludere enkelte avsnitt fra denne (Brynjulfsen & Strøhm, 2023).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien var å gi fedre en stemme og bidra til en mer inkluderende tilnærming i omsorgen for premature barn. Målet er å bidra til å tette kunnskapshullet om fedres rolle og behov, samt å utvikle bedre støttetiltak og retningslinjer for hele familien.

Problemstillingen er følgende:

Hvordan erfarer fedre å ha premature barn på nyfødt intensiv?

1.3 Avgrensinger

På bakgrunn av denne masteroppgavens omfang ble det valgt å sette noen avgrensinger for å sikre formålet med studien. Språkutfordringer, etnisitet og kulturelle vaner er alle viktige temaer, men denne oppgaven vil fokusere på andre aspekter av det valgte temaet for å oppnå en mer dyptgående analyse. Selv om helsepersonells og mødres perspektiv også er viktige for en helhetlig forståelse av temaet, vil fokuset være på fedres erfaringer og behov, da dette er hovedmålet med studien.

1.4 Begrepsavklaring

Begrepsavklaring		Referanse
Sosial støtte	I hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Sosial støtte i form av emosjonell støtte, bekreftende støtte, informerende støtte og praktisk støtte er viktig for livskvalitet og øker mestring ved utfordringer i livet.	Helsedirektoratet (2021).
Emosjonell støtte	De verbale og nonverbale prosessene hvor man kommuniserer omsorg og bekymring for en annen, ved å tilby beroligelse, empati, trøst og aksept.	American Psychological Association (2018).
Hud-mot-hud	Barnet ligger avkledd mot en av foreldrenes nakne brystkasse.	Peitersen et al. (2014).
Nyfødt intensiv	En avdeling på sykehuset som behandler prematurt fødte barn, fullbårne barn med medfødte lidelser og barn med akutt oppstått sykdom.	Tandberg & Steinnes (2021).
Helsekommunikasjon	Kan forstås som en toveiskommunikasjon, hvor partene utveksler informasjon og refleksjon om helse.	Tveiten et al. (2012)

2 Teori og forskning

2.1 Prematuritet

En fødsel som oppstår før svangerskapsuke 37 defineres som en prematur fødsel. Barnet regnes som ekstremt prematur om det er født før svangerskapsuke 28 (Haaland, 2009). Internasjonalt har det vært forskjellige grenser for hva som bestemmer behandling, men i Norge er det en praksis på 23 uker (Klingenberg et al., 2021). Selv om svært premature barn har høy dødelighet og risiko for komplikasjoner, øker prognosen betydelig med hver ekstra uke de får utvikle seg i livmoren (Haaland, 2009).

Karakteristika hos premature barn er at de har et stort hode i forhold til kroppen, lite fettlag og begrenset muskelmasse. Huden deres er høyrød, og hos de minste kan den virke gjennomsiktig. Disse barna har tendenser til å miste varme og væske lett, og trenger derfor omgivelser med høy temperatur og luftfuktighet. Andre eksempler på umodenhetstegn hos premature barn er at mage-tarmkanalen har nedsatt evne til absorpsjon og peristaltikken er lav. Premature barn har få alveoler i lungene og mangler surfaktant, slik at de kan trenge pustestøtte. Videre har de et ekstremt lavt immunforsvar, som stiller enorme krav når det gjelder forebygging av infeksjoner, samt god hygiene hos foreldre og helsepersonell som skal håndtere barna (Peitersen et al., 2014).

Peitersen et al. (2014) fremhever at prematuritet ofte krever omfattende behandling og overvåking ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Dette kan omfatte bruk av kuvøse for å regulere temperatur og luftfuktighet, respirator, kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP) og high-flow-systemer ved pusteproblemer. Barna overvåkes kontinuerlig med monitører som måler vitale tegn, som hjerterefrekvens, pustefrekvens, oksygenmetning, blodtrykk og temperatur. Infusjonspumper brukes til å administrere medisiner, næringsstoffer og væsker. Det kan være nødvendig med sentrale katetre for å gi medisiner, blodprodukter eller næringsstoffer direkte i barnets blodstrøm. Avhengig av barnets helsetilstand og spesifikke behov kan andre typer utstyr også være nødvendig, som for eksempel nasogastrisk sonde for ernæring og medisiner (Peitersen et al., 2014).

Morsmelk er den foretrukne ernæringskilden for premature barn. Mødre som føder for tidlig oppfordres til å stimulere melkeproduksjonen ved å pumpe seg, selv om hun ikke kan amme

barnet umiddelbart. Hud-mot-hud-kontakt mellom mor og barn fremmer amming og melkeproduksjon (Häggkvist, 2021).

2.2 Samspill og tilknytning

Samspillet mellom foreldre og nyfødte premature barn refererer til den gjensidige kommunikasjonen og interaksjonen som skjer mellom dem, noe som er kritisk for barnets utvikling og tilknytning (Smith & Ulvund, 2006). På grunn av den umiddelbare separasjonen mellom foreldre og barn etter fødselen, samt barnets fysiologiske og psykologiske umodenhet, utgjør samspillet mellom foreldre og premature barn en helt spesiell utfordring (Ravn, 2021).

Samspillet må tilpasses de spesielle behovene premature barn har. Hud-mot-hud er en grunnstein i dette samspillet. Ved å holde barnet tett inntil huden, fremmes en dypere tilknytning mellom foreldre og barnet, men bidrar også til å stabilisere barnets vitale funksjoner, som kroppstemperatur, hjertefrekvens og pust (Steinnes, 2009). Dette samspillet inkluderer også tilpasset stimuli, som mild berøring og rolig tale eller sang. Å skape et støttende miljø med minimal støy og beroligende belysning, hjelper også med å fremme en trygg og komfortabel atmosfære for både barnet og foreldrene. Samspillet handler også om emosjonell tilknytning. Kontakt mellom foreldre og barn skjer gjennom syn, hørsel, lukt og berøring (Sandtrø, 2009).

Sosial- og helsedirektoratet sin publikasjon *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn* (2007) understreker viktigheten av veiledning til foreldre om samspill med sitt premature barn før hjemreise. En sentral del av barnesykepleiers rolle blir derfor å veilede foreldrene i å tolke barnets signaler, fremme tilknytning og gi råd om nærhet, mating, søvn- og våkenhetsmønstre og trøsteteknikker. Gjennom denne veiledningen kan foreldrene lære å styrke sin kompetanse og selvtillit i omsorgen for barnet, noe som er avgjørende for både barnets og foreldrenes trivsel (Ravn, 2021).

Tilknytning er en grunnleggende del av menneskelig utvikling som omfatter både fysisk og psykisk trygghet hos barn (Brantzæg et al., u.å). Mer konkret kan det beskrives som den følelsesmessige forbindelsen som dannes mellom foreldre og et barn i løpet av de første

leveårene. Denne tilknytningen er grunnleggende for barnets overlevelse og utvikling, og påvirker barnets følelsesmessige, kognitive og sosiale utvikling (Smith & Ulvund, 2006). Ved å knytte seg til stabile voksne som reagerer sensitivt på deres behov, lærer barnet å gjenkjenne, forstå og regulere egne følelser, samt å håndtere utfordringer i samspill med andre (Brantzæg et al., u.å).

Tilknytningen mellom fedre og premature barn kan være mer utfordrende sammenlignet med tilknytningen mellom mødre og deres premature barn (Brady et al., 2017). I denne studien var det flere fedre som beskrev at mor ammet, og at de ikke hadde samme utgangspunkt oppnå en slik tilknytning slik som mor. Samtidig som studier indikerer at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom kjønnene når det gjelder tilknytning til det premature barnet (Hall et al., 2015). Mens mødre rapporterte om høyere følelser av tilknytning til de premature barna, opplevde ikke fedre at tilknytningen var relatert til barnets prematuritet. Dette antyder at en for tidlig fødsel nødvendigvis ikke fører til kompenserende omsorg eller økt sensitivitet hos fedre. Forskning utført av Alnuaimi og Tluczek (2021) understreker viktigheten av fysisk nærhet, fedres aktive deltakelse i omsorgen, samt betydningen av støttende relasjoner til partner, familie og helsepersonell for å fremme en sterk tilknytning til det premature barnet.

2.3 Familiesentrert omsorg

Før i tiden fikk ikke foreldrene være sammen med barna sine når barna var innlagt på sykehus. Foreldrene fikk bare lov å besøke barna i korte perioder i løpet av uken. Konseptet med familiesentrert omsorg begynte å ta form etter andre verdenskrig, og de psykologiske teoriene til John Bowlby og James Robertson var avgjørende i denne endringen. Deres forskning viste de negative effektene av å separere barn fra foreldrene under sykehusopphold, og begge argumenterte for økt foreldreinvolvering for å redusere de negative virkningene (Robertson & Bowlby, 1952, referert i Jolley & Shields, 2009, s. 167).

Etterkrigstiden førte til fremvekst av politiske endringer som vektla barns rettigheter i helsevesenet, og grupper som jobbet for en mer familieinkluderende praksis. Dette førte til en gradvis endring mot et familiesentrert perspektiv (Jolley & Shields, 2009). Familiesentrert omsorg representerer en filosofi og praksis som plasserer familien i sentrum av omsorgen for det nyfødte barnet. Denne tilnærmingen krever at barnesykepleieren, som har ansvaret for

familien, omdefinerer sin rolle som ekspert, og tar hensyn til foreldrenes refleksjoner og ønsker når de prioriterer omsorgen for barnet. På nyfødt intensiv erkjennes det at omsorgen for barnet og familiens trivsel er uadskillelige, og det anerkjennes at hele familien påvirkes av barnets helsesituasjon (Heyn, 2018).

Denne omsorgsmodellen hviler på fire kjerneverdier: respekt og verdighet, deling av informasjon, deltagelse og samarbeid. Helsepersonell lytter til og anerkjenner familiens perspektiver og valg, inkluderer familiens kunnskaper, verdier, tro og kulturelle bakgrunn i planleggingen og utførelsen av omsorgen (Institute for Patient- and Family-Centered Care, u.å). Informasjonen deles nøyaktig og åpent, slik at familien kan delta i omsorgs- og beslutningsprosesser der det er ønskelig. Samarbeid skjer ved at familier og helsepersonell jobber sammen om utvikling, implementering og omsorgsutøvelse (Institute for Patient- and Family-Centered Care, u.å).

Fordelene med en familiesentrert omsorg inkluderer bedre pasientutfall og økt familietilfredshet. Ved å inkludere familien som aktive deltagere i omsorgsprosessen, kan denne tilnærmingen bidra til å styrke tilknytningen mellom foreldre og barn, fremme foreldrenes følelse av mestring og kontroll, samt øke foreldrenes forståelse for barnets tilstand og behandlingsplan. Ved å fremme åpen kommunikasjon, tillit og samarbeid mellom helsepersonell og familien, kan tilnærmingen også bidra til å redusere stress og angst hos både foreldre og barn (Gooding et al., 2011).

Det finnes også potensielle ulemper og utfordringer knyttet til denne tilnærmingen. Ikke alle foreldre er like godt rustet til å delta aktivt i omsorgen for sitt syke barn; enten på grunn av mangel på kunnskap om barnets tilstand eller på grunn av personlige forhold. Dette kan føre til ulik deltagelse blant familier. Balansen mellom familiedeltakelse og optimal omsorg for barnet kan også være krevende for helsepersonell, spesielt i travle helseforetak med begrensede ressurser. Videre kan det oppstå konflikter eller uenigheter mellom helsepersonell og familier om behandlingsbeslutninger, som kan påvirke samarbeidet og kommunikasjonen (Mirlashari et al., 2020). Helsepersonell må derfor være bevisst på disse utfordringene og arbeide aktivt for å adressere dem gjennom tydelig kommunikasjon, støtte og tilpassede omsorgsplaner for hver familie (Brødsgaard et al., 2019).

Barnesykepleiers rolle er avgjørende innenfor familiesentrert omsorg på flere måter. Barnesykepleieren har kunnskap om kompleksiteten i pleien av det premature barnet, og dette gjør de i stand til å veilede og støtte foreldre i omsorgen, samspillet og tilknytningen til barnet (Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk sykepleierforbund, 2021). I henhold til forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanningen (2021) skal barnesykepleieren inneha kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse i å utøve pasient- og familiesentrert barnesykepleie. Barnesykepleieren skal også kunne utøve avansert sykepleie til akutt og kritisk syke barn, herunder premature og nyfødte.

Barnesykepleieren gjennomfører utviklingstilpasset og familiesentrert omsorg, støtter foreldre i å etablere hudkontakt med barnet, gir veiledning i samspill og tilknytning og veileder foreldrene i deres rolle. Videre sikrer barnesykepleieren at barnet har minimum én omsorgsperson hos seg og legger til rette for at omsorgspersonene kan delta i daglig stell og pleie. Barnesykepleieren innehar kompetanse til å identifisere svikt i tilknytningen mellom barnet og omsorgspersonene (Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk sykepleierforbund, 2021). Samlet sett er barnesykepleiers kompetanse avgjørende for å sikre familiesentrert omsorg ved å tilby støtte og veiledning til familien gjennom hele prosessen med å ta vare på et sykt barn.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie med systematisk tilnærming

I denne masteroppgaven vil problemstillingen belyses gjennom en litteraturstudie med en systematisk tilnærming. Målet med en slik litteraturstudie er å identifisere og sammenfatte all tilgjengelig forskning innenfor et spesifikt område (Aveyard, 2019). Denne tilnærmingen har den fordelen at den inkluderer og vurderer all relevant forskning, uten å ekskludere studier som ikke støtter forhåndsdefinerte hypoteser eller meninger. Ifølge Aveyard (2019) kan en systematisk litteraturstudie skape ny kunnskap, gi dypere innsikt og tilføre nyanser til forståelsen av et gitt emne. Denne studien vil følge en lik tilnærming som en fullskala systematisk litteraturstudie, men med et noe begrenset omfang. Det er viktig å bemerke at vårt forskningsspørsmål kunne blitt besvart gjennom andre metoder, som intervjuer eller spørreskjemaer rettet mot fedre, men disse tilnærmingene er ikke tillatt i henhold til retningslinjene i vårt studieprogram.

I tråd med metodikken til Aveyard (2019) og supplerende retningslinjer fra Polit og Beck (2021b), vil oppgaven innlede med utarbeidelse av problemstilling og utvikling av en omfattende søkestrategi. Videre i kapittelet presenteres utvelgelsesprosessen og kritisk vurdering av data, forforståelse og forskningsetiske retningslinjer. Avslutningsvis presenteres en tematisk dataanalyse.

3.1.1 Utarbeidelse av problemstilling

Enhver litteraturstudie krever en nøye formulert problemstilling (Aveyard, 2019). For en masteroppgave anbefaler Aveyard (2019) at problemstillingen bør være «simpel», hentet fra ens eget fagfelt, og gi muligheten for utøvelse av resultatene i egen praksis. Det anbefales at man forsøker å starte med en bred forståelse av interessefeltet, i form av å identifisere eksisterende kunnskap og kunnskapshull. Dette bidrar til å avgrense emnet til mer spesifikke aspekter som krever ytterligere undersøkelse. Utgangspunktet for denne masteroppgaven var en godkjent prosjektplan, som omhandlet foreldres erfaringer på nyfødt intensiv. I januar 2024 gjennomførte vi det som skulle være hovedsøkene, og gikk gjennom hele prosessen med ekskludering og inkludering av artikler. Funnene som ble gjort var omfattende og vanskelige å konkretisere. På bakgrunn av dette ble det valgt å endre fokuset i oppgaven, i samråd med

veileder. Dette indikerer at forarbeidet i oppgaven ikke har vært tilstrekkelig, både når det gjelder formuleringen av den daværende problemstillingen og identifiseringen av kunnskapshull.

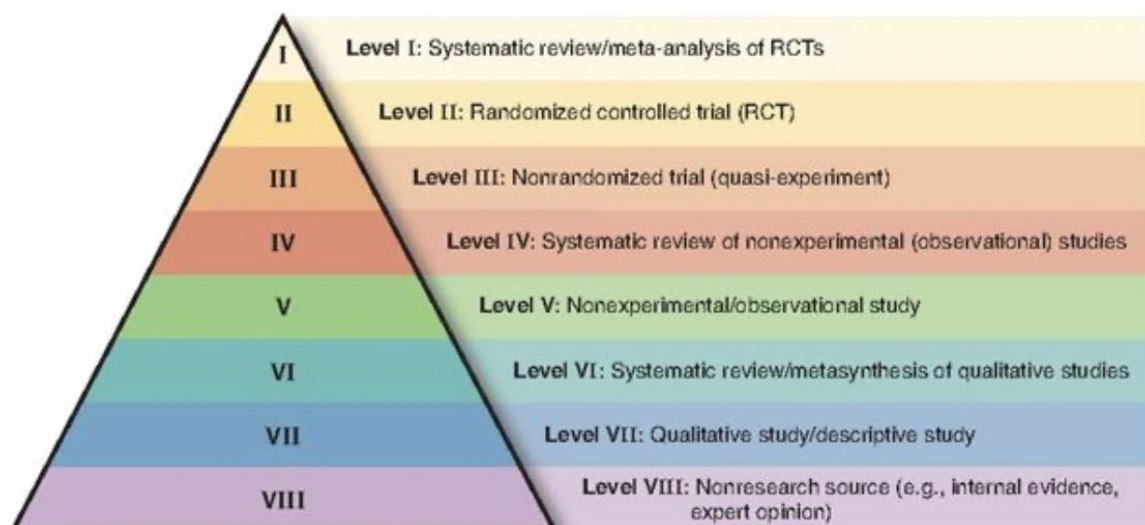
I søkeprosessen ble det derimot oppdaget en merkbar skjevhet i litteraturen. Mødres erfaringer var mer fremtredende enn fedres, til tross for at studiene skulle inkludere begge foreldres perspektiver. Da denne skjevheten ble identifisert, ble det mulig å omformulere problemstillingen til å være mer fokusert på fedres unike erfaringer og behov. På denne måten bidrar oppgaven til å fylle det vi oppfatter som et kunnskapshull.

