

Vårdrutiners inverkan på den tidiga bindningen mellan föräldrar och barn

Vivian Wahlberg

Vad som händer under graviditet och förlossning och de första timmarna därefter påverkar på ett avgörande sätt barns och föräldrars beteende och ömsesidiga anpassning. I denna artikel redovisar Vivian Wahlberg egna och andras studier av hur vissa vårdrutiner inverkar på denna process. Vivian Wahlberg är sjuksköterska, barnmorska, dr med vet och är som forskarassistent vid Institutionen för pediatrik, KI, bl a engagerad i tvärkulturella projekt inom detta område.

Som ett led i samhällets strävan att öka trygghet och kontakt mellan föräldrar och barn behöver vi studera vilka mekanismer som styr och påverkar beteende- och relationsmönstren mellan moder-fader-barn redan under graviditet och förlossning. Föräldrarnas förberedelse (föräldrautbildning eller motsvarande), förlossningsupplevelsen samt vård- och behandlingsrutinerna under BB-vistelsen kan spela en viktig roll.

De senaste årens undersökningar har visat att vad som händer under graviditeten, under förlossningen och de första timmarna därefter kan sätta spår i både föräldrars och barns beteende och ömsesidiga anpassning för flera år framåt.

Barnet har en förhöjd vakenhet och känslighet de första timmarna efter födelsen – säkert naturens givna förutsättningar för en så god start som möjligt i en ny värld.

Vissa moderna vårdrutiner behöver granskas och utvärderas, rutiner som kan störa eller stimulera

den tidiga och ömtåliga bindingsprocessen och som kan påverka den fortsatta kontakten mellan föräldrar och barn. Vi behöver också studera effekterna av en hel del vårdrutiner – det som man "alltid gjort" eller som man gör "för säkerhets skull".

Kritisk period efter förlossningen

Mot bakgrund av den höga frekvensen störningar hos barn under det första levnadsåret (kolik, nattlig oro, skrik, kräkningar, dålig viktökning etc) finns anledning att efterforska ett eventuellt orsakssammanhang med våra vårdrutiner. Den snabba tekniska utvecklingen inom obstetrik och neonatalvård, som medfört en ökad säkerhet för kvinna och barnet, kan samtidigt ha negativa effekter på bindningen mellan mor-far-barn.

Vi vet att såväl vissa former av smärtlindring liksom det akuta omhändertagandet av barnet, samt vissa vårdrutiner i övrigt på BB- och neonatalavdelning kan innebära separation för moder och barn och leda till störningar i kontakten. Det finns studier, som visar att hela familjestabiliteten påverkas av en tidig separation.

En rad undersökningar främst från USA och England visar att nyfödda barn, speciellt från sociala riskmiljöer som under en period separerats från mo-

.....
Barnet har en förhöjd vakenhet och känslighet de första timmarna efter födelsen – säkert naturens givna förutsättningar för en så god start som möjligt i en ny värld.
.....

dern, icke sällan återkommer till sjukhuset med en bild av "failure to thrive" utan någon organisk orsak eller med fysisk misshandel.

Betydelsen av själva förlossningstraumat och det första omhändertagandet har betonats och måste genom omvårdnadsprojekt ytterligare utforskas. Innebär det mörker eller ljus, tystnad eller buller, värme eller kyla, mjukhet eller hårdhet i barnets kontakt med en ny värld? – Är tex ventrikeltömning, lapolisering etc av den nyfödde försvarbart? Kan K-vitamintillförsel, PKU-test och dyl göras på ett humanare sätt än vad som sker idag? Måste ljusbehandling i samband med förhöjda bilirubinvärden innebära att moder-barn separeras?

Vi vet att det nyfödda barnet har en högt utvecklad förmåga att registrera och bearbeta olika sinnesförmågelser och att sedan avge signaler, som hjälper modern att förstå och tillfredsställa barnets behov. Man vet att samspelet börjar direkt efter födelsen och följer ett lagbundet mönster. Vi vet också att barnets blick har stor betydelse som nyckelretning för att utlösa omhändertagande.