3.2 Beskrivelse av søkeprosessen

For å gjennomføre en systematisk tilnærming i en litteraturstudie er det flere trinn som må følges, og disse trinnene skal gjennomføres i en spesifikk rekkefølge, som Aveyard (2019) påpeker. I de kommende underkapitlene vil søkeprosessen beskrives.

3.2.1 Valg av litteratur

Polit og Beck (2021a) sin evidenspyramide beskriver en strukturert tilnærming for å vurdere kvalitet og sikkerhet av forskningsresultater innen helseforskning.



Figur 1: Evidenspyramiden av Polit og Beck (2021a), side 29.

I denne oppgaven, hvor målet er å forstå erfaringsaspekter knyttet til oppgavens tema, ble det valgt å anvende enkeltstudier, til tross for enkeltstudiers plassering i evidenspyramiden til Polit og Beck (2021a). Kvalitative studier gir en dyptgående innsikt i individuelle opplevelser og perspektiver, noe som er avgjørende når man utforsker menneskelige erfaringer.

Selv om anbefalingen er å starte med studier høyt oppe i pyramiden, ser vi verdien av enkeltstudier for å fange detaljer knyttet til oppgavens tema. Enkeltstudier gir rike beskrivelser av komplekse fenomener, og er spesielt relevante når man utforsker menneskelige opplevelser. Samtidig anerkjenner vi betydningen av litteratur på høyere nivåer i evidenspyramiden for å styrke bakgrunnen, det teoretiske grunnlaget og diskusjonen i vår oppgaven.

På denne måten kombineres tilnærminger fra ulike nivåer i evidenspyramiden for å skape en helhetlig tilnærming til oppgavens forskningsspørsmål. Ved å anvende enkeltstudier for å utforske erfaringsdelen, og samtidig trekke inn høyere nivåer av evidens for å støtte opp om oppgavens forskningskontekst, oppnås en balansert tilnærming som gir innsikt og sterk forståelse av de komplekse erfaringsaspektene vi ønsker å utforske.

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Aveyard (2019) anbefaler å formulere klare inklusjons- og eksklusjonskriterier ved oppstart av et litteratursøk. Dette er viktig for å presisere treffene og filtrere dem på en måte som retter seg spesifikt mot forskningsspørsmålet. Aveyard (2019) poengterer at all forskning skal være empirisk primærforskning.

Det oppsto tidlig enighet om hvilke kriterier som var nødvendig for denne studien, og det ble utformet inklusjon- og eksklusjonskriterier på bakgrunn av dette.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: Engelsk, norsk, svensk og dansk	Andre språk
Nyfødt intensiv	Barneavdeling
Kvalitative studier som omhandler fedre til premature barn	Kvalitative studier som omhandler mødres/helsepersonells perspektiv. Kvantitative studier, oversiktsstudier, søsken som pårørende
Studier publisert fra 2013 og til dags dato	
Premature	Terminfødte

Publisert litteratur	Upublisert litteratur
Tilgjengelig i fulltekst	

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Som illustrert i tabellen, var det ønskelig med artikler skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk. Videre var det fokus på å avgrense oppgaven til forskning som ble publisert i 2013 og fram til dags dato. Dette valget ble basert på den kontinuerlige utviklingen innen nyfødtmedisin, der arbeidsmetoder og strukturelle aspekter i avdelinger stadig forbedres. Det ble besluttet å ekskludere kvantitative studier, selv om tverrsnittstudier med spørreskjemaundersøkelser kunne vært relevante. Dette begrunnes med ønske om å fange opp erfaringsaspektet gjennom intervju. Videre ble kriteriene spesifisert til å omfatte studier utført på nyfødt intensivavdelinger og blant fedre til premature barn.

3.2.3 Forberedelser til søk

I forkant av litteratursøket ble akronymet PICO benyttet (Helsebiblioteket, 2021), slik som anbefalt av Aveyard (2019) og Polit og Beck (2021b). Bruken av slike akronymer bidrar til en strukturert tilnærming for å fokusere på de viktigste aspektene i et forskningsspørsmål eller en problemstilling (Aveyard, 2019).

Populasjon	Fedre til premature barn
Interesse	Fedre til premature barn sine erfaringer
Kontekst	Nyfødt intensivavdeling

Tabell 3: PICO-skjema.

Med disse elementene tydelig definert, ble søkeord utarbeidet for å reflektere nøkkelementene i problemstillingen. Høsten 2023 startet vi med de innledende søkene for vår masteroppgaven, i forbindelse med prosjektplanen. Søkene ble primært gjennomført i CINAHL, PubMed og MEDLINE. Vi valgte å ikke gå videre med søk i MEDLINE under masteroppgaven, på bakgrunn av antall treff og at den inneholder mye av det samme innholdet som allerede er dekket i PubMed. Dette sikrer at vi unngår duplisering og kan fokusere på å analysere den mest relevante og spesifikke litteraturen fra de andre kildene. De første søkene var likevel betydningsfulle for å identifisere relevante søkeord og undersøke eksisterende litteratur (Aveyard, 2019).

For å utvide rekkevidden og dybden av søket ble MeSH-termer (Medical Subject Headings) og trunkering benyttet. Trunkering muliggjør søk etter variasjoner av et ord ved å bruke en del av ordet, mens bruk av MeSH-termer gir en standardisert terminologi for å forbedre treffsikkerheten og relevansen i litteratursøket (Polit & Beck, 2021b). Søkestrategien ble ytterligere forsterket ved å inkludere fritekstsøk sammen med MeSH-termer og trunkerte ord, for å fange opp artikler som kanskje ikke matchet standardiserte termer, men som fortsatt kunne ha relevans for oppgaven. Under utviklingen av søkestrategien har vi hatt veiledning fra universitetsbibliotekar.

I litteratursøket ble det søkt i databasene CINAHL og PubMed. CINAHL er en bibliografisk database som primært dekker engelskspråklig litteratur innen sykepleie og tilhørende fagområder. CINAHL er særlig nyttig fordi databasen inkluderer en betydelig mengde kvalitativ forskning og består for det meste av tidsskriftartikler (Helsebiblioteket, u.å). PubMed er en kostnadsfri amerikansk database som inneholder vitenskapelige artikler innen medisin, sykepleie og andre helsefaglige fagområder (National Library of Medicine, u.å).

Problemstillingen «Hvordan erfarer fedre å ha premature barn på nyfødt intensiv?» bidro til utarbeidelsen av følgende søkeord:

	Norske søkeord	Engelske søkeord	MeSH-emneord
Population/problem Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?	Prematurt barn, prematur fødsel Fedre	Infant, premature, premature birth, premature infant, AND father*, paternal, dad	CINAHL: “Infant, premature”, “Childbirth, premature”, “Fathers”, “Expectant fathers” PubMed: “Premature birth”, “Infant, premature”, “Fathers”
(Phenomenon of) Interest Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om?	Forstå, opplevelse, erfaring Støtte, veiledning, mestring	Attitude*, comprehend, experience, view, opinion, percept*, feel*, understand*, impact, needs AND guidance, counselling, coaching, mentoring, paternal guidance,	

		supervision, paternal outcome, coping, support	
Context Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om?	Nyfødt intensivavdeling	Intensive care unit, neonatal intensive care unit, NICU	CINAHL: “Intensive care units, neonatal” PubMed: “Intensive care units, neonatal”

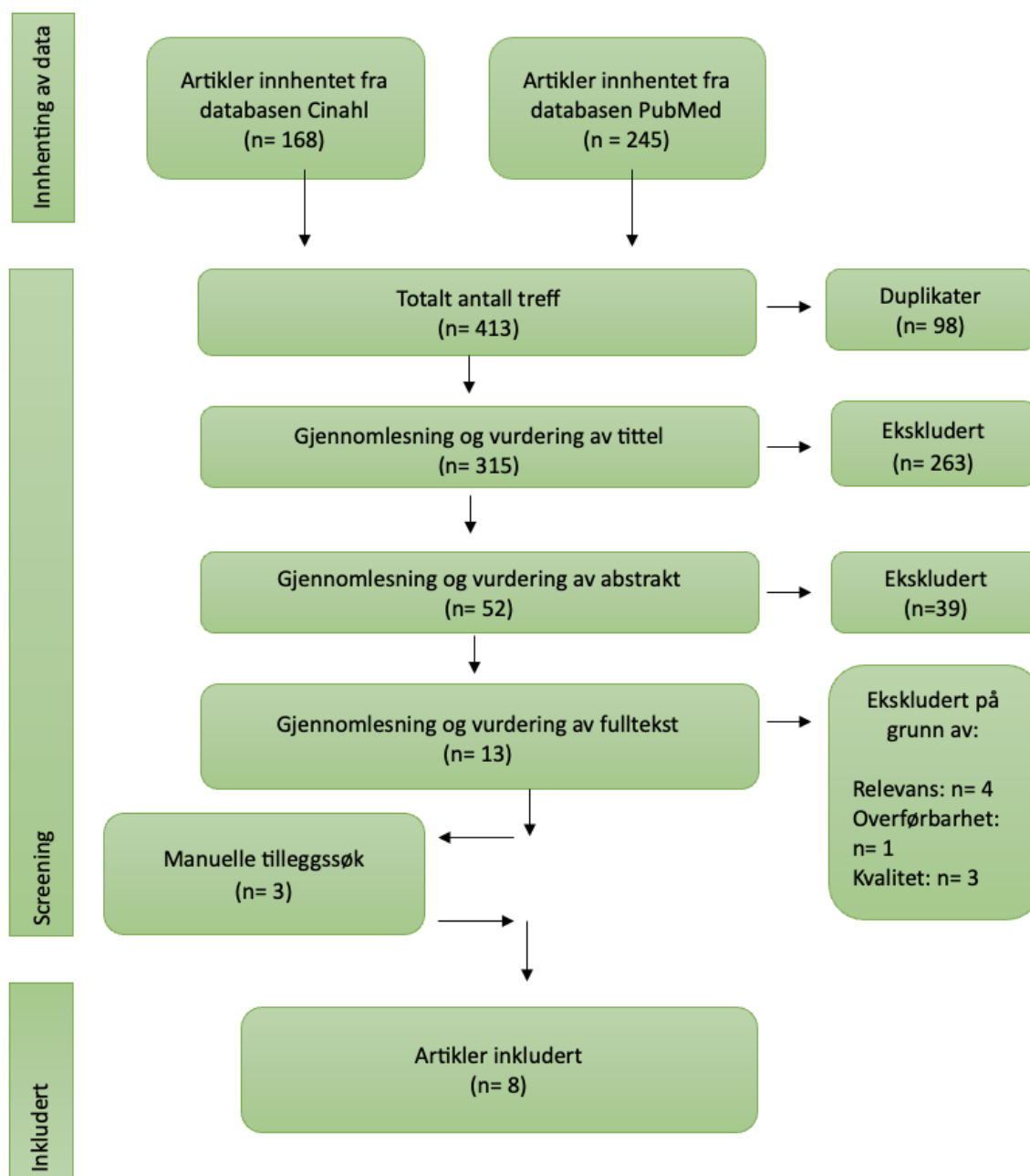
Tabell 4: Søkeord og MeSH-emneord.

3.2.4 Gjennomførte søk og utvelgelsesprosessen

For å optimalisere søkeprosessen ble søkeoperatorene «AND» og «OR» benyttet, som Polit og Beck (2021b) anbefaler. Eksempelvis ble «OR» brukt for å utvide søket med synonymer som «infant» og «premature», mens «AND» ble brukt for å kombinere ulike elementer i søket. I løpet av søkeprosessen ble det eksperimentert med trunkering og bruken av ord i fritekst ble utforsket, samt MeSH-termer, i forsøk på å maksimere antall relevante treff. De gjennomførte søkene finnes vedlagt (1) oppgaven.

I februar 2024 ble hovedsakene gjennomført, noe som resulterte i 315 treff etter fjerning av duplikater. Etter å ha ekskludert artikler basert på tittel og abstrakt, ble 13 artikler valgt ut til fulltekstlesning, som illustrert i figur 2. Etter grundig gjennomgang av fulltekstene, ble fire artikler ekskludert på grunn av manglende relevans og én på grunn av dens manglende overførbarhet til norske sykehus. Tre artikler ble videre ekskludert gjennom kvalitetsvurdering. Til slutt satt vi igjen med fem artikler som ble inkludert i oppgaven.

Vurderingene ble utført individuelt av hver forfatter og deretter sammenlignet. Eventuelle uenigheter ble løst gjennom faglige diskusjoner. Deretter ble det utført manuelle tilleggsøk, i tråd med Aveyard (2019). Dette innebar å undersøke referanselister og å undersøke artikler som refererer til de inkluderte studiene. Det ble også sett på relaterte artikler. Gjennom denne prosessen fant vi ytterligere tre artikler som møtte oppgavens kriterier, og dermed ble totalt åtte artikler inkludert. Figur 2 viser den fullstendige utvelgelsesprosessen.



Figur 2: PRISMA-diagram laget selv, inspirert av Aveyard (2019).

3.3 Kvalitetsvurdering

Etter fullført søkeprosess er det nødvendig å foreta en kvalitetsvurdering av alle inkluderte artikler. Aveyard (2019) påpeker at en grundig evaluering av studiens styrker og svakheter gir innsikt i artikkelens potensial for å bidra til å besvare forskningsspørsmålet. Kvaliteten på en artikkel er også av betydning da det må vurderes om den er egnet for inkludering i oppgaven.

Helsebiblioteket (2021) har utviklet sjekklister som kan benyttes for kritisk vurdering av artikler. Selv om artikkelen er publisert i anerkjente tidsskrifter, er det alltid nødvendig å evaluere artikkelens gyldighet, metodens kvalitet, presentasjonen av resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket, 2021).

Begge forfatterne har gjennomført individuelle kvalitetsvurderinger av samtlige artikler i samsvar med de kvalitative sjekklisterne presentert av Helsebiblioteket (2021). Ved uenigheter ble det samarbeidet for å komme fram til en konsensus. Sjekklisten fra Helsebiblioteket (2021) er inspirert av "CASP qualitative critical appraisal tool", som Aveyard (2019) beskriver som et egnet verktøy for kvalitetsvurdering. Aveyard (2019) understreker imidlertid at dette verktøyet ikke nødvendigvis passer for alle kvalitative studier, og at det derfor er nødvendig å anvende det med et kritisk blikk. Vi har vært bevisst på dette aspektet gjennom hele kvalitetsvurderingsprosessen. Kvalitetsvurderingen av artiklene er vedlagt (2) oppgaven.

Ifølge Aveyard (2019) er det i tillegg viktig å ta hensyn til kvaliteten av tidsskrifter der forskningen er publisert. Ved å bruke Kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å) evaluerte vi nivået av de ulike tidsskriftene der artiklene ble publisert. Nivå 1 representerer publiseringskanaler som oppfyller minimumskravene til vitenskapelighet, mens nivå 2 inkluderer de mest betydningsfulle og ledende publiseringskanalene. Alle studiene inkludert i oppgaven ble publisert i kanaler som er rangert som nivå 1.

3.4 Forforståelse

Forforståelse, som Polit og Beck (2021a) påpeker, er den eksisterende kunnskapen, erfaringene, antakelsene og perspektivene forfatterne bringer inn i studien. Denne forforståelsen kan påvirke tolkningen av data, spørsmål som stilles, og hvilke funn som vektlegges. Å være bevisst på forforståelsen er avgjørende for å unngå partiskhet. Forfatterne må aktivt arbeide med å redusere dens innvirkning for å sikre troverdige og pålitelige funn (Polit & Beck, 2021a).

Vår forforståelse er formet av egen akademisk bakgrunn, inkludert grunnutdanning i sykepleie og videreutdanning innen pediatri, samt vår arbeids- og livserfaring. Dette påvirker

hvordan vi ser på problemstillingen og funn, men også hvordan vi tolker svarene vi finner. Den ene forfatterens mangeårige erfaring fra arbeid på nyfødt intensiv gir en dyp forståelse av de praktiske og kliniske utfordringene i feltet. Dette kan føre til en mer detaljert analyse av data, men også føre til forutinntatte meninger om hva som fungerer best i praksis. På den andre siden bringer den andre forfatteren en ferskere akademisk tilnærming gjennom videreutdanning, en mer åpen holdning til teorier og metoder som ikke er like etablerte i praksis. Denne forfatteren kan dog mangle en dybdeforståelse som er nødvendig for å vurdere de praktiske utfordringene som preger praksisfeltet. Denne forskjellen i erfaringsbakgrunn kan potensielt påvirke vår tolkning og analyse av forskningsmaterialet, og vi må derfor kontinuerlig vurdere hvordan våre individuelle oppfatninger påvirker oppgaveprosessen.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonen, etablert i 1964, fastsetter normer og prinsipper for etisk forsvarlig gjennomføring av medisinsk forskning (World Medical Association, 1964). Dette inkluderer krav om overholdelse av anerkjente vitenskapelige prinsipper, vurdering av risiko og belastning, prioritering av forsøkspersoners interesser over vitenskapens, samt krav om frivillig og informert deltakelse (World Medical Association, 1964).

I Norge reguleres medisinsk forskning også av helseforskningsloven (2008), som fastsetter retningslinjer for forsvarlighet, taushetsplikt, samtykke, og andre relevante aspekter, samt forskningsetikkloven (2017). Målet med forskningsetikkloven (2017) er å sikre at forskning, både i offentlig og privat regi, utføres i samsvar med anerkjente forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017).

Ifølge Aveyard (2019) kreves det ikke tillatelse fra en etisk komité ved gjennomføring av en litteraturstudie, da forskningen bygger på eksisterende litteratur. I denne masteroppgaven må vi imidlertid være oppmerksomme på om forfatterne av de inkluderte artiklene har fulgt forskningsetiske retningslinjer og er fagfellevurdert.. Andre etiske hensyn som også må vurderes i de inkluderte artiklene inkluderer plagiering, dataforfalskning, og sikring av en balansert rapportering (Polit & Beck, 2021a).

3.6 Dataanalyse

Tematisk analyse er en kvalitativ forskningsmetode som brukes for å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller temaer i datamaterialet. Aveyard (2019) beskriver en tilnærming til tematisk analyse som er spesielt egnet for litteraturgjennomgang innen helse- og sosialfag. Aveyard (2019) legger vekt på å tillate at temaene kommer fra dataene selv. Dette krever at forskeren gjennomgår dataene flere ganger for å oppnå en dypere forståelse av hvordan temaene reflekterer deltagerens erfaringer (Aveyard, 2019). I oppgavens analyse er vi også inspirert av den trinnvise fremgangsmåten i kvalitativ analyse som beskrives i Hem et al. (2021).

Det første trinnet i vår tematiske analyse var å lese alle artiklene nøye og kritisk for å sikre en detaljert forståelse av innholdet. Aveyard (2019) anbefaler å lage et dataekstraksjonskjema for å samle inn detaljert informasjon om de inkluderte studiene (Vedlegg 3). Etter dette leste vi igjennom resultatdelen i hver artikkel for å identifisere meningsenheter, kondenserte disse og abstraherte meningen i det som beskrives som koder. For å effektivt kunne skille mellom kodene, og organisere de, ble det brukt ulike fargekoder. På denne måten ble det tydelig at det var flere koder som gikk igjen i flere artikler, noen som hørte sammen, og noen som var spesifikke for enkelte artikler. Deretter ble likheter og forskjeller i materialet sammenlignet, for å utforske hvordan kodene var relatert til hverandre. Avslutningsvis ble kodene kategorisert for å utvikle temaer. For å ha en oversikt ble det valgt å utarbeide et arbeidsskjema som tydelig viser hvilke funn som ble funnet i de respektive inkluderte artikler, dette kan sees i vedlegg (4).

Her tilpasset vi metodikken til Hem et al. (2021). Dette var en utfordrende prosess og vi gikk gjennom resultatdelen i artiklene flere ganger for å sikre at utsagnene hadde blitt tolket riktig, at sorteringer var korrekte og at temaene vi utviklet ikke overlappet hverandre. Det ble utarbeidet en tabell for å lettere skape oversikt over hvilke temaer som finnes i hver inkludert artikkel.

Tema	Å være far på nyfødt intensiv	Støttebehov for fedre	Faktorer som fremmer engasjement
Forfatter(e)/år			
Hugill et al. (2013)	X		
Ignell Modé et al. (2014)		X	X

Kim (2018)	X	X	X
Lebel et al. (2022)	X	X	X
Logan og Dormire (2018)	X	X	X
Lægteskov et al. (2023)	X	X	
Merritt et al. (2022)	X	X	X
Noergaard et al. (2017)	X	X	X

Tabell 5: Tematisk oversikt.

For å forsikre at temaene vi utviklet faktisk fanger essensen i funnene, ble det sjekket at vi fant funn som stemte med temaenes tittel i artiklene. Som en følge av dette ble det utført noen endringer av temaenes og kategoriens tittel for å treffe funnene mer presist. Vi har, gjennom hele prosessen, forsøkt å være åpne, systematiske, kreative og redelige, etter prinsippene til Hem et al. (2021) for en kvalitativ analyse.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres våre funn i samsvar med Aveyard (2019) sine anbefalinger. I underkapitlene er det utformet en oversikt over de inkluderte studiene i denne oppgaven. Videre presenteres det en tabell som viser hvilke undertemaer som er knyttet til hvert enkelt hovedtema, samt en presentasjon av hovedfunn.

4.1 Presentasjon av inkluderte artikler

Totalt åtte artikler ble inkludert i denne studien. I oversiktsmatrisen under (tabell 6) presenteres forfatter(e), årstall, tittel på tidsskrift, tittel, metode, hovedfunn, svakheter og styrker, kritisk vurdering, knyttet til hver enkel artikkel. Til sammen ble det intervjuet 91 fedre, og i én studie ble det også intervjuet mødre og sykepleiere. Fire av studiene er gjort i USA, tre i Skandinavia og én i Canada. Alle studiene ble publisert i 2013–2023, med en kvalitativ metode.

Forfatter/år/land/tidsskrift/	Tittel	Metode	Hovedfunn	Svakheter	Styrker	Kvalitets- vurdering
1. Hugill, K., Letherby, G., Reid, T. & Lavender, T. 2013 Storbritannia <i>Journal Of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing</i> Kanalregisteret: Nivå 1	<i>Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants.</i>	<p>En fokusert etnografi utført over 33 måneder med observasjoner, intervjuer og en etnografisk spørreundersøkelse</p> <p>Individuelle semistrukturerte intervjuer med 10 fedre.</p>	<p>Studien identifiserte tre hovedfunn: emosjonell tilbaketrekning og kontroll, stereotypier og blandede følelser. Emosjonell tilbaketrekning og kontroll handler om at fedrene opplevde et stort tap av egne følelser og at de ikke klarte å uttrykke disse. Flere ønsket også å være sterk for partneren sin.</p> <p>Temaet stereotypier handler om hvordan fedrene ble oppfattet og hvordan deres erfaringer var annerledes enn mødrene sine. For å håndtere situasjonene på nyfødt intensiv trakk fedrene seg tilbake til tidligere lært kjønnsbasert atferd, med en emosjonell frakobling for å beskytte seg selv.</p> <p>Blandede følelser omhandler hvordan fedrene forsøkte å forene motstridende følelser som glede over fødselen samt bekymringer for barnet og partneren.</p> <p>Forfatterne konkluderer med at det er behov for å ha en forståelse for fedres følelsesmessige reaksjon på prematur fødsel. Denne informasjonen kan brukes av sykepleiere til å kommunisere og samhandle bedre med fedre.</p>	<p>Intervjuene ble gjennomført i 2005–2006, noe som er lenge siden og avdelingen kan ha utviklet seg mye siden da.</p> <p>Forfatterne har ikke beskrevet etiske forhold som tillatelser, samtykke, taushetsplikt eller hvordan utvalget har blitt valgt.</p> <p>En av forfatterne var far til et prematurt barn, noe som kan ha påvirket studien på grunn av hans forforståelse</p>	<p>Studien er basert på empirisk forskning som utforsker fedres opplevelser, noe som gir konkrete og pålitelige data for å støtte funnene.</p>	<p>8/10</p> <p>Høy kvalitet</p>

<p>2. Ignell Modé, R., Mard, E., Nyqvist K. H. & Blomqvist, Y. T. 2014 Sverige <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit.</i></p>	<p>Studiedesignet var induktivt, kvalitativt og beskrivende, og ble gjennomført med semistrukturerte intervjuer.</p> <p>Studien foregikk på to forskjellige sykehus, hvor det ene hadde familierom og det andre ikke.</p> <p>8 fedre deltok.</p>	<p>Studien avdekket tre hovedfunn: oppfatning av informasjon, oppfatning av informasjonskilden og omstendigheter som påvirker oppfatningen av informasjon.</p> <p>I det første tema forklarte fedrene positive og negative oppfatninger av informasjonen de fikk, når de hadde størst behov for informasjon og hvordan informasjon ga de følelsen av mer kontroll.</p> <p>I det andre tema beskrives det hvordan og når fedrene fikk informasjon og hvordan det ble oppfattet negativt når informasjonen ikke var oppdatert.</p> <p>I det siste tema beskrives forståelsen av informasjon, mottakeligheten for informasjon og timingen på informasjonen.</p> <p>Det konkluderes med at det er viktig å finne ut hvilken informasjon hver far trenger, og hindre fedres følelse av usikkerhet om hva som forventes fra dem.</p>	<p>Flere av forfatterne jobbet der intervjuene ble utført, noe som kan påvirke fedrenes svar.</p> <p>Inklusjonskriterier var blant annet at barnet ikke kunne være i en akutt livstruende tilstand, noe som kan framstå som en svakhet da forskning på informasjonsoppfatelsen i disse familiene også er svært relevant.</p>	<p>Bruken av kvalitative metoder tillater en dyp og detaljert analyse av fedres erfaringer, noe som gir innsikt i deres følelser, behov og perspektiver.</p> <p>Studien er gjort i et nordisk land som kan være overførbart til Norge</p>	<p>9/10 Høy kvalitet</p>
<p>3. Kim, H. N. 2018 USA <i>Journal of Pediatric Nursing</i> Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>Social Support provision: Perspective of fathers with preterm infants.</i></p>	<p>Semistrukturerte intervju over telefonen med ti mødre og åtte fedre.</p> <p>Foreldre fra hele landet fikk muligheten til å delta.</p>	<p>Det var tre hovedfunn i studien: støtte fra helsepersonell, støtte fra partner og støtte fra andre fedre.</p> <p>I støtte fra helsepersonell menes oppdateringer online, inkludering av fedrene på nyfødt intensiv, intervensjoner tidlig i forløpet og oppmuntring fra helsepersonell.</p> <p>I støtte fra partner inkluderte de hvordan mødrene lærte fedrene prosedyrer eller stell av barnet, hvordan foreldrene kunne hjelpe hverandre og fedrenes bekymringer for forholdet til partneren.</p> <p>I støtte fra andre fedre var det fokus på hvordan andre fedre på nyfødt intensiv i samme situasjon var en god støtte.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at fedre har ulike støttebehov knyttet til informasjon, tilhørighet og emosjonell støtte. Det anbefales at et sosialt støttesystem tilpasses for å bedre imøtekomme fedres behov.</p>	<p>Studien har ikke beskrevet etiske forhold som hvilken informasjon fedrene fikk, taushetsplikt eller forfatterens egen forforståelse.</p>	<p>En styrke at fedrene hadde hjemme i minimum to uker, da tanker og følelser rekker å synke inn.</p>	<p>8/10 Høy kvalitet</p>

<p>4. Lebel, V., Feeley, N., Gosselin, É. & Axelin, A. 2022 Canada <i>Advances in Neonatal Care</i> Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>Emotional Closeness Among NICU Fathers: a qualitative descriptive study.</i></p>	<p>Studien er en del av en større studie. Data ble innhentet fra sosiodemografiske spørreskjema, fedre som førte dagbok 14 dager i forkant av rekruttering, og semistrukturerte intervju med 30 minutters varighet. Åtte fedre deltok.</p>	<p>Det var fem hovedtemaer som ble identifisert for å beskrive emosjonell nærhet; kontekst, egenskaper, betingelser, konsekvenser og prosesser. Temaet kontekst inkluderte muligheten til å være til stede og velge selv når man ville besøke barnet. Samtidig, hvis fedrene var separert fra barnet, følte de nærhet via teknologi eller ved å tenke på barnet. Egenskaper ble beskrevet som at det var vanskelig å beskrive den spesielle følelsen de hadde til barnet, blandede følelser og at nærhet vokser over tid. Betingelser ble beskrevet som påvirkning av konteksten, i form av miljøet, faktorer relatert til far, til mor, til foreldresamarbeidet og far-barn-relasjon. Konsekvenser ble beskrevet av fedrene som den ultimate konsekvensen av emosjonell nærhet var utviklingen av far-barn-relasjonen. Siste funnet var at det er en prosess, som tar tid og som er fullt med ulike komponenter. Artikkelen konkluderer med at ved å vite mer om den emosjonelle nærhetsprosessen kan sykepleiere rette sine intervensjoner mot å styrke fedres emosjonelle nærhet og forstå deres opplevelse bedre.</p>	<p>Forfatterne har ikke beskrevet sin egen forforståelse. Små variasjoner i karakteristika hos de inkluderte partene.</p>	<p>Et tema som er lite undersøkt fra før, noe som gjør at studien bringer ny kunnskap. Gjort i avdeling som ligner på avdelinger i Norge, bidrar til å skape overførbarhet.</p>	<p>9/10 Høy kvalitet</p>
---	--	--	---	---	---	------------------------------

<p>5. Logan, R. M. & Dormire, S. 2018 USA <i>Advances in Neonatal Care</i> Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>Finding My Way: a phenomenology of fathering in the NICU.</i></p>	<p>En fenomenologisk studie for å utforske fedres opplevelse av å bli far til et prematurt barn.</p> <p>Syv fedre ble intervjuet.</p>	<p>Studien fant fire hovedtemaer som er: selvrefleksjon og tilpasning, motstandskraft, holde barnet og finne sin plass.</p> <p>Første tema omhandlet fedrenes opplevelse av den premature fødselen, sykehusinnleggelsen og det nye livet. Flere var skuffet over å forlate spedbarnet på sykehuset og følte de “dro hjem uten noe”.</p> <p>Andre tema handlet om berg-og-dalbanen med følelser som traff fedrene. Flere fant sin rolle i å støtte familien til å holde ut, eller fokusere på én dag om gangen.</p> <p>Det tredje tema så på fedrenes følelser rundt spedbarnet og hvordan de dannet bånd med barnet.</p> <p>Det fjerde tema fokuserte på at fedrene fornyet troen sin, opprettholdt et forhold til barnets mor og å finne mening, samtidig som man skal passe inn i den nye rollen som pappa.</p> <p>Studien konkluderer med at fars erfaringen på nyfødt intensiv er kompleks, og fedre har unike behov. Sykepleiere som forstår denne erfaringen, kan hjelpe fedre gjennom strategisk støtte og oppmuntring.</p>	<p>Det er ikke beskrevet om fedrene ble informert om taushetsplikt og muligheten til å trekke seg.</p> <p>Forfatterne har ikke beskrevet sin egen forforståelse.</p>	<p>Fedrene hadde vært på nyfødt intensiv fra to uker til over tre måneder, dette ga fedrene mange erfaringer å dele.</p>	<p>9/10 Høy kvalitet</p>
<p>6. Lægteskov, T. R., Holm. K. G., Pettersen, M., Lysdal, R. K., Hjelvang, B. R. & Brødsgaard, A. 2023 Danmark <i>Advances in Neonatal Care</i> Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>Father groups in the Neonatal intensive Care unit</i></p>	<p>Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.</p> <p>Ti fedre ble intervjuet.</p>	<p>Studien hadde to hovedtemaer; møte med likesinnede og dele erfaringer og fars territorium.</p> <p>Det første tema møte med likesinnede og dele erfaringer, hvor fedrene anerkjente hverandres følelser, og samtaler ble et sted for å bearbeide følelser og sjokket av å få et prematurt barn. Flere fedre sa også at de hadde ønsket å delta på samtaler tidligere.</p> <p>I det andre tema Fars territorium beskrev flere fedre at de følte seg utelatt av helsepersonellet. Gruppesamtaler ble derfor et sted de følte seg inkludert. Fedrene hadde også behov for et sted å luften tanker og følelser uten partneren.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at fedrene som deltok i fedregruppene fikk god emosjonell støtte, mestringsfølelse, økt kapasitet til å håndtere situasjonen og anerkjennelse av farsrollen.</p>	<p>Begrenset variabilitet av de inkluderte fedre, kan føre til få synspunkter.</p>	<p>Intervjuene ble gjennomført i 2021-2022, som gjør det til ferske funn.</p> <p>Studie gjort i Danmark, overførbart til Norge.</p>	<p>10/10 Svært høy</p>

<p>7. Merritt, L., Maxwell, J. & Urbanosky, C.</p> <p>2022 USA</p> <p><i>Advances in Neonatal Care</i></p> <p>Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>The Needs of NICU Fathers in Their Own Words: a qualitative descriptive study.</i></p>	<p>Denne studien ble utført ved å bruke et kvalitativt beskrivende design.</p> <p>28 fedre ble intervjuet med semistrukturert tilnærming via Zoom.</p>	<p>Studien identifiserte tre hovedfunn; behov for støtte, behov for åpenhet og behov for anerkjennelse.</p> <p>Det første funnet fokuserte på fars behov for støtte på nyfødt intensiv. Funnet fokuserte på opplevelsen av å være en far på nyfødt intensiv og frykten og angsten som fulgte med.</p> <p>Det andre temaet behov for åpenhet fokuserte på at fedrene ønsket å motta informasjon direkte og behov for ærlighet og trygghet.</p> <p>Det tredje temaet behov for anerkjennelse fokuserte på at fedre skal bli anerkjent. Flere fedre følte seg maktesløse, lite involvert og usynlige fordi nyfødt intensiv handlet mye om mor.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at sykepleiere bør vurdere hver enkelt fars individuelle behov. Mødre og fedre har lignende behov, men det kreves ulike intervensjoner for å møte disse.</p>	<p>Forfatterne har ikke beskrevet etiske forhold.</p> <p>Noen av deltakerne hadde barn på nyfødt intensiv for 16 år siden.</p> <p>Seleksjonsskjevhet.</p> <p>Noen hadde kun vært på nyfødt intensiv i tre dager.</p>	<p>Intervjuene ble gjennomført fra januar 2020 til juni 2020, som gjør det til ferske funn.</p>	<p>8/10</p> <p>Høy kvalitet</p>
<p>8. Noergaard, B., Ammentorp, J., Fenger-Gron, J., Kofoed, P-E. & Johannessen, H.</p> <p>2017 Danmark</p> <p><i>Advances in Neonatal Care</i></p> <p>Kanalregisteret: Nivå 1.</p>	<p><i>Fathers' Needs and Masculinity Dilemmas in a Neonatal Intensive Care Unit in Denmark</i></p>	<p>“Mixed method” hvor det ble brukt observasjon, semistrukturerte intervju, flere sekvensielle intervju og fokusgruppe intervju.</p> <p>Fem fedre deltok i semistrukturerte intervju, fire fedre på sekvensielle intervju og tre fedre i fokusgruppe intervju.</p>	<p>To hovedtemaer ble identifisert; fedre som omsorgspersoner og forsørgere, og fedre og følelser.</p> <p>Det første temaet snakker om kjønnsrollene på nyfødt intensiv og hvordan fedrene følte at fokuset var mest på moren og barnet. Det tas også opp hvordan det opplevdes for fedrene å være far til et prematurt barn. Forfatterne skriver om at fedrene ønsket direkte informasjon fra personalet. Det beskrives hvordan fedrene ofte måtte jobbe i tillegg, og hvilke bekymringer dette medførte.</p> <p>Det andre temaet snakker om frykten for å oppleve tap. At fedrene ønsket å være den sterke foran partneren sin og hvor vanskelig det var å snakke om følelser.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at helsepersonell må være oppmerksomme på fedres behov og ønsker om å være likeverdige foreldre.</p>	<p>Noen av fedrene hadde kun vært på nyfødt i to dager, noe som kan gi lite erfaringer å dele.</p> <p>Forfatterne har ikke beskrevet sin egen forforståelse.</p>	<p>Studie gjort i Danmark, overførbar til Norge.</p> <p>Stor variasjon i utvalget av deltakere.</p>	<p>9/10</p> <p>Høy kvalitet</p>

4.2 Funn

På bakgrunn av analysen ble funnene sammenfattet til totalt tre temaer; å være far på nyfødt intensiv, støttebehov for fedre på nyfødt intensiv og faktorer som fremmer fars engasjement i daglig omsorg av barnet. I tabellen under vises kategoriene knyttet til hvert enkelt tema.