Lapismetoden – en etisk fråga

Jag ska kortfattat nämna något om min forskning kring lapolisfrågan och även komma in på några andra studier.

Lapismetoden mot gonokockinfektion i nyfödda barns ögon har under senare år ifrågasatts på många håll. Sedan den infördes för cirka 100 år sedan har förändringar skett, vilka minskar metodens berättigande i vårt land. I den aktuella studien bland fullgångna gravida kvinnor var gonorréfrekvensen 1/1000 (1/1.027).

Genom penicillinbehandling kan som regel en eventuell gonokockinfektion i ögonen effektivt botas. Lapis ger däremot endast en tillfällig, lokal profylax i barnets ögon och har inte någon effekt på eventuell gonokockinfektion i barnets näsa och svalg – det finns således risk för att både mor och barn lämnar BB med obehandlad gonorré! Därtill har lapis ingen effekt på en del andra, mer frekvent förekommande veneriska sjukdomars mikroorganismer (Chlamydia, Herpes virus typ II etc), som kan överföras vid förlossning.

Dessutom ger lapis många negativa bieffekter,

smärta vid indrypningen och ofta svullnad, rodnad och varig sekretion i barnets ögon. Dessa bieffekter motverkar vår strävan efter att ge barnet ett mjukt omhändertagande vid födelsen liksom den nära kontakt mellan föräldrar och barn som just ögonkontakten kan ge.

Med hänsyn till den låga frekvensen gonorré hos fullgångna gravida kvinnor och den höga frekvensen biverkningar efter lapolisprofylax är det skäligt att ställa en etisk fråga: Kan vinsten av att förebygga gonokockkonjunktivit hos ett ytterst litet antal relevanta fall uppvägas av de förluster en obligatorisk lapolisprofylax medför?

Tex:

- förlust av föräldrars självbestämmande och integritet (i samband med diskussion om eventuell könssjukdom och dyl efter förlossningen)
- förlust av ögonkontakt mellan föräldrar och barn under den första, viktiga bindingsperioden
- förlust av välbefinnande för barnet pga smärta vid lapolisering samt eventuella biverkningar under flera dagar av BB-vistelsen.

Konflikter kommer att uppstå – inte minst mellan den nya hälso- och sjukvårdslagen och tidigare lapolisbestämmelser. Från den 1 jan 1983 är vi skyldiga att informera om alternativa behandlingsformer, dvs lapolisering eller icke lapolisering, annan profylax etc. Om vi inte gör detta och följer föräldrarnas önskemål kan det leda till anmälan.

Studier inom neonatalvård

Det finns viktiga och belysande studier gjorda, bl a i USA, om vården av det prematura barnet. För att motverka negativa effekter av tex separation från modern, då barnet ligger på neonatalavdelning har man låtit modern vidröra och handha sitt barn i kuvösen. Genom denna extra kontakt visar sig mödrarna få större engagemang för sina barn, större självförtroende vad gäller förmågan att vårda barnet, större kunnighet att tolka barnets signaler etc.

En undersökning inom ett omvårdnadsprojekt i Florida med bl a sjuksköterskan och professorn Gene Anderson gav många intressanta impulser vid mitt besök där 1981. – I en studie blev 59 barn (28–34 grav veckan) randomiserade för försöks- resp kontrollgrupp. Barnen i försöksgruppen fick i sam-

band med varje näringstillförsel (sondmatning) suga på napp under hela sondmatningen samt 5 minuter efter. Nappen var placerad så att den inte kunde falla ur munnen.

Behandlingen började så snart barnet kunde tolerera luften utanför kuvösen samt ta emot 10 cc näring genom sond. Man fortsatte tills barnet helt kunde flaskuppfödas.