Tema	Kategorier
Å være far på nyfødt intensiv	<ul style="list-style-type: none">- Emosjonell kontroll- Fars rolle- Erfaringer og opplevelser- Partner- Bli anerkjent- Andre ansvarsområder- Stress
Støttebehov for fedre på nyfødt intensiv	<ul style="list-style-type: none">- Partner- Informasjon- Kommunikasjon- Støttebehov- Trygging- Tro og håp
Faktorer som fremmer fars engasjement i daglig omsorg av barnet	<ul style="list-style-type: none">- Følelser- Bli inkludert- Tilknytning- Forbedringsforslag

Tabell 7: Tema etter tematisk analyse.

4.2.1 Å være far på nyfødt intensiv

Fedres rolle på nyfødt intensivavdeling er kompleks og kan være preget av følelser, utfordringer og behov, som kan identifiseres i flere av de inkluderte studiene i oppgaven (Hugill et al., 2013; Kim, 2018; Lebel et al., 2022; Logan & Dormire, 2018; Merritt et al., 2022; Noergaard et al., 2017).

Hugill et al. (2013) utforsket fedrenes følelsesmessige reaksjoner ved første møte med nyfødt intensiv-miljøet. Noen fedre opplevde ukontrollerbare følelser, mens andre erfarte at det var deres rolle å være den sterke i familien og skjulte dermed sine følelser. En far beskrev det

som: “The NICU being a mostly female environment can be overbearing, leaving dads feeling uncertain about what to do” (Hugill et al., 2013, s. 658). En annen far skildret det slik:

I guess the thing is that if I am with my wife or my mother and she is upset I try to play the figure that’s the strong one and hold it all together, look after my children because you can’t do that if you are crying your eyes out. (Hugill et al., 2013, s. 658)

Kim (2018) rapporterte om fedrenes bekymringer angående inkludering og kommunikasjon fra helsepersonell på nyfødt intensiv. Mange fedre følte seg ekskludert og hadde begrenset kunnskap om medisinske forhold på grunn av travle timeplaner på jobb. Flere fedre rakk ikke å lese seg opp og fikk derfor all informasjon om barnets tilstand gjennom partner, og var nødt til å stole blindt på dette, samme funn ses i Noergaard et al. (2017). En far beskrev det slik:

Some nurses and doctors are mainly communicating to her. I am just hearing it from her, but she may not understand what they are telling her. My issue is that the mother is the parent, and the father is just kind of person standing there in the background. It would be nice if the providers treated both parents equally. (Kim, 2018, s. 46)

I Lebel et al. (2022), Logan og Dormire (2018), og Kim (2018) beskriver funnene fedrenes utfordringer når de forsøker å håndtere forpliktelser utenfor nyfødt intensiv, samtidig som de ønsket å være til stede for barnet. Fedrene hadde andre forpliktelser som jobb, andre barn å ivareta, oppdatere resten av familien og husholdningsansvar, noe som tok mye av deres kapasitet. Fedrene ga uttrykk for at følte seg dratt mellom de ulike forpliktelsene og fikk ikke vært på nyfødt intensiv like mye som de ønsket. Praktiske forslag som gratis parkering, bedre besøksrom og tilgang til gratis mat kom fra fedrene i Merritt et al. (2022), i håp om å minimere praktiske bekymringer og økonomisk stress.

I sin studie konstaterer Logan og Dormire (2018) at fedrene opplevde en følelse av å bli trukket i ulike retninger og knyttet sine opplevelser på nyfødt intensiv til stress. Det var utfordrende å måtte dra hjem uten barnet sitt, og fedrene ga også uttrykk for bekymring for partneren sin, når de forlot avdelingen. Fedrene erfarte at de var på fremmed territorium og følte seg ikke komfortable på nyfødt intensiv. Det var mye fokus på mor og det nyfødte barnet og derfor beskrev en far at han følte seg som morens assistent, mens andre følte at det var viktigst at moren fikk mest tid med barnet. Noen av fedrene uttrykte hvordan de fant sin rolle gjennom å være støttende ovenfor mor. Én far forklarte hvordan han valgte å sette sine egne behov til side for å ivareta familiens behov. Han fant sin plass ved å støtte familien gjennom

tøffe tider, ved å fokusere på én dag om gangen og ved å gjenoppta så mye av det "normale" som mulig.

Det kom tydelig fram at fedrene ønsket å bli inkludert og engasjert i omsorgen for barnet sitt (Lebel et al., 2022; Merritt et al., 2022; Noergaard et al., 2017). Fedrene satte pris på å bli involvert i hverdagsrutinene på nyfødt intensiv og å få spesifikke instruksjoner om hvordan de best kunne ivareta barnet sitt. Fedrene beskrev flere dempende faktorer for sine psykiske belastninger; blant annet at helsepersonell var imøtekommende og hjalp fedrene med å samhandle med barnet sitt. Det var likeså viktig at fedrene selv hadde et godt samarbeid med mødrene. I tillegg presiserte fedrene at når familien hjalp med oppgaver på hjemmefronten, kunne de være mer til stede på nyfødt intensiv. Merritt et al. (2022) og Noergaard et al. (2017) pekte på utfordringene med å være "NICU-dads" og å føle seg usynlige eller utelatt i omsorgen for barnet. Dette var spesielt tydelig når mødrene var til stede, da fedrene opplevde at fokuset ble mest på mor. Fedrene beskrev at de erfarte en annen type stress enn mødrene, da mødrene kunne tilbringe hele dagen på nyfødt intensiv, mens fedrene måtte dra på jobb.

4.2.2 Støttebehov for fedre på nyfødt intensiv

Støtte fra helsepersonell er avgjørende for fedres opplevelse av omsorgsforløpet for premature barn. Fedres opplevelser av støtte på nyfødt intensivavdeling, utfordringer med kommunikasjon og informasjon, samt betydningen av sosiale støttegrupper, blir også belyst (Ignell Modé et al., 2014; Kim, 2018; Logan og Dormire, 2018; Merritt et al., 2022; Lægteskov et al., 2023; Noergaard et al., 2017).

Ignell Modé et al. (2014) og Kim (2018) understreker begge betydningen av støtte fra helsepersonell, spesielt når det gjelder tilgjengelighet, informasjon og veiledning i den daglige omsorgen for barnet. Å møte sosionom, eller annet tverrfaglig personell, som kunne veilede innen rettigheter tidlig i forløpet, var viktig. En far beskrev: "There is not a lot of support that targets fathers. I find that dads tend to become a shadow in the NICU [...]" (Kim, 2018, s. 46).

Ignell Modé et al. (2014) fant at informasjon og omvisning på avdelingen i forkant av fødsel hjalp fedre mentalt fordi de ble mer forberedt på det som skulle skje i tiden framover. Fedrene

erfarte god støtte når de hadde ukentlige møter med teamet rundt barnet, som lege, barnesykepleier, fysioterapeut og eventuelt sosionom. Når det var samme helsepersonell som hadde ansvar for pleien av barnet, opplevde fedrene god støtte, de kunne slappe mer av og kunne stole på personalet som var på vakt. Det var også positivt at det var flere involverte leger, da fedrene erfarte at ingen behandlingsvalg ble utelukket. Så lenge fedrene følte at de ble behandlet som unike individer, opplevde de seg godt støttet.

Kim (2018) fant at flere fedre bar på bekymringer for å ikke bli inkludert i pleien. Flere fedre satte stor pris på at partneren kunne veilede dem i pleie av barnet, mens andre ønsket denne type veiledning fra helsepersonell. Det var viktig for fedrene at de ble inkludert i kommunikasjon rundt barnet, og at de da fikk muligheten til å føle emosjonell støtte. Fedrene erfarte at helsepersonell bare ga informasjon til moren, og at dette var utfordrende, da mor skulle videreføre informasjonen til far. Funnene i Ignell Modé et al. (2014) og Kim (2018) påpeker også utfordringer knyttet til å motta informasjon fra ulike helseprofesjoner. Dette skyldtes at fedrene opplevde at samme informasjon kunne bli presentert på forskjellige måter av ulike faggrupper.

Tillit til helsepersonell spilte en viktig rolle i fedrenes opplevelse av støtte, som nevnt av Logan og Dormire (2018). I sistnevnte studie var det en far som beskrev at han følte seg som morens assistent, og at han hadde behov for å bli integrert i pleie av barnet, og å få nok kunnskap om medisinsk-teknisk utstyr, alarmgrenser, mat, vekt og lignende. For fedre i denne studien var støtte gjennom religion og håp betydningsfullt.

Merritt et al. (2022) rapporterte om flere fedre som beskrev behovet for å få veiledning underveis i pleien av barnet sitt og hvor viktig dette var for dem; "I felt clueless. I needed reassurance that I was doing things right" (Merritt et al., 2022, s. 98). Flere fedre var også tydelige på hvor viktig det var for dem å bli anerkjent som likestilt i omsorgen av barnet, som det mor ble.

Likesinnede støttegrupper, eller nettverk, for fedre på nyfødt intensiv ble verdsatt. Dette bekreftes av funnene til Kim (2018), Lægteskov et al. (2023) og Merritt et al. (2022). Ved å kunne dele tanker, følelser og erfaringer med andre fedre i lignende situasjoner, uten at partner var til stede, ga en følelse av fellesskap og støtte som var avgjørende for fedrenes

psykiske helse. To fedre beskrev; “[...] You are fighting in a battle with other fathers, who are also in the same situation” (Lægteskov et al., 2023, s. 482).

Å lytte til hvordan andre fedre beskrev sine opplevelser, gjorde det enklere å reflektere over egen situasjon. Dette skapte en følelse av samhørighet og egen betydning for omsorgen av det premature barnet. Fedrene understreket viktigheten av å begynne å bearbeide sjokket over å få et prematurt barn for sin egen psykiske helse, og få bekreftelse på at deres følelser ikke var unormale. Fedrene beskrev at de opplevde å bli sterkere mentalt, samt at deres kapasitet til å være den støttende partneren ble større. Fedrene fikk mulighet til å lytte til hvordan andre fedre hadde mestret å gjennomgå et prematurt forløp og ble dermed motivert til å mestre det selv. Ettersom flere fedre opplevde at deres tilstedeværelse ikke var like nødvendig på avdelingen, ble farsgruppen et sted som var dedikert til dem. Flere fedre ga uttrykk for at de skulle ønske de hadde deltatt i gruppene tidligere (Lægteskov et al., 2023).

Fedre i Noergaard et al. (2017) sin studie uttrykte vanskeligheter med å alltid skulle være den sterke partneren i relasjonen, og ikke motta noe støtte selv. Fedrene ga uttrykk for ønske om et støtteapparat kun for fedre. Fedrene opplevde det også utfordrende at de ikke ble like involvert som mor, spesielt om mor var til stede. “I have to cheer her up, but no one helps me. It is difficult to bear [...]” (Noergaard et al., 2017, s. 19). Studien beskriver videre funn som understreker betydningen av å bli støttet av helsepersonell til å ta del i pleien av barnet sitt, selv om barnet er lite. Fedrene ga uttrykk for at de ikke hadde tillit til egne evner for å ivareta barnet og at de behøvde spesifikke instruksjoner. Det var viktig for fedrene at helsepersonell var til stede og tilgjengelige. Fedrene påpekte at de ønsket å delta i milepæler, som barnets første bad, avvenning av pustestøtte og bytte fra kuvøse til krybbe (Noergaard et al., 2017).

4.2.3 Faktorer som fremmer fars engasjement i daglig omsorg av barnet

Studiene inkludert i oppgaven understreker viktigheten av tydelig informasjon, tilstedeværelse og støtte fra helsepersonell for å fremme fedres tilknytning og involvering i omsorgsprosessen for premature barn (Ignell Modé et al., 2014; Kim, 2018; Lebel et al., 2022; Logan & Dormire, 2018; Lægteskov et al., 2023; Merritt et al., 2022; Noergaard et al., 2017).

Studien til Ignell Modé et al. (2014) fant at tydelig informasjon fra helsepersonell gjorde det mulig for fedrene å engasjere seg mer i aktiviteter og lettere knytte bånd til barnet sitt. Tilsvarende fant Lebel et al. (2022) og Merritt et al. (2022) at tilstedeværelse på nyfødt intensiv var viktig for fedrene relatert til å fremme tilknytning til barnet. Muligheten til å være til stede døgnet rundt og gi direkte omsorg gjennom handlinger, som hud-mot-hud og ivaretagelse av barnets grunnleggende behov, bidro til en følelse av nærhet og tilknytning.

Fedrene opplevde også en form for tilknytning og emosjonell nærhet selv om de ikke var fysisk til stede på avdelingen, som når de tenkte på barnet sitt og savnet det. Det samme gjaldt fedrene som hadde kontakt med mor som var innlagt, og fikk oppdateringer og bilder via henne. Flere fedre ga uttrykk for at en støttende holdning fra helsepersonell, god relasjon mellom mor og far, en støttende rolle ovenfor partner og muligheten for privatliv for å pleie barnet, var sentrale faktorer for å knytte bånd til barnet (Lebel et al., 2022).

Følelsen av tilknytning kunne identifiseres gjennom både positive og negative følelser, slik som glede, håp, stolthet, frykt, angst og tristhet. En deltager i studien beskrev det slik; “[...] is when there is this feeling of joy, that is often mixed with... this worry, a great worry [...]” (Lebel et al., 2022, s. 17).

Demonstrasjon av medisinsk-teknisk utstyr og omfattende informasjon kunne redusere bekymring blant fedre (Ignell Modé et al., 2014). Bruk av brosjyrer for generell informasjon om avdelingen og premature ble foreslått. Fedrene hadde ønsker om å få informasjon både skriftlig og muntlig, og at informasjonen ble gitt til begge foreldre. Merritt et al. (2022) sine funn støtter at informasjonen skal gis direkte til far, og ikke gjenfortelles av mor. Timingen for informasjon bør tilpasses bedre, slik at informasjonen blir oppfattet, som også påpekt av fedrene i Kim (2018) sin studie. En far forklarte: “Sometimes when you are kangarooing and they pass during rounds [...] it is difficult to have a discussion when 80% of your brain is focusing on the infant, and you just try to engage in conversation” (Ignell Modé et al., 2014, s. 134).

Logan og Dormire (2018) fant at å holde barnet sitt var en viktig måte for fedrene å bekrefte sin relasjon og knytte bånd til barnet. Alle deltagerne i denne studien unngikk dette i begynnelsen, som en type forsvarsmekanisme, fordi barnet var lite og fedrene fryktet å skade det. Noen fedre begrunnet dette med kunnskapsmangel og å ikke vite hvordan ivareta en

prematuro, og beskrev det slik; “He was tiny ...” og “my hands are too big” (Logan & Dormire, 2018, s. 159).

Det opplevdes sterkt og utfordrende å se barnet sitt i lukket kuvøse med sonder, katetre, pustestøtte og diverse monitorer og å raskt skulle ta beslutninger om behandling. Dette ble lettere når fedrene hadde mer kunnskap om medisinsk-teknisk utstyr og knyttet et bånd med barnet. Det opplevdes som enklere å knytte seg til barnet ved å ha et spesifikt fokus, og for flere fedre ble dette “tracking” av for eksempel mat og vekt (Logan & Dormire, 2018).

Lægteskov et al. (2023) og Merritt et al. (2022) sine funn understreker betydningen av fedregrupper og nettbaserte familieportaler for å redusere stress og støtte fedres ønske om å se barna sine, eksempelvis via webkamera. Kim (2018) og Logan og Dormire (2018) sine funn understreker også viktigheten av å tilby fedre nettbaserte oppdateringer om barnets tilstand og informasjon om avdelingen.

Noergaard et al. (2017) fant at fedre som opplevde keisersnitt, fikk muligheten til tidlig tilknytning til barnet, som bidro til å styrke båndet mellom far og barn. Videre fremhevet fedrene i denne studien behovet for å tilrettelegge legevisitt-tider, slik at de kunne være til stede. Generelt ønsket fedrene mer informasjon enn det partneren kunne gjenfortelle, og for eksempel spesifikke blodprøvesvar, framfor “blodprøvene var fine”.

5 Diskusjon

Funnene viser at fedrene opplevde andre følelsesmessige utfordringer og hadde andre støttebehov enn mødrene. Funnene viser også at fedrene hadde andre behov knyttet til informasjon og kommunikasjon, og at deres erfaringer med tilknytning til barnet sitt og involvering på nyfødt intensiv var vesentlig annerledes sammenlignet med mødrenes. Disse funnene vil diskuteres opp mot teori og forskning som er lagt til grunn for oppgaven.

Avslutningsvis vil dette kapittelet inneholde en diskusjon av metodens design, og en refleksjon av oppgavens styrker og svakheter, samt generaliserbarhet, implikasjoner for praksis og videre forskning.

5.1 Følelsesmessige utfordringer og støttebehov

Når et barn legges inn på nyfødt intensiv kan det føles skremmende for foreldrene. Alle reagerer ulikt, men mange opplever angst, maktesløshet, tap av kontroll, skyld og skam (Moe et al., 2017). Foreldrenes reaksjoner gjenspeiler ikke nødvendigvis alvorlighetsgraden til barnets tilstand, og flere faktorer som kan være belastende for foreldrene er blant annet det teknologiske miljøet, utseende til barnet, med tanke på alt som er tilkoblet, og tapet av den forventede foreldrerollen (Govidaswamy et al., 2019; Moe et al., 2017). Fedrene i Hugill et al. (2013) var splittet i måten de opplevde sitt første møte med nyfødt intensiv. Flere opplevde at det første møtet utløste ukontrollerte følelser, mens andre følte de ikke klarte å gråte. Andre fedre følte at det var deres rolle å være den sterke i familien og at de måtte holde igjen, slik at de kunne støtte partneren sin. Det kan være en tøff belastning for fedre å være overveldet av mye følelser, samtidig som de skal være den trygge i familien. Flere av fedrene i Hugill et al. (2013) beskrev at de hadde blandede følelser og redsel for barnets og partnerens velvære. Dette kommer også fram i Hagen et al. (2016), der fedrene slapp løs følelsene når de var alene, mens de ellers prøvde å være den sterke i familien. I tilfeller der mor ble dårlig etter fødselen, var farens største bekymring moren og ikke barnet på nyfødt intensiv. Det kan derfor være naturlig at mange fedre ikke klarer å være til stede på nyfødt intensiv de første timene eller dagene, da deres tanker og følelser er mer rettet mot partneren.

I Lebel et al. (2022), Logan og Dormire (2018) og Kim (2018) beskrev fedrene at de ble dratt mellom å være til stede for det premature barnet og med andre forpliktelser som jobb, storesøsken eller husholdning. Selv om noen familier bytter på hvem som er hjemme med søsken, er det av naturlige grunner ofte far som må være hjemme. Mor må ofte være tilgjengelig på nyfødt intensiv med pumpet morsmelk og/eller ved amming. I Norge er det gode ordninger med pleiepenge, slik at ingen av foreldrene må dra på jobb når de har barn innlagt på nyfødt intensiv (Folketrygdloven, 1997). Likevel er det tilfeller der foreldre er selvstendig næringsdrivende eller studenter, noe som gjør at de er nødt til å være noe på jobb eller på skole. Fedrene i de overnevnte artiklene fortalte at de andre forpliktelsene skapte en uro hos dem, og de opplevde å bli dratt i ulike retninger. Dermed ble opplevelsen med det nyfødte barnet forbundet med stress. Fedrene hadde et ønske om å være til stede, men på grunn av situasjonen ble dette vanskelig. Fedrene hadde flere ulike bekymringer som påvirker dem, og fedrene i Amorim et al. (2019) og Merritt et al. (2022) foreslo at gratis parkering, bedre besøksrom og tilgang til gratis mat kunne minske bekymringene deres. Dette er tydelige tilbakemeldinger fra fedre som sykehus kan gjøre noe med, som vil minske bekymringer og det økonomiske presset, og muligens gjøre at fedre klarer å være mer til stede for barnet og familien sin.

I familiesentrert omsorg er det en viktig del at foreldrene deltar aktivt i den daglige omsorgen (Jackson & Wigert, 2013). Ikke alle fedrene fikk deltatt like aktivt i den daglige omsorgen for barnet sitt, eksempelvis fordi de ikke var til stede i avdelingen (Kim, 2018; Lebel et al., 2022; Logan & Dormire, 2018). Dette kan føre til ulik deltagelse blant familier og det kan være vanskelig for helsepersonell å balansere behovet for familiedeltagelse med behovet for å sikre optimal omsorg for barnet. Det kan være viktig å adressere utfordringene knyttet til dette gjennom tydelig kommunikasjon, støtte og tilpassede omsorgsplaner for hver familie (Mirlashari et al., 2020). Barnesykepleieren har ansvar for at barnet har én omsorgsperson innlagt med seg hele innleggelsen. Det kan likevel bli mye ansvar for mor alene hvis far er nødt til å være et annet sted. I familiesituasjoner hvor fedre ikke kan være like mye til stede, kan det tilrettelegges for at et annet familiemedlem er med og bidrar (Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk sykepleierforbund, 2021). Dette kan redusere stresset fedre opplever når de er nødt til å etterlate mor alene med det premature barnet. Flere av fedrene i studien til Logan og Dormire (2018) forklarte at de syntes det var utfordrende å kjenne på følelsen av å måtte dra hjem uten barnet sitt, og de var også bekymret for partneren sin når de måtte dra.

Til tross for at helsepersonellet hadde intensjoner om å inkludere fedrene, rapporterer Kim (2018) at fedrene ofte følte seg marginalisert i omsorgsprosessen, og beskrev seg selv som “skygger” på nyfødt intensiv. Dette utfordrer den tradisjonelle rollen til helsepersonell som ofte fokuserer på morens behov, da fedrene kan føle seg etterlatt, uten støtten som er nødvendig når familien skal ses på som en helhet (Heyn, 2018). Ofte rettes hovedfokuset mot mor, naturligvis fordi det er viktig for barnet og mor at melkeproduksjon og amming blir opprettet. Hud-mot-hud-kontakt med mor har vist seg å være gunstig for å stimulere melkeproduksjonen, og i de tilfeller det er mulig prioriteres det at mor får barnet på brystet først (Häggkvist, 2021). Morsmelk har også en stor betydning for premature barn (Grønn, 2021). I praksis legges det derfor stor vekt på å tilrettelegge for hud-mot-hud med mor for å sikre at barnet får den beste mulige omsorgen og næringen i denne kritiske perioden. Det kan derfor være nødvendig finne andre måter å inkludere fedre på, slik at de føler seg inkludert selv om mor-barn-kontakt prioriteres først. Dette kan være å inkludere fedre i ammeveiledning og pumperutiner, slik at far blir en ressurs ovenfor mor (Häggkvist, 2021).

En mangel på anerkjennelse og støtte til fedre kan ha konsekvenser for både egen helse og velvære, men også mors helse og barnets utvikling. Det er allerede kjent at fedre kan oppleve betydelig psykisk stress, depresjon og angst i forbindelse med et barns innleggelse på nyfødt intensiv. En følelse av hjelpeløshet og utilstrekkelighet, forsterket av mangel på direkte engasjement og støtte, kan forverre disse tilstandene (kilde).. Tidlig støtte viste seg å bidra til å redusere disse risikoene og forbedre fedrenes psykiske helse (Wong et al., 2015). Mors velvære var tett knyttet til støtten hun mottok fra partneren (Reichman et al., 2014), og når fedre opplevde seg inkludert og støttet, var de bedre i stand til å gi effektiv støtte til mødre (Lægteskov et al., 2023). På bakgrunn av dette kan det sies at støtte til fedre indirekte bidrar til bedre velvære for mødre. Fedres involvering i barnet er assosiert med positive langsiktige kognitive, sosiale og emosjonelle utfall. Å tilby fedre støtten de trenger, kan dermed ha betydelige positive effekter på barnets utvikling (Ravn, 2021).

Studien til Noergaard et al. (2017) belyste det psykologiske presset og behovet for støtte blant fedre. Den tradisjonelle forventningen om at fedre skal være den “sterke” i forholdet, uten å selv motta støtte, reflekterer og bidrar til å opprettholde stereotypiske kjønnsroller (Wells, 2016). Dette kan skape en situasjon hvor fedres egne behov for støtte og veiledning forblir uadressert, noe som potensielt kan forverre stress og usikkerhet i allerede utfordrende

situasjoner (Noergaard et al., 2017). Fedrenes ønske om eget støtteapparat reflekterer videre et behov for anerkjennelse av deres utfordringer og bidrag i omsorgssituasjoner. Støttegrupper og nettverk for fedre på nyfødt intensiv representerer en viktig ressurs i håndteringen av de psykologiske og emosjonelle utfordringene som følger med å ha et prematurt barn (Gorsky et al., 2023; Kim, 2018; Lægteskov et al., 2023; Merritt et al., 2022).

Psykologisk teori viser at sosial støtte kan fungere som en buffer mot stress og angst, og fremme bedre helseutfall ved å gi en følelse av tilhørighet, økt selvfølelse og en følelse av kontroll (Cobb, 1976). Ut fra funnene i denne oppgaven kan det antas at støttegrupper for fedre tilbyr en unik mulighet for å bygge forståelse og gjenkjennelse av felles erfaringer, som igjen kan minske følelsen av isolasjon og ensomhet. Den delte erfaringen av å “kjempe samme kamp” med andre fedre, som beskrevet i Lægteskov et al. (2023), fremhever hvordan slike gruppesamlinger ikke bare fungerer som støtte, men også en kilde til motstandskraft. Å høre på og dele historier gir fedre en sjanse til å reflektere over sine egne opplevelser, samtidig som de lærer av andres. En studie av Egeland og Tandberg (2011) konkluderer med at foreldregrupper på norske sykehus er nødvendig, og oppleves som støttende. Det kan sies at deltagelse i støttegrupper ikke bare har emosjonelle og psykologiske fordeler, men også praktiske implikasjoner. Å oppleve at ens tilstedeværelse ikke alltid føles nødvendig på avdelingen kan være demoraliserende, og støttegrupper dedikert til fedre kan motvirke denne følelsen, ved å skape et rom der de føler seg verdsatt og nødvendig. Lægteskov et al. (2023) påpeker at å delta i slike grupper også kan gi motivasjon og styrke til fedre, spesielt når de møter fedre som har vært gjennom lignende erfaringer og kommet seg gjennom dem. Opprettelse og vedlikehold av disse støttegruppene kan imidlertid møte en rekke utfordringer og barrierer. Dette kan være manglende bevissthet blant helsepersonell, samfunnets forventninger og stereotypier av farsrollen, og mangel på ressurser og tilgjengelighet (Wells, 2016).

Fedrene i Ignell Modé et al. (2014) poengterte at for dem var det viktig med kontinuitet i behandlingen av barnet deres, særlig med tanke på at det var lettere å forlate avdelingen om det var kjent helsepersonell som skulle ivareta barnet mens de var borte. Da opplevde fedrene god støtte og følte seg tryggere på at barnet deres var godt ivaretatt. I familiesentrert omsorg bygger teorien på at det er viktig med åpen kommunikasjon, tillit og samarbeid mellom helsepersonell og familie (Gooding et al., 2011). Fedrene i Logan og Dormire (2018) beskrev også at tillit til helsepersonellet spilte en stor rolle for deres opplevelse av støtte. Ved å lytte

til hva fedre erfarer, vil helsepersonell jobbe familiesentrert og fedrene vil også oppleve at de blir hørt. Dette kan redusere stress og angst både for fedrene og barnet (Gooding et al., 2011).

5.2 Informasjon og kommunikasjon

Fedre følte seg ofte uviktige og ekskludert fra viktig informasjon og beslutningsprosesser som omhandlet deres nyfødte barn (Ignell Modé et al., 2014; Kim, 2018; Merritt et al., 2022).

Dette kan føre til at fedre føler seg usikre og utilstrekkelige i foreldrerollen, noe som er i direkte kontrast til prinsippene om familiesentrert omsorg (Jackson & Wigert, 2013).

En slik bekymring for manglende inkludering og kommunikasjon er ikke unikt for nyfødt intensiv, men gjenspeiler bredere samfunnsmessige normer og forventninger til fedres rolle. Historisk og kulturelt sett har mødre ofte blitt sett på som de primære omsorgspersonene, noe som har ført til at helsepersonell har favorisert mødre når det gjelder å gi informasjon og støtte (Diniz et al., 2021). Som et resultat blir fedres behov for informasjon og kommunikasjon ofte oversett eller undervurdert. Mangel på informasjon kan øke fedres stressnivå, føre til angst og påvirke deres mentale helse negativt (Kim, 2018). Det tidligere presenterte sitatet fra Kim (2018) fremhever skjevheten i kommunikasjonen mellom helsepersonell og fedre, og understreker behovet for å inkludere foreldre likt i samtaler og beslutningsprosesser. Uten tilstrekkelig informasjon kan fedre også oppleve vanskeligheter med å etablere en tilknytning til barnet (Ignell Modé et al., 2014). Dette kan videre føre til at fedre føler seg usikre og mindre kompetente til å ta vare på barnet når de kommer hjem fra sykehuset, som kan forlenge eller komplisere overgangsperioden fra sykehus til hjem (Jackson et al., 2003).

Fedres unike rolle og rett til informasjon anerkjennes i teorien om familiesentrert omsorg, men i praksis ser det ut til at implementeringen av denne omsorgsmodellen ofte svikter når det gjelder å inkludere fedre på en effektiv måte (Sigurdson et al., 2020). Dette stiller spørsmål ved om dagens praksis på nyfødt intensiv avdelinger virkelig følger prinsippene for familiesentrert omsorg, som krever involvering av begge foreldrene (Brødsgaard et al., 2019). Begge forfatterne har opplevd at all informasjon som omhandler barnet, ble videreformidlet av mor til far, uten at det egentlig vites om informasjonen som ble videreformidlet var korrekt. Dette bekreftes i funnene til Kim (2018). Å sikre at fedre får

tilgjengelig informasjon om barnets tilstand og behandling er lovpålagt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001), og vil ikke bare styrke fedres deltagelse og involvering, men også fremme en mer rettferdig og likestilt tilnærming til foreldrerollen i henhold til en familiesentrert omsorg (Institute for Patient- and Family-Centered Care, u.å). Videre kan opplevelsen av ekskludering av viktig informasjon ha konsekvenser for fedres rolle i omsorgen for sine barn (Kim, 2018). Bruken av telemedisin under COVID-19-restriksjoner (Kim et al., 2020), og studien av Epstein et al. (2017) som beskriver bruken av telemedisin på nyfødt intensiv, illustrerer begge hvordan digitale verktøy kan brukes for å opprettholde kontinuerlig kommunikasjon til tross for geografisk lokasjon. På denne måten kan fedre for eksempel delta under legevisitter, og få tilgang til viktig informasjon om barnet sitt.

En prematur fødsel kommer ofte som en overraskelse og kan dermed føre med seg følelser av fullstendig kaos (Hagen et al., 2016). En studie gjort av Newell et al. (2020) viser at følelsen av angst og usikkerhet hos foreldrene kan reduseres ved informasjon i forkant av en hendelse. Ignell Modé et al. (2014) bekrefter at informasjon og omvisning på avdelingen før fødsel, når dette var mulig, bidro til at fedre følte seg mer mentalt forberedt på tiden videre. Tandberg (2021) beskriver dette med at svært mange foreldre går inn i en krisereaksjon når barnet legges uforventet inn på nyfødt intensiv, og at den initiale sjokkfasen fører med seg vanskeligheter med å ta inn informasjon, ta beslutninger og hukommelsen svekkes. Graden av sjokkfasen vil avhenge av forberedelser i forkant, hvor informerte foreldre er og graden av alvorlighet hos barnet. Viktigheten av at fedre får tidlig tilgang til møter med sosionomer eller annet kvalifisert helsepersonell (Ignell Modé et al., 2014; Kim, 2018), bekreftes av Amorim et al. (2019). Sosionomer kan bidra med å redusere antall bekymringer knyttet til økonomi og andre forpliktelser utenfor avdelingen, og mange foreldre kommer tilbake etter samtaler med sosionomen og føler seg mer lettet og bedre rustet til å håndtere situasjonen på nyfødt intensiv. Greenfield og Klawetter (2016) belyser også sosionomens nøkkelrolle i å fremme familiesentrert omsorg og styrke samarbeidet mellom helsepersonell og familier. Dette arbeidet er viktig for å forbedre helsetilstanden og velværet til premature barn, ved å sikre at både mødre og fedres behov og rettigheter blir ivaretatt.

Behovet for både skriftlig og muntlig informasjon (Ignell Modé et al., 2014) understreker viktigheten av tilpasset informasjon. Dette reflekterer forskning som fremhever betydningen av effektiv kommunikasjon i helsevesenet, og hvordan dette kan bidra til å redusere angst og forbedre familieopplevelsen (Wigert et al., 2013). Situasjonen hvor en far forsøker å delta og

engasjere seg i en samtale under kenguru-metoden (Ignell Modé et al., 2014), mens hovedfokuset er på barnet, illustrerer utfordringene med timing i kommunikasjon. Dette peker på at helsepersonell bør være oppmerksomme, og velge øyeblikk for kommunikasjon som minimerer forstyrrelser eller stress. Gitt kompleksiteten i omsorgen for premature barn, blir det derfor avgjørende å tilrettelegge for effektive kommunikasjonsstrategier som inkluderer både skriftlig og muntlig overføring av informasjon. Om barnesykepleier supplerer med muntlige forklaringer når det gis ut skriftlig informasjon til foreldre, sikres det i større grad at informasjonen er forstått. Dette bidrar til å bygge et miljø som støtter foreldre i å forstå deres barns behov og pågående behandling, og minimerer muligheten for misforståelser eller informasjonsglipp, som igjen kan styrke foreldrenes tillit og deltagelse i pleieprosessen (Logan & Dormire, 2018).

Det poengteres at det er essensielt med stabilitet i helsepersonell (Ignell Modé et al., 2014), og jevnlige møter med teamet rundt barnet, bidrar til å styrke forholdet mellom familie og helsepersonell (Tandberg, 2021). Langvarige relasjoner mellom pasienter og et fast team har vist seg å redusere sannsynligheten for misforståelser og øke tilliten dem imellom (Brødsgaard et al., 2019), noe som er kritisk i medisinske situasjoner. Regelmessige møter kan dessuten hjelpe foreldrene med å føle seg involvert i omsorgen, som bidrar til å fremme foreldreskap (Tandberg, 2021). At flere leger var involvert i behandlingen av barnet, ble sett på som positivt (Ignell Modé et al., 2014). Et slikt tverrfaglig samarbeid har vist seg å føre til at foreldrene opplever at det er lettere å ta beslutninger og at de opplevde å være godt informert (Vetcho et al., 2021).