Barn i behandlingsgruppen visade sig nå fullständig flaskmatning i genomsnitt 3,4 dagar tidigare än kontrollgruppen och med 27 st färre sondmatningar. De 'sugande' barnen ökade också snabbare i vikt och kunde skrivas ut i genomsnitt 4 dagar tidigare än de andra. Även komplikationsfrekvensen var lägre hos barn som använde napp vid sondmatning.

I en vidareutveckling av ovannämnda projekt fick kontrollgruppen sedvanlig vård medan experimentgruppen omhändertogs enligt följande program med bla visuellt-auditiv stimulering:

- Vattenbädd som gav ett följsamt, mjukt underlag i kuvösen.

Barnet gungades lätt under bestämda tider på dygnet.

- Massage från huvud till fot tre gånger dagligen.

- Oral stimulering (napp) samtidigt med sondmatning.

- Via bandspelare återgavs till barnen moderns hjärtljud
föräldrarnas röster
musik (Mozart eller dyl)

- Gungning, joller och smek i sköterskans famn 3 gånger/dag.

- Kommunikation med barnet genom 'en face' ögonkontakt samt småprat under kortare stunder.

En uppföljningsstudie pågår med dessa barn, genom hembesök var 14:e dag upp till c:a 21/2 års ålder. Det första testtillfället sker på den ursprungligen beräknade förlossningsdagen då alltså modern skulle ha varit fullgången.

Föräldrarna hade redan under besökstiderna på neonatalavdelningen fått extra hjälp att tolka och förstå olika signaler, som barnet visade. Föräldrarna stimulerades också på olika sätt att närma sig barnet på alla plan och att förstå olika beteenden.

Behov av fortsatta insatser

I vårt land pågår forskningsprojekt på spridda platser, som tar upp olika vårdaspekter inom neonatal- och förlossningsvård, omvårdnadsprojekt med just den vårdande personalen involverad. Genom att lyssna till föräldrarna och försöka tolka deras önskingar, genom att använda fantasi och inlevelseförmåga i den nyfödda barnens situation hoppas vi kunna få fler positiva vårdeffekter inom neonatal-, BB- och föräldraavdelningar.

Jag tror också att vi måste lita mer på naturens egna resurser! Vår moderna mödra- och förlossningsvård tenderar att behandla den gravida kvinnan som en *patient* med ett överflöd av tester, undersökningar, behandlingar och modern teknologi. Alla dessa resurser måste användas med stor urskillning.

I samhällsdebatten under senare år har framkommit att förlossningsvården på stora kliniker av många upplevs som opersonlig och alltför artificiell. Samtidigt vet vi dock att det i medicinskt hänseende (moderns och barnets säkerhet etc) är nödvändigt med det moderna sjukhusets resurser. Vi måste därför söka utvärdera vilka av de små förlossningsklinikkernas vårdomsorger och övriga förtjänster som är möjliga att överföra till storsjukhusets miljö.

REFERENSER

1. *Barnard, K*: 1976, The process of maternal acceptance. In: The first week of neonatal life. Report from the 1st maternal-infant life conference, Oshkosh, Wisconsin, page 79–83.
2. *de Chateau, P, Wiberg, B*: 1977, Longterm effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first post partum hours. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatrica Scand*; 66: 145–51.
3. *Klaus, M H & Kennell, J H*: 1975, Maternal-infant bonding. St Louis: C V Mosby Co, pages 70–78, 95.
4. *Leboyer, F*: 1975, Birth without violence. New York: Alfred A Knopf.
5. *Measel, C P, Anderson, G G*: 1979, Nonnutritive Sucking During Tube Feedings: Effect on Clinical Course in Premature Infants, *JOGN Nursing*, Vol 8, No 5, s 265–272.
6. *Wahlberg, V*: 1982, Reconsideration of Credé Prophylaxis. A study of maternity and neonatal care. *Acta Paediatrica Scandinavica*, Suppl 295 (avh).