Utfordringer knyttet til å motta informasjon fra ulike helseprofesjoner, som fremhevet av Ignell Modé et al. (2014) og Kim (2018), understreker at det er viktig med bedre samarbeid og klarere kommunikasjon mellom helsepersonell. Å motta samme informasjon, men presentert på ulike måter av ulike faggrupper, kan føre til forvirring og usikkerhet blant foreldre. Forfatterne har erfart at dette også gjelder når informasjon fra samme profesjon blir gitt på ulike måter. For eksempel kan to barnesykepleiere veilede og informere på forskjellige måter, selv om budskapet i bunn og grunn er det samme. En slik variabilitet i kommunikasjon, ikke bare på tvers av ulike helseprofesjoner, men også innenfor samme profesjonsgruppe, understreker behovet for en mer standardisert tilnærming til helsekommunikasjon. Dette behovet er ikke bare viktig for å forenkle utveksling av informasjon og refleksjon om helse, men også for å sikre at kommunikasjonen er tilpasset

mottakernes evne til å forstå budskapet, slik Tveiten et al. (2012) påpeker. Selv om det kan være utfordrende å sikre at alle sykepleiere og leger kommuniserer på nøyaktig samme måte, er det nødvendig å arbeide målrettet innad i helseteamet for å sikre at informasjonen som formidles til familiene er så samstemt som mulig. Konsistens i informasjon som blir gitt er avgjørende for å bygge tillit og sikkerhet hos familier, samt for å forbedre helseutfall (Street Jr et al., 2009). Det vil være avgjørende å finne en balanse som tillater helsepersonell å opprettholde en høy grad av konsistens og klarhet i informasjonen som deles, samtidig som det legges til rette for en personlig og fleksibel tilnærming i møte med hver enkelt familie. Dette innebærer en åpenhet for dialog og utveksling av forventninger (Tveiten, 2012a).

Logan og Dormire (2018) belyser ytterligere kompleksiteten av fedres erfaringer ved å påpeke behovet for dyptgående kunnskap om medisinsk utstyr og prosedyrer, og å bli anerkjent som en likeverdig omsorgsgiver, ikke bare en assistent. Et slikt behov reflekterer et bredere ønske blant fedre for å være fullt integrert og kapabel i omsorgen for sitt barn. Det dreier seg ikke kun om å utføre omsorgsoppgaver, men om å forstå og ta informerte beslutninger om barnets behandling. Å anerkjenne fedre som likeverdige omsorgsgivere handler om grunnleggende behov for identitet og foreldrerolle. Implementering av opplæringsprogrammer som fokuserer på bruken av medisinsk-teknisk utstyr, og videre veiledning om barnets tilstand og nødvendige omsorgsprosedyrer kan utruste fedre med kunnskaper og ferdigheter som trengs for en aktiv deltagelse i barnets omsorg (Franck et al., 2020). Barnesykepleier må tilrettelegge for et miljø hvor fedres deltagelse og omsorg er velkommen og verdsatt. I tillegg bør opplæring og veiledning tilbys i en kontekst som er tilpasset foreldres emosjonelle tilstand og deres kapasitet til å motta informasjon. Forskning viser at foreldre til premature barn ofte opplever en krisereaksjon i forbindelse med fødsel og innleggelse, og det stilles dermed høye krav til helsepersonell i møte med disse familiene (Tandberg, 2021). Ved å hjelpe foreldre til å forstå sitt barn, hva medisinsk-teknisk utstyr innebærer, og tilpasse omsorgen, vil kommunikasjonen mellom foreldre og helsepersonell forbedres (Sandtrø, 2009).

Når det ikke er mulig for fedre å være kontinuerlig til stede i avdelingen, er det behov for fleksible kommunikasjonsløsninger, som eksempel nettbaserte tjenester (Kim, 2018; Logan & Dormire, 2018). Dette viser til en nødvendig utvikling innen helsevesenet, hvor teknologi spiller en stadig viktigere rolle for å forbedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og familier. Denne trenden er i tråd med den økende anerkjennelsen av e-helse og telemedisin som verdifulle verktøy i behandling av premature og syke nyfødte (Hoffman et al., 2019). I

dagens samfunn tilbyr mange sykehus i Norge hjemme oppfølging av premature gjennom sikre videokonsultasjoner (Helsedirektoratet, 2022). Dette er spesielt relevant for sykehus som dekker et stort geografisk område, i tråd med Meld. St. 9 (2023–2024) som understreker viktigheten av tilgjengelige og kvalitetssikrede helsetjenester over hele landet. Nettbaserte plattformer og slike familieportaler, som foreslått av fedre i Lægteskov et al. (2023) og Merritt et al. (2022), tilbyr en måte å dele oppdateringer og viktig informasjon på, og er tilgjengelig og effektivt. Dette kan omfatte webkamera for å tillate visuell kontakt med barnet når foreldre ikke kan delta personlig. Bruken av slik teknologi kan bidra til å dempe stress og angst blant foreldre, ved å gi dem følelsen av kontinuerlig tilknytning til barnet og helsepersonell som tar vare på barnet (Dunham & Marin, 2023). Webkamera kunne i midlertidig noen ganger ha motsatt effekt, og bidra til økt angst hos foreldrene i noen tilfeller, spesielt dersom kameraet var avslått av uten at foreldrene visste hvorfor (Epstein et al., 2017).

5.3 Tilknytning og involvering

Fedres tilknytning til det premature barnet under innleggelse på nyfødt intensiv er et kritisk aspekt av familiens dynamikk og barnets utvikling. Studier viser at fars tilstedeværelse og engasjement kan ha betydelige fordeler for far og barnet (Lebel et al., 2022; Merritt et al., 2022). Forskjellige barrierer, som arbeidsrelaterte forpliktelser og mangel på kunnskap om omsorg for premature barn, kan derimot hindre denne tilknytningen og tilstedeværelsen (Kim, 2018; Lebel et al., 2022; Logan & Dormire, 2018). For å forstå hvordan disse utfordringene kan forbedres, må det ses på hvordan prematuritet påvirker barnet og deres familier (Haaland, 2009; Peitersen et al., 2014).

Premature barn krever ofte intensiv medisinsk hjelp og står overfor en rekke utfordringer som kan forstyrre tilknytningsprosessen. Mangel på tidlig tilknytning kan potensielt ha langvarige konsekvenser for barnet, slik som utvikling av atferdsproblemer og emosjonelle forstyrrelser senere i livet (Zachrisson, 2020). Prematures umodenhet betyr at de responderer annerledes på sosial stimulering sammenlignet med fullbårne barn. De har en underutviklet hjerne som gjør at de har mindre kapasitet til å motta og bearbeide informasjon. Premature barn bruker også betydelig mer energi på å regulere grunnleggende kroppsfunksjoner som respirasjon, kroppstemperatur og fordøyelse (Ravn, 2021). Barnesykepleier innehar nødvendig kompetanse og har et ansvar for å tilrettelegge for god opplæring av foreldre, for å fremme

effektivt samspill og styrke båndet mellom foreldre og barn. Denne opplæringen er spesielt viktig da fysisk kontakt mellom foreldre og barnet kan bli begrenset på grunn av medisinsk behandling (Tveiten, 2012b). I tillegg kan stress og angst hos foreldre redusere deres evne til å oppfatte og respondere på barnets behov (Grønseth & Markestad, 2017).

Som tidligere nevnt er tilknytning en grunnleggende del av menneskelig utvikling (Brantzæg et al., u.å). Bowlby (1969, sitert i Hart & Schwartz, 2009) forklarte at tidlig samspill og tilknytning er svært viktig for barnets psykologiske utvikling. Fedrene i de inkluderte studiene brukte flere tilnærminger for å styrke tilknytningen til sine barn. Dette er tegn på at fedrene virkelig ønsket å være aktive deltagere i barnets pleie, omsorg og utvikling, til tross for barrierer. Fedrene prioriterte fysisk nærhet, slik som hud-mot-hud, når dette var mulig (Lebel et al., 2022; Merritt et al., 2022). Denne metoden støtter ikke bare barnet fysiologisk, men fremmer også en følelse av emosjonell tilknytning og trygghet mellom far og barn (Steinnes, 2009). En studie gjort av Thomson et al. (2020) fant at fedrene opplevde at å utføre hud-mot-hud med barnet sitt fikk dem til å føle seg likeverdige som foreldre. Dette indikerer at barnesykepleier bør være mer oppmerksomme på å oppmuntre fedre til hud-mot-hud, særlig med tanke på det fedrene i Merritt et al. (2022) og Noergaard et al. (2017) beskrev – at de ønsket å føle seg like viktige som mor og ha en følelse av å bli inkludert.

For andre fedre (Logan & Dormire, 2018) var det å holde barnet sitt en viktig måte å bekrefte sin relasjon til barnet sitt på. Fedrene opplevde en større farskapsfølelse i etterkant av dette, og flere erfarte at de først kjente på at «dette er mitt barn» etter at de hadde holdt barnet. Dette bekreftes av funn i Alnuaimi og Tluczek (2021), hvor det kom fram at fedre følte på foreldrerollen gjennom blant annet fysisk kontakt. Det fantes likevel fedre som unngikk å holde barna sine (Logan & Dormire, 2018), særlig på grunn av størrelsen. Dette fenomenet, og potensielt det som kan kalles for en forsvarsmekanisme, viser seg også i Alnuaimi og Tluczek (2021). I denne studien viser funn at fedre med vilje unngikk fysisk kontakt og heller observerte i begynnelsen av en innleggelse. Dette handlet om mangel på informasjon og veiledning fra helsepersonell om hvordan ivareta barnet sitt (Alnuaimi & Tluczek, 2021). Frykten for å ivareta et nyfødt barn på grunn av dets skjørhet og størrelse er et vanlig tema blant nye foreldre, spesielt fedre (Fegran et al., 2008). Studien utført av Logan og Dormire (2018) understreker viktigheten av å anerkjenne fedres frykt og usikkerhet, slik at de føler seg mer kompetente i omsorgen for barnet sitt. Dette innebærer at barnesykepleier er nødt til å tilby opplæring og veiledning så tidlig som mulig, for å redusere angstfølelser, og bidra til å

fremme en tidlig tilknytning til barnet (Fegran et al., 2008). Barnesykepleier bør være tilgjengelige når foreldrene er til stede, nettopp for å kunne veilede og trygge foreldrene i omsorgen for barnet. Å bygge en tilknytning og relasjon med barnet sitt er en prosess som er tidkrevende (Lebel et al., 2022), og det kreves tilstedeværelse, ivaretagelse og trygghet for å oppnå dette (Lindberg et al., 2008).

Flere studier understreker viktigheten av å inkludere fedre tidlig i omsorgen (Fegran et al., 2008; Noergaard et al., 2017). Ifølge disse opplevde mange fedre en styrket tilknytning til barnet når de fikk muligheten til å følge barnet til avdelingen etter fødsel, og å være alene med det, spesielt etter keisersnitt. Disse erfaringene bidro til å bekrefte og styrke farsfølelsen. Mirlashari et al. (2021) bekrefter dette, med funn som beskriver at fedres egne følelser av selvtillit og mestring økte når de fikk være tidlig involvert i omsorgen for sine barn. Baldoni et al. (2021) støtter dette ved å påpeke at det også har positive effekter på barnets utvikling, og ikke bare styrker båndet mellom far og barn.

Far kan oppleve en krisereaksjon når barnet blir født for tidlig, hvor mye av den informasjonen som gis fra helsepersonell ikke nødvendigvis blir oppfattet (Peitersen et al., 2014). Dette betyr at barnesykepleier er nødt til å tilpasse og være bevisst på informasjonen som gis, og være klar over at det er stor sannsynlighet for at informasjonen må gjentas flere ganger (Tandberg, 2021). Barnesykepleier må i tillegg forsikre far om at hans følelser og reaksjoner er normale, og sørge for at han føler seg ivaretatt i henhold til den familiesentrerte pleiefilosofien (Fisher et al., 2018).

Videre presiseres det at fedrene satte pris på å bli involvert i de daglige rutinene på avdelingen, og å lære og utføre omsorgsoppgaver for barnet, slik som mating, bading, bleieskift (Merritt et al., 2022; Noergaard et al., 2017). Noen fedre rapporterte likevel bekymring for å ikke bli inkludert (Kim, 2018), og dermed ikke klare å knytte seg til barnet sitt. Forskning viser at mødre kan oppleve en umiddelbar tilknytning på grunn av svangerskapet, ved fysisk nærhet og hormonelle prosesser som oppstår under graviditeten og fødselen (Schaber et al., 2021). Studien gjort av Figueiredo et al. (2007) påpeker at fedrenes emosjonelle involvering kunne være noe mindre enn mødrenes initialt, men også noe som utviklet seg over tid gjennom direkte kontakt med barnet, slik som mating og bading. På bakgrunn av disse funnene blir det dermed viktig at barnesykepleier oppmuntrer til fedres aktive deltagelse i omsorgen fra starten av. En aktiv involvering av fedre i de daglige

omsorgsrutinene, styrker ikke bare båndet mellom far og barn, men er også en viktig faktor for å fremme likestilling i foreldrerollen. På arbeidsplasser hvor det praktiseres en familiesentrert tilnærming, vises det ikke bare støtte til fars rolle, men også en forståelse av at tidlig og lik involvering av foreldrene er til barnets beste (Tandberg, 2021). Slike handlinger vil også støtte mødre, ved å gi dem muligheten til nødvendig hvile etter fødselen.

Noen fedre kan føle seg mer komfortable med å motta veiledning fra partneren sin, spesielt hvis hun allerede har erfaring med tidligere barn eller har etablert et sterkere bånd til barnet (Kim, 2018). Et slikt samarbeid mellom foreldre kan styrke båndet dem imellom og gi dem en følelse av et felles ansvar (Lindberg et al., 2008). På den annen side finnes det fedre som ønsker å motta direkte veiledning fra helsepersonell (Kim, 2018). Årsaker til dette kan være fordi det oppleves som at helsepersonell er mer pålitelig og oppdatert på informasjon som gis under slik veiledning (Brødsgaard et al., 2019). Dette betyr at barnesykepleier må ha en tilpassningsdyktig tilnærming, hvor hen lytter og respekterer foreldres preferanser for læring og involvering. Dette innebærer å anerkjenne og inkludere det familiesentrerte perspektivet, som tar hensyn til familiens ønsker (Heyn, 2018). Det er kunnskap om at fedre i større grad er oppgaveorienterte og kan oppleve rastløshet på avdelingen (Tandberg, 2021). Tandberg (2021) bekrefter videre funnene i Logan og Dormire (2018), hvor det oppmuntres til å involvere far i pleien, med spesifikke oppgaver, slik at han skal føle seg betydningsfull. Denne metoden inviterer far til samspill med barnet sitt, og på denne måten kan barnesykepleier dekke de fysiske behovene til barnet, men også behovene for følelsesmessig tilknytning.

Å få være til stede på nyfødt intensiv døgnet rundt og å gi oppmerksomhet til barnet, var noe som bidro til å fremme tilknytning til barnet sitt (Lebel et al., 2022). En slik mulighet avhenger av hvilket sykehus barnet blir født på, da noen sykehus har familierom og andre ikke. Når familier kan være sammen hele døgnet, støttes en kontinuerlig tilknytning og begge foreldre kan delta aktivt i omsorgen og i daglige rutiner (van Veenendaal et al., 2020). Når sykehus ikke tilbyr familierom, og foreldre må sove et annet sted, kan det føre til økt stress og angst. Det kan også forstyrre tidlig tilknytning og gjøre det vanskelig å føle seg involvert i omsorgen for barnet sitt (van Veenendaal et al., 2020). Uavhengig om sykehuset har familierom, var det flere fedre i Lebel et al. (2022), Logan og Dormire (2018) og Kim (2018) som ikke fikk vært til stede døgnet rundt på grunn av andre forpliktelser. Noen steder i Norge er det også store avstander mellom sykehus og hjemsted, slik at fedrene ikke får vært på

nyfødt intensiv oftere enn i helgene. Dette gjør det utfordrende for fedrene å knytte bånd til barnet sitt og det gjør det vanskelig for helsepersonell å inkludere disse fedrene i behandlingen. Barnesykepleiere må etterstrebe og finne måter å inkludere far på, og fremme tilknytning, selv når han ikke kan være fysisk til stede. Når fedrene ikke hadde mulighet til å være fysisk til stede, opplevde de en følelse av tilknytning og emosjonell nærhet ved å motta oppdateringer, bilder og videoer fra partneren. Å tenke på barnet, samt å savne det, bidro også til en følelse av emosjonell nærhet (Lebel et al., 2022). Dette framkommer også i Treherne et al. (2017), hvor foreldrene fortalte om vanskeligheter med å skulle dra fra barnet, og at de alltid tenkte på det selv om de ikke kunne være til stede.

5.4 Metodediskusjon

5.4.1 Design

Målet med denne litteraturstudien med systematisk tilnærming var å utforske fedres erfaringer med å ha premature barn på nyfødt intensiv. Valget av metode vurderes riktig, og i vår gjennomgang er det forsøkt å sikre en grundig forståelse av fedres erfaringer og perspektiver. Fordi søket kun ble utført i to databaser, kan det hende at relevant forskning ikke ble fanget opp. Dette kan påvirke påliteligheten av oppgavens resultater. Selv om en systematisk tilnærming gir en verdifull innsikt i eksisterende forskning, hadde det vært ønskelig å gjennomføre intervju med fedre på norske sykehus. Dette kunne gitt oss en mer dyptgående og direkte forståelse, men var ikke mulig gitt rammene for studieprogrammet. Til tross for begrensningene, har det blitt forsøkt å minimere risikoen for partiskhet og feil ved å følge en metodisk tilnærming. Det innebærer å ha klare kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier, uavhengig gjennomgang av litteratur av begge forfatterne og kvalitetssikring av hele forskningsprosessen. Vi har vært bevisst på å være tydelig i de metodiske valgene og begrensningene for å sikre at leseren kan vurdere pålitelighet og gyldighet i våre funn.

5.4.2 Styrker og svakheter

Det ble samarbeidet med en universitetsbibliotekar under søkeprosessen, noe som har bidratt til å sikre at søkene var omfattende og relevante. Begge forfatterne har gjennomgått prosessen med å gjennomlese flere ganger, og kvalitetssikre de inkluderte studiene uavhengig av

hverandre. Dette har bidratt til å sikre påliteligheten til våre funn. Vi har vært bevisst på egne forutsetninger for å gjennomføre denne studien, særlig med tanke på erfaring og tidsperspektiv. Egen forforståelse anses som en styrke, selv om vi har hatt to veldig forskjellige utgangspunkt, da vi har mestret og klart å dra nytte av våre ulike perspektiver og balansere hverandre godt gjennom diskusjoner og refleksjoner.

Videre har kontinuerlig veiledning fra vår veileder vært avgjørende for studiens fremgang. Vi har hatt jevnlig kontakt gjennom skriftlig kommunikasjon, digitale møter og fysiske møter på skolen. Dette har bidratt til å holde oppgaven på riktig spor og gitt nødvendig støtte gjennom hele prosessen. Temaet oppgaven utforsker er også svært relevant og får økende oppmerksomhet både i forskningsfeltet og i klinisk praksis. Ved å inneha en systematisk tilnærming til søkeprosessen, har vi vært i stand til å inkludere ny forskning helt fram til 2023.

Det er videre viktig å anerkjenne svakhetene ved vår studie. Oppgaven ble avgrenset til å kun inkludere kvalitative studier, noe som kan føre til et ensidig perspektiv og begrense generaliserbarheten av våre funn. Oppgaven ble også begrenset i henhold til språk, noe som kan anses som en svakhet da relevant forskning på andre språk kan ha blitt utelatt.

Vår begrensede erfaring med forskningsprosessen kan også ha påvirket flere trinn, slik som i søkeprosessen, ved kvalitetssikring av studier, forståelse av materialet og gjennomføring av analyse. Begrenset tid og retningslinjer for blant annet antall ord, har også begrenset omfanget av vår studie, slik som i søkeprosessen og inkludering av artikler.

5.5 Resultatenes generaliserbarhet

Denne studien har fokusert på fedre til premature barn på nyfødt intensiv. Disse funnene kan relateres til andre grupper nyfødte barn på nyfødt intensivavdelingen, og andre avdelinger der fedre er involvert. Dette inkluderer føde-barselavdelinger, barneavdelinger, kommunehelsetjenesten og skolehelsetjenesten. Fedres stemmer er viktige, uavhengig av om barnet er friskt eller sykt, og denne studien framhever at fedrenes behov er annerledes og at deres rolle krever en annen tilnærming av barnesykepleiere og helsepersonell. Fedres erfaringer og behov for støtte er relevante uavhengig om barnet er nyfødt eller flere år gammelt. Ved å integrere fedres perspektiver og behov inn i helsevesenet, kan man fremme bedre helsemessige og emosjonelle utfall for både barna og fedrene.

5.6 Implikasjoner for praksis

Studiene som ble inkludert i denne oppgaven viste at fedre hadde et behov for egnet støtteapparat, informasjon og inkludering. Opprettelse av fedregrupper kan gi fedrene en mulighet til å dele erfaringer, få støtte av andre i lignende situasjoner og lære av hverandre. Slike grupper kan organiseres internt på sykehuset, samle fedre fra flere sykehus eller opprette grupper på nettbaserte portaler for å sikre at de kan delta uavhengig av geografisk plassering. Implementeringen av slike tiltak kan imidlertid være utfordrende på grunn av begrensede økonomiske ressurser i helseforetakene.

Ved å tilpasse kommunikasjonsmetodene avdelingen i dag bruker, kan vi inkludere fedrene bedre. Dette kan bety å begynne med direkte samtaler med fedre før, ved og etter legevisitt gjennom telefonsamtaler eller via sikre digitale plattformer som, hvert enkelt sykehus er ansvarlig for å opprette. Noen sykehus har allerede etablert ulike tjenester for oppfølging av pasienter hjemme, via eksempelvis Skype, Teams, og Zoom. Når far ikke kan være til stede på avdelingen, kan han dermed få informasjon på telefon eller digitalt av kvalifisert helsepersonell, dersom dette er noe familien ønsker.

Når barnesykepleieren gjennomfører inntakssamtale og pleiesamtale med familien, kan det være nyttig å endre strukturen på dette. Ved å etablere mer direkte spørsmål til far, eller gjøre det til en rutine at noen samtaler blir tatt med fedre og mødre hver for seg, kan man sikre at fedrenes bekymringer og behov blir sett og hørt. Ved å etablere opplæringsprogrammer for fedre som fokuserer på informasjon om og bruken av medisinsk-teknisk utstyr, kan man styrke deres evne til å støtte barnet og mor, ved å redusere stress og usikkerhet, samt øke følelsen av deltakelse og ansvar.

5.7 Implikasjoner for videre forskning

Videre forskning bør fokusere på å utforske fedres erfaringer gjennom intervjustudier på norske sykehus, da de inkluderte artiklene i denne oppgaven kommer fra andre land. Det kan være interessant å se på fedres erfaringer på sykehus som har familierom mot de som ikke har det. Videre kan det være viktig å gjennomføre forskningsprosjekter som undersøker effekten av implementerte støttetiltak. Fedre bør tilbys å delta i prosjektet i forkant, med informasjon

om at det er ønskelig at de kan intervjues i etterkant av utskrivelse. Sykepleierne bør også intervjues for å vurdere hvordan de erfarer ivaretagelsen av fedre i etterkant av implementerte støttetiltak. Å få tilbakemeldinger fra både fedre og sykepleiere i samme studie vil kunne gi en omfattende forståelse av tiltakene. Dette kan enten være et nasjonalt prosjekt eller gjennomføres på en eller noen få avdelinger.

Det bør også forskes på bruken av telemedisin for å inkludere fedre når de ikke kan være fysisk til stede. Dette vil kunne gi verdifull innsikt i hvordan teknologi kan brukes for å forbedre kommunikasjon og støtte til fedre. Å gjennomføre videre forskning er viktig fordi det kan resultere i at barnesykepleiere får bedre innsikt i fedres behov og erfaringer, som kan forbedre omsorgen og støtten som tilbys fedre. Dette kan videre føre til bedre helsemessige og emosjonelle utfall for barn og foreldre, og bidra til en mer helhetlig og inkluderende helsetjeneste.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å utforske fedres erfaringer med å ha premature barn innlagt på nyfødt intensiv. Funnene illustrerer at fedre ofte følte seg oversett til tross for deres sterke ønske om å være aktivt involvert og støttet i omsorgen for sitt premature barn. Dette indikerer et behov for endringer som fremmer en mer inkluderende og familientrert tilnærming.

Studien viste at fedre hadde behov for direkte informasjon fra helsepersonell, spesielt når de ikke kunne være til stede på avdelingen. Mangel på informasjon kan svekke fedres evne til å engasjere seg i barnets omsorg og skape barrierer for tilknytning. En familientrert omsorg fremmer likeverdig deltagelse fra begge foreldre, mens det i praksis ikke gjennomføres slik. Ved å forbedre våre kommunikasjonsmetoder på avdelingen kan vi i større grad ivareta dette behovet. På denne måten klarer vi å skape en bedre balansert omsorgssituasjon og støtter den familientrerte pleiefilosofien.

Under innleggelsen av det premature barnet har barnesykepleieren flere pleiesamtaler hvor foreldres perspektiv blir hørt og respektert. Studiens funn viste at fedre hadde andre bekymringer og behov enn mødrene. Dette tyder på at det kan være behov for separate samtaler med foreldrene eller at det kreves en endring i hvordan barnesykepleieren utfører disse samtalene for å få direkte svar fra far. Når far får muligheten til å uttrykke sine behov alene, kan vi som barnesykepleiere enklere inkludere og individualisere omsorgen som gis.

Videre ga fedrene uttrykk for at de ønsket å bli inkludert, knytte bånd og oppleve emosjonell nærhet til barnet sitt, og mer veiledning. De opplevde mange bekymringer og følelser som ikke ble tatt tak i av helsepersonell, og synes det var vanskelig å håndtere alle forpliktelser som forventes av dem. Fedrene tenkte ofte på arbeid, søsken, resten av familien, økonomi, partneren sin og det nyfødte premature barnet. Dette viser at barnesykepleieren trenger kunnskap om hvilken omsorg og støtte far har behov for, både på nyfødt intensiv og når han er hjemme. Fedres mange roller krever at barnesykepleieren blir bevisst på hvordan man veileder far, inkluderer far og planlegger pleien som skal gis til barnet.

Artiklene inkludert i denne studien er av nyere dato og dette viser at forskningsfeltet stadig er i utvikling. Dette indikerer at det på sikt kan utarbeides konkrete og standardiserte retningslinjer for bedre inkludering av fedre i omsorgen for premature barn. Fedre

representerer en verdifull omsorgsperson for barnet og fortjener å bli sett, hørt og inkludert, selv i møte med bekymringer og barrierer i hverdagslivet.

7 Referanseliste

- Alnuaimi, N. & Tluczek, A. (2021). Father's bonding with and infant born prematurely: a qualitative meta-synthesis. *Western Journal of Nursing Research* 44(5), 493—505. <https://doi.org/10.1177/01939459211002909>
- American Psychological Association. (2018). *Emotional support* APA. Hentet 09.05.2024 fra <https://dictionary.apa.org/emotional-support>
- Amorim, M., Alves, E., Kelly-Irving, M. & Silva, S. (2019). Needs of parents of very preterm infants in neonatal intensive care units: a mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 54, 88—95. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.05.003>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care — a practical guide* (4. utg.). Open University Press.
- Baldoni, F., Ancora, G. & Latour, J. M. (2021). Being the father of a preterm-born child: contemporary research and recommendations for NICU staff. *Frontiers* 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.724992>
- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjonen om barnets rettigheter* (20-11-1989). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1989-11-20-1>
- Barnesykepleierforbundet NSF & Norsk sykepleierforbund. (2021). *Barnesykepleierens kompetanse, ansvar og oppgaver*. https://www.digiblad.no/barnesykepleierforbundet_nsf/barnesykepleierens-kompetanse-ansvar-og-oppgaver/files/assets/common/downloads/Barnesykepleierens%20kompetanse,%20ansvar%20og%20oppgaver.pdf?uni=2df50a1fb496357a18b808a9f98dc428
- Brady, M., Stevens, E., Coles, L., Zadoroznyj, M. & Martin, B. (2017). You can spend time... but not necessarily be bonding with them: Australian fathers' constructions and enactments of infant bonding. *Journal of Social Policy*, 46(1), 69—90. <https://doi.org/10.1017/S0047279416000374>
- Brantzæg, I., Torsteinson, S. & Øiestad, G. (u.å). *Hva er tilknytning?* Norsk psykologforening. Hentet 22.02.24 fra <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykisk-helse/livsutfordringer/hva-er-tilknytning>
- Brynjulfsen, M. & Strøhm, K. F. (2023). *Veiledning til premature foreldre på nyfødt intensiv* (Kandidatnummer 109 og 154)[Prosjektplan]. UiT - Norges arktiske universitet
- Brødsgaard, A., Pedersen, J. T., Larsen, P. & Weis, J. (2019). Parents' and nurses' experience of partnership in neonatal intensive care units: a qualitative review and meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17—18), 3117—3139. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>
- Buek, K. W., Cortez, D. & Mandell, D. J. (2021). NICU and postpartum nurse perspectives on involving fathers in newborn care: a qualitative study. *BMC Nursing*, 20(35). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00553-y>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38. https://web.archive.org/web/20180413150124id_/https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf
- Committee on hospital care & Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 129(2), 394—404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Diniz, E., Brandao, T., Monteiro, L. & Veríssimo, M. (2021). Father involvement during early childhood: a systematic review of the literature. *Journal of Family Theory & Review*, 13(1), 77—99. <https://doi.org/10.1111/jftr.12410>

- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister. Hentet 07.02.24 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Dunham, M. M. & Marin, T. (2023). Virtual visitation in the NICU: a scoping literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(1), 2—9. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.01.010>
- Egeland, S. E. & Tandberg, B. S. (2011). Foreldres evaluering av «foreldretreff for foreldre til barn på sykehus. *Nordic Journal of Nursing Research* 31(1), 16—20. <https://doi.org/10.1177/010740831103100104>
- Epstein, E. G., Arechiga, J., Dancy, M., Simon, J., Wilson, D. & Alhusen, J. L. (2017). An integrative review of technology to support communication with parents of infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(3), 357—366 <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.019>
- Fegran, L., Helseth, S. & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810—816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x>
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care*, 177(5), 521—532. <https://doi.org/10.1080/03004430600577562>
- Fisher, D., Khashu, M., Adama, E. A., Feeley, N., Garfield, C. F., Ireland, J., Koliouli, F., Lindberg, B., Nørgaard, B., Provenzi, L., Thomson-Salo, F. & Teijlingen, E. v. (2018). Fathers in neonatal units: Improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(6), 306—312. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.007>
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., Dykes, F. & group, T. S. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032—1037 <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/nav/folketrygdloven/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*, (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23/>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for barnesykepleierutdanning*, (FOR-2021-10-26-3092). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-10-26-3092>
- Franck, L. S., Waddington, C. & O'Brien, K. (2020). Family integrated care for preterm infants. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 149—165 <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.01.001>
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L. & Berns, S. D. (2011). Family support and family centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20—28 <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Gorsky, K. G., Butala, S., House, M., Moon, C., Calvetti, S., Khando, T., Kipke, M. & Lakshmanan, A. (2023). Uncertainty and the NICU experience: a qualitative evaluation of family and provider perspectives. *Children* 10(11). <https://doi.org/10.3390/children10111745>

- Govidaswamy, P., Laing, S., Waters, D., Walker, K., Spence, K. & Badawi, N. (2019). Needs and stressors of parents of term and near-term infants in the NICU: A systematic review with the best practice guidelines. *Early Human Development*, 139. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104839>
- Greenfield, J. C. & Klawetter, S. (2016). Parental leave policy as strategy to improve outcomes among premature infants. *Health & Social Work*, 41(1), 17—23 <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv079>
- Grønn, M. (2021). Enteral og parenteral ernæring. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødsykepleie 1* (s. 165—179). Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Hagen, I. H., Iversen, V. C. & Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC pediatrics* 16(92). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9>
- Hall, R. A. S., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M. & Van Bakel, H. J. A. (2015). Child-rearing history and emotional bonding in parents of preterm and full-term infants. *Journal of Child and Family Studies* 24, 1715—1726 <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9975-7>
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 20.09.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (u.å). *CINAHL*. Hentet 04.02.24 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenesten hjem — effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.helsedirektoratet.no/tema/digital-hjemmeoppfolging-hjemmesykehus-og-velferdsteknologi/kunnskap-gevinster-og-erfaring/kartleggingsoppdrag-flytte-tjenester-hjem-rapport&ved=2ahUKEwjbpYndnPuFAxXMDRAIHTWLAsoQFnoECBwQAQ&usq=AOvVaw12hQsqIz8Qh4Gw4qeOFIAe>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)* (LOV-2020-12-04-133). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hem, E., Kirkevold, M., Friis, S. & Vaglum, P. (2021). *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*. Universitetsforlaget.
- Heyn, L. G. (2018). Kommunikasjon med foreldre til barn innlagt på nyfødtintensivavdeling. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 32—50). Gyldendal.
- Hoffman, A. M., Lapcharoensap, W., Huynh, T. & Lund, K. (2019). Historical perspectives: telemedicine in neonatology. *NeoReviews* 20(3), 113—123. <https://doi.org/10.1542/neo.20-3-e113>
- Hugill, K., Letherby, G., Reid, T. & Lavender, T. (2013). Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 42(6), 655—663 <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12256>
- Häggkvist, A.-P. (2021). Amming. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødsykepleie 1* (s. 301—334). Cappelen Damm Akademisk.

- Haaland, K. (2009). Medisinske problemer knyttet til umodenhet. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødsykepleie 2* (s. 14—26). Cappelen Akademisk Forlag.
- Ignell Modé, R., Mard, E., Nyqvist, K. H. & Blomqvist, Y. T. (2014). Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 131—136
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.05.001>
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (u.å). *Patient- and Family-Centered Care* Institute for patient- and family-centered care. Hentet 20.09.2023 fra
<https://www.ipfcc.org>
- Jackson, K., Ternstedt, B.-M. & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing* 43(2), 120—129 <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02686.x>
- Jackson, K. & Wigert, H. (2013). Historik och rättigheter i ett familjecentrerat perspektiv. I K. Jackson & H. Wigert (Red.), *Familjecentrerad neontalvård* (s. 15—30). Studentlitteratur.
- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2). <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.010>
- Kim, H. H., Jo, D. S. & kim, J. K. (2020). Face-to-face video interview as an alternative to in-person visit to a neonatal intensive care unit during COVID-19 outbreak. *Journal of Korean Medical Science* 35(47). <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e416>
- Kim, H. N. (2018). Social support provision: perspective of fathers with preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 44—48 <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.017>
- Klingenberg, C., Kaaresen, P. I., Songstad, N. T., Kaspersen, K.-H., Nordhov, S. M., Pettersen, Å. T., Hvingel, B., Mørkved, M. & Nervik, M. (2021). Generelle retningslinjer før mottak av ekstremt premature barn. I *Nyfødtveileder*. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/nyfodtmedisin-veiledende-prosedyrer-fra-norsk-barnelegeforening/2-initialbehandling-av-premature/2.1-generelle-retningslinjer-for-mottak-av-ekstremt-premature-barn>
- Lebel, V., Feeley, N., Gosselin, É. & Axelin, A. (2022). Emotional closeness among NICU fathers: a qualitative descriptive study. *Advances in Neonatal Care*, 22(1), 13—21
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000889>
- Lindberg, B., Axelsson, K. & Öhring, K. (2008). Adjusting to being a father to an infant born prematurely: experiences from Swedish fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 79—85. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00563.x>
- Logan, R. M. & Dormire, S. (2018). Finding my way: a phenomenology of fathering in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 18(2), 154—162
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000471>
- Lægteskov, T. R., Holm, K. G., Petersen, M., Lysdal, R. K., Hjelvang, B. R. & brødsgaard, A. (2023). Father groups in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 23(5), 478—488 <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000001092>
- Markestad, T. (2020). Det nyfødte barnet. I *Klinisk pediatri* (3. utg., s. 121—163). Fagbokforlaget.
- Meld. St. 9 (2023—2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024—2027 — vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Merritt, L., Maxwell, J. & Urbanosky, C. (2022). The needs of NICU fathers in their own words: A qualitative descriptive study. *Advances in Neonatal Care*, 22(3), 94—101.
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000934>

- Mirlashari, J., Brown, H., Fomani, F. K., de Salaberry, J., Zadeh, T. K. & Khoshkhou, F. (2020). The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 50 91—98. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.013>
- Mirlashari, J., Holsti, L., Ranjbar, H., Sanjari, M., Morovati, F. & Ameri, Z. D. (2021). Fathers' involvement in the developmental care of their preterm newborns and its impact on the bonding and self-efficacy: a nonrandomized clinical trial. *Evidence Based Care Journal*, 11(2), 64—73. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2021.60271.2567>
- Moe, K., Skisland, A. V.-S. & Söderhamn, U. (2017). Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. *Sykepleien Forskning* 12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62155>
- National Library of Medicine. (u.å). *PubMed overview*. National Library of Medicine. Hentet 04.02.24 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Newell, C., Leduc-Pessah, H., Bell-Graham, L., Rasic, N. & Carter, K. (2020). Evaluating and enhancing the preparation of patients and families before pediatric surgery. *Children* 7(8). <https://doi.org/10.3390/children7080090>
- Noergaard, B., Ammentorp, J., Fenger-Gron, J., Kofoed, P.-E., Johannessen, H. & Thibeau, S. (2017). Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark. *Advances in Neonatal Care*, 17(4), 13—22. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000395>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Peitersen, B., Pedersen, P. & Pryds, O. (2014). *Neonatologi*. Munksgaard.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021a). Evidence-based nursing: translating research evidence into practice. I *Nursing research — generating and assessing evidence* (11. utg., s. 21—41). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021b). Literature reviews: finding and critically appraising evidence. I *Nursing research — generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg., s. 82—111). Wolters Kluwer.
- Ravn, I. H. (2021). Samspill mellom for tidlig fødte barn og foreldre. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1* (s. 244—258). Cappelen Damm Akademisk.
- Reichman, N. E., Corman, H. & Noonan, K. (2014). Effects of maternal depression on couple relationship status. *Review of Economics of the Household*, 13, 929—973. <https://doi.org/10.1007/s11150-013-9237-2>
- Sandrør, H. P. (2009). Utviklingsstøttende og familiefokusert omsorg i tråd med NIDCAP. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2* (s. 57—79). Cappelen Akademisk Forlag.
- Schaber, R., Kopp, M., Zähringer, A., Mack, J. T., Kress, V. & Garthus-Niegel, S. (2021). Paternal leave and father-infant bonding: findings from the population-based cohort study DREAM. *Frontiers Psychology* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.668028>
- Sigurdson, K., Profit, J., Dhurjati, R., Morton, C., Scala, M., Vernon, L., Randolph, A., Phan, J. T. & Franck, L. S. (2020). Former NICU families describe gaps in family-centered care. *Qualitative Health Research*, 30(12), 1861—1875. <https://doi.org/10.1177/1049732320932897>
- Smith, L. & Ulvund, S. E. (2006). *Spedbarnsalderen*. Universitetsforlaget.
- Sosial og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/for-tidlig-fodte-barn/For%20tidlig%20fodte%20barn%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/89d2c8de-9546-4afe-9634-

- 6172f41cea3a:2ead20501b8178096fe682c667c8581593a278c1/For%20tidlig%20fødte%20barn%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Steinnes, S. (2009). Sykepleie til premature barn. I B. S. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 2* (s. 27—56). Cappelen Akademisk Forlag.
- Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K. & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education & Counseling*, 74(3), 295—301 <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Tandberg, B. S. (2021). Møtet med familien på nyfødtavdelingen. I B. Tandberg & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1* (s. 224—243). Cappelen Damm Akademisk.
- Thomson, G., Flacking, R., George, K., Feeley, N., Haslund-Thomsen, H., De Coen, K., Schmied, V., Provenzi, L. & Rowe, J. (2020). Parents' experiences of emotional closeness to their infants in the neonatal unit: a meta-ethnography. *Early Human Development*, 149. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105155>
- Treherne, S. C., Feeley, N., Charbonneau, L. & Axelin, A. (2017). Parents' perspectives of closeness and separation with their preterm infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(5), 737—747. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.07.005>
- Turan, T., Başbakkal, Z. & Ozbeck, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2856—2866. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>
- Tveiten, S. (2012a). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn* (s. 157—204). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2012b). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn* (s. 11—41). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn*. Gyldendal Akademisk.
- van Veenendaal, N. R., van Kempen, A. A. M. W., Franck, L. S., O'Brien, K., Limpens, J., van der Lee, J. H., van Goudoever, J. B. & van der Schoor, S. R. D. (2020). Hospitalising preterm infants in single family rooms versus open bay units: a systematic review and meta-analysis of impact on parents. *eClinicalMedicine*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100388>
- Vetcho, S., Ullman, A. J., Petsky, H., Wiroonpanich, W. & Cooke, M. (2021). Parent and interdisciplinary professional perceptions of family-centered care in Thai NICU: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 28(1), 47—55 <https://doi.org/10.1111/nicc.12711>
- Wells, M. B. (2016). Literature review shows that fathers are still not receiving the support they want and need from Swedish child health professionals. *Acta Paediatrica*, 105(9), 1014—1023. <https://doi.org/10.1111/apa.13501>
- Wigert, H., Dellenmark, M. B. & Bry, K. (2013). Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatrics* 13(71). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-71>
- Wong, O., Nguyen, T., Thomas, N., Thomson-Salo, F., Handrinis, D. & Judd, F. (2015). Perinatal mental health: fathers — the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry* 8(4), 247—255 <https://doi.org/10.1111/appy.12204>
- World Medical Association. (1964, Oktober 2013). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 26.09.2023 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/>

Zachrisson, H. D. (2020). Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I M. B. Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. (s. 285—298). Gyldendal Akademisk.

VEDLEGG 1: SØKEHISTORIKK

CINAHL 07.02.2024:

#	Søkeord	Treff	Lest abstrakt	Lest fulltekst	Inkludert
1	(MH «Infant, Premature») OR (MH «Childbirth, Premature»)	38,951	-	-	-
2	(MH “Fathers”) OR (MH “Expectant Fathers”)	8,340	-	-	-
3	(MH “Intensive Care Units, Neonatal)	16,575	-	-	-
4	Infant OR premature OR premature birth OR premature infant	363,315	-	-	-
5	Father* OR dad OR paternal	29,217			
6	S1 OR S4	363,315	-	-	-
7	S2 OR S5	29,217	-	-	-
8	S6 AND S7	5,846	-	-	-
9	Attitude* OR comprehend OR experience OR view OR opinion OR percept* OR feel* OR understand* OR impact OR needs	1,958,765	-	-	-
10	Guidance OR counseling OR coaching OR mentoring OR paternal guidance OR supervision OR paternal outcome OR coping OR support	717,863	-	-	-
11	S9 AND S10	360,993	-	-	-
12	Intensive care unit OR neonatal intensive care unit OR NICU	103,058	-	-	-
13	S3 OR S12	103,058	-	-	-
14	S8 AND S11 AND S13	237	-	-	-
15	S8 AND S11 AND S13, limited to publication date 01.01.2013-31.12.2024	179	-	-	-
16	S8 AND S11 AND S13, limited to publication date 01.01.2013-31.12.2024, English language.	168	26	6	3

PubMed 07.02.24

#	Søkeord	Treff	Lest abstrakt	Lest fulltekst	Inkludert
1	“Fathers” (Mesh)	11.181	-	-	-
2	“Intensive care units, neonatal” (Mesh)	18,538	-	-	-
3	“Premature Birth” (Mesh) OR “Infant, premature” (Mesh)	85,502	-	-	-
4	Infant OR premature OR premature birth OR premature infant	1,524,130	-	-	-
5	Father* OR paternal OR dad	97,479	-	-	-
6	S3 AND S4	1,524,130	-	-	-
7	S1 AND S5	97,479	-	-	-
8	Attitude* OR comprehend OR experience OR view OR opinion OR percept* OR feel* OR understand* OR impact OR needs	6,188,546	-	-	-
9	Guidance OR counselling OR coaching OR mentoring OR paternal guidance OR supervision OR paternal outcome OR coping OR support	13,484,919	-	-	-
10	S8 AND S9	3,067,372	-	-	-
11	Intensive care unit OR neonatal intensive care unit OR NICU	266,872	-	-	-
12	S2 AND S11	266,872	-	-	-
13	S6 AND S10 AND S12	339	-	-	-
14	S13, limited to Danish, English, Norwegian, Swedish	328	-	-	-
15	S14, limited to publication date 2013-2024	245	26	7	2

VEDLEGG 2: KVALITETSVURDERING

Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene ut fra Helsebibliotekets (2021) sjekklister for kvalitative artikler.

Forfatter(e), år	Hugill et al., 2013	Ignell Modé et al., 2014	Kim, 2018	Lebel et al., 2022	Logan & Dormire, 2018	Lægteskov et al., 2023	Merritt et al., 2022	Noergaard et al., 2022
Spørsmål								
1. Er formålet med studien klar formulert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Er dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei
7. Er etisk forhold vurdert?	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Nyttige	Nyttige	Nyttige	Nyttige	Nyttige	Nyttige	Nyttige	Nyttige
Score:	8/10	9/10	8/10	9/10	9/10	10/10	8/10	9/10

VEDLEGG 3: DATAEKSTRAKSJONSKJEMA

Dataekstraksjon artikkel 1	
Forfattere	Kevin Hugill Gayle Letherby Tilly Reid Tina Lavender
År, land	2013, Storbritannia.
Tittel	“Experiences of fathers shortly after the birth of their preterm infants”
Tidsskrift	<i>Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing</i>
Hensikt	Å utforske fedres erfaringer kort tid etter fødselen til deres premature barn.
Metode	Kvalitativ studie. En fokusert etnografi utført over 33 måneder (2003–2006).
Datainnsamlingsmetode	Data ble samlet gjennom observasjoner og semistrukturerte intervjuer
Antall deltakere	Ti fedre til semistrukturerte intervjuer. 206 samtaler med 68 fedre, 44 mødre og 38 fedre og mødre samlet og 56 helsepersonell. 87 helsepersonell svarte på en etnografisk undersøkelse.
Dataanalyse	Analysen fulgte etablerte konvensjoner for kvalitativ forskning (Denscombe, 2010).
Utvalgets sammensetning	Fedrenes alder var fra 20–37 år. Fem av ti var førstegangsfedre. Alle unntatt en var arbeidstaker.
Gestasjonsalder	27–35 uker.

Dataekstraksjon artikkel 2	
Forfattere	R Ignell Modé E Mard KH Nyqvist YT Blomqvist
År, land	2014, Sverige.
Tittel	“Fathers’ perception of information received during their infants’ stay at a neonatal intensive care unit”
Tidsskrift	<i>Sexual & reproductive healthcare</i>
Hensikt	Å utforske fedres oppfatning av informasjon mottatt under innleggelsen av deres premature barn på nyfødt intensiv.
Metode	Induktivt, kvalitativ og beskrivende metode.
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer.
Antall deltakere	Åttefedre.
Dataanalyse	Dataene ble analysert ved kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet av Graneheim og Lundman.
Utvalgets sammensetning	Fedrenes alder var fra 20–40 år.
Gestasjonsalder	23–36 uker.

Dataekstraksjon artikkel 3	
Forfattere	Hyung Nam Kim
År, land	2018, USA.

Tittel	“Social support provision: Perspective of fathers with preterm infants”
Tidsskrift	<i>Journal of pediatric nursing</i>
Hensikt	Fremme fars bekymringer og behov for sosial støtte som støtter fedre bedre.
Metode	Kvalitativ metode.
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervju over telefon.
Antall deltakere	Ti mødre og åttefedre.
Dataanalyse	Utført med grounded theory tilnærmingen til Strauss og Corbin (1990).
Utvalgets sammensetning	Fedrene hadde gjennomsnittsalder på 38,5 år, syv med høyere utdanning og hadde vært på nyfødt intensiv i gjennomsnitt 48,56 dager. Mødrene hadde gjennomsnittsalder på 34,8 år, alle hadde høyere utdanning og hadde vært på nyfødt intensiv i gjennomsnitt 52,6 dager.
Gestasjonsalder	Gjennomsnittlig 30,88 uker.

Dataekstraksjon artikkel 4	
Forfattere	Valérie Lebel Nancy Feeley Émilie Gosselin Anna Axelin
År, land	2022, Canada.
Tittel	“Emotional closeness among NICU fathers”
Tidsskrift	<i>Advances in Neonatal Care</i>
Hensikt	Å utforske erfaringer og forekomster av emosjonell nærhet fra fedres perspektiv.
Metode	Kvalitativ beskrivende metode.
Datainnsamlingsmetode	Sosiodemografisk spørreskjema, fedre som førte dagbok i 14 dager i forkant av rekruttering og semistrukturerte intervju på 30 min.
Antall deltakere	Åtte fedre.
Dataanalyse	Beskrivende statistikk ble brukt på spørreskjemaet og dagboken. Intervjudataene ble analysert ut fra tematisk analysemetode.
Utvalgets sammensetning	Fedrenes alder hadde gjennomsnitt på 32 år, alle jobbet, og én hadde barn hjemme.
Gestasjonsalder	Gjennomsnittlig 29 uker.

Dataekstraksjon artikkel 5	
Forfattere	Rebecca M. Logan Sharon Dormire
År, land	2018, USA.
Tittel	“Finding my way: A phenomenology of fathering in the NICU”
Tidsskrift	<i>Advances in neonatal care</i>
Hensikt	Å få en forståelse av opplevelsen av å bli far til et spedbarn født under 28 uker gammelt.
Metode	Kvalitativ metode. Fenomenologisk studie.

Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer.
Antall deltakere	Syv fedre
Dataanalyse	The Gadamerian Hermeneutic metode for systematisk tolkning av dataene.
Utvalgets sammensetning	Fedrenes alder var fra 25–46 år. Alle hadde fulltidsjobb.
Gestasjonsalder	Under 28 uker.

Dataekstraksjon artikkel 6	
Forfattere	Tascha Ravn Lægteskov Kristina Garne Holm Mette Petersen Rasmus Klitbøl Lysdal Brian Rafn Hjelvang Anne Brødsgaard
År, land	2023, Danmark.
Tittel	“Father groups in the neonatal intensive care unit: A supportive intervention”
Tidsskrift	<i>Advances in Neonatal Care</i>
Hensikt	Å kartlegge fedres erfaringer med fedregrupper under innleggelsen på nyfødt intensiv med deres premature barn.
Metode	Kvalitativt beskrivende metode.
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer på nett.
Antall deltakere	Ti fedre
Dataanalyse	Innholdsanalyse ble gjort med inspirasjon av Graneheim og Lundman.
Utvalgets sammensetning	Fedrene var 31–41 år. Seks var førstegangsfedre. Fire hadde tvillinger. De hadde vært innlagt fra 4-71 dager når fedregruppene ble gjennomført. Kun én jobbet under innleggelsen.
Gestasjonsalder	26+1 til 36+5.

Dataekstraksjon artikkel 7	
Forfattere	Linda Merritt Jazmine Maxwell Cameryn Urbanosky
År, land	2022, USA.
Tittel	“The needs of NICU fathers in their own words: A qualitative descriptive study”
Tidsskrift	<i>Advances in neonatal care</i>
Hensikt	Å utforske behovene til fedre som tidligere har hatt premature barn på nyfødt intensiv.
Metode	Kvalitativt beskrivende design.
Datainnsamlingsmetode	Semistrukturerte intervjuer via zoom.
Antall deltakere	28 fedre.
Dataanalyse	Ved hjelp av innholdsanalyse. NiVivo11 software ble brukt for å administrere dataene. Lengden på oppholdet varierte fra 3 til 122 dager. Tiden fra utskrivning varierte fra noen uker til 16 år siden.

Utvalgets sammensetning	Fedrene var 18–39 år. 24 hadde mastergrad eller høyere utdanning.
Gestasjonsalder	24–36 uker

Dataekstraksjon artikkel 8	
Forfattere	Betty Noergaard Jette Ammentorp Jesper Fenger-Gron Poul-Erik Kofoed Helle Johannessen
År, land	2017, Danmark.
Tittel	“Fathers’ needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark”
Tidsskrift	<i>Advances in neonatal care</i>
Hensikt	Å beskrive fedres behov når deres spedbarn legges inn på nyfødt intensiv.
Metode	Kvalitativ metode.
Datainnsamlingsmetode	Observasjon, semistrukturerte intervjuer, flere sekvensielle intervjuer og fokusgruppeintervju.
Antall deltakere	Fem fedre til semistrukturerte intervjuer, 4 firefedre til flere sekvensielle intervjuer og tre fedre til fokusgruppeintervju.
Dataanalyse	Den analytiske tilnærmingen fulgte prinsippene til grounded theory som definert av Charmaz.
Utvalgets sammensetning	Fedrene var 28–48 år gamle. De hadde vært på nyfødt intensiv fra 2 til 90 dager.
Gestasjonsalder	Fra 26+2 til 37+1.

VEDLEGG 4: ARBEIDSSKJEMA

Forfatter/År	Hugill et al. (2013)	Ignell Modé et al. (2014)	Kim (2018)	Lebel et al. (2022)	Logan & Dormire (2018)	Lægteskov et al. (2023)	Merritt et al. (2022)	Noergaard et al. (2017)
Kategorier								
Følelser	X	X	X	X	X	X	X	X
Erfaringer/ opplevelser	X	X		X	X	X		
Fars rolle	X				X	X	X	X
Partner	X	X	X	X	X	X		X
Bli anerkjent/ inkludert	X	X	X	X		X	X	X
Andre ansvarsområder	X		X	X	X		X	X
Informasjon		X	X	X	X	X	X	X
Stress		X			X		X	X
Tilknytning		X		X	X		X	X
Støttebehov		X	X	X	X	X	X	X
Trygging		X	X		X		X	X
Praksis implikasjoner		X	X			X	X	X
Tro og håp					X			

