

# **Helsesøsters bidrag til mestring av foreldrerollen**

Masteroppgave i helse og sosialfag

Kirsti Ruud  
Juli 2008

Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I  
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER: Våren 2008**

---

**FORFATTER: Kirsti Ruud**

---

**VEILEDER: Elisabeth Willumsen**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk: Helsesøsters bidrag til mestring av foreldrerollen**

**Engelsk: Public health nurse's role in helping parents to cope with parenthood**

---

**EMNEORD/STIKKORD/NØKKELOD:**

**Foreldrerollen, helsestasjon, helsesøster, mestring, sosial støtte**

---

**SIDETALL: 82**

**ANTALL ORD: 25 000**

**STAVANGER**

**7. juli 2008  
DATO/ÅR**

  
**SIGNATUR**

## Forord

Herved settes punktum for et to årig masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv, ved Universitetet i Stavanger. Det har vært spennende og utfordrende år.

Denne masteroppgaven handler om behovene for sosial støtte i en utfordrende fase i livet. I arbeidet med oppgaven, har jeg også hatt behov for støtte og hjelp.

Min tålmodige mann Inge, har bidratt med praktisk hjelp, og to lyttende ører, og usvikelig tro på meg. Mine tre barn Sverre, Ingrid og Jacob har bidratt med inspirasjon og oppmuntring. Tusen takk til min kjære familie!

Min datter Ingrids svangerskap og lille datterdatter Ellas første år har skjedd parallelt med oppgavens utvikling fra prosjektplan til ferdig produkt. Ella har gitt temaet ekstra betydning. Kunnskapen jeg har tilegnet meg i prosessen har vært nyttig i utøvelsen av mors- og mormorrollen. Rollen som mormor har også bidratt til kunnskap og motivasjon, i arbeidet med oppgaven. Tusen takk til dere to kvinner som kommer etter meg!

Alle i prosjektgruppen har bidratt med støtte på ulike vis. Først og fremst har dere bidratt til opplevelsen av at studien ikke bare er et skrivebordsprodukt. Tusen takk for nyttige bidrag! En spesielt dypfølt takk til min veileder Elisabeth Willumsen, som har bidratt med uvurderlig hjelp, tålmodighet og dyktighet.

Oppgaven hadde ikke blitt til, hvis det ikke var for dere syv foreldre, som stilte opp til intervju, og delte deres erfaringer, tanker og kjærlighet til barna med meg. Tusen takk!

Stavanger juli 2008

Kirsti Ruud

## Forord

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>4</b>
1.1 Studiens mål og problemstilling	5
1.2 Avklaring og presisering av noen begreper	6
1.3 Tidligere forskning omkring temaet	8
1.4 Videre oppbygning av oppgaven	12
<b>2.0 Forebyggende helsearbeid i helsestasjon og ved helsesøster</b>	<b>12</b>
<b>3.0 Foreldre og barn</b>	<b>14</b>
3.1 Foreldrerollen	14
3.2 Barns helse	15
3.3 Brukerundersøkelser	16
<b>4.0 Teoretisk rammeverk</b>	<b>17</b>
4.1 Teori om "self- efficacy"	18
4.2 Mestringsteori	20
4.3 En dynamisk tankemodell	21
<b>5.0 Metodisk tilnærming</b>	<b>23</b>
5.1 Vitenskapsteoretiske perspektiv	23
5.2 Det kvalitative forskningsintervju	26
5.2.1 Forberedelse av studien	27
5.2.2 Utvalg og utvalgsriterier	28
5.2.3 Intervjuguide	29
5.2.4 Datainnsamling	29
5.2.5 Analyse av data	31
5.3 Studiens troverdighet	32
5.3.1 Validitet	33
5.3.2 Pålitelighet	34
5.3.3 Overførbarhet	35
5.4 Forskningsetiske overveielser	36
<b>6.0 Presentasjon og drøfting av funn</b>	<b>37</b>
6.1 Presentasjon av funn	37

6.1.1	Å bli foreldre og å bli en familie	38
6.1.2	Søking etter hjelp og støtte	40
6.1.3	Å benytte helsestasjonens tilbud	45
6.1.4	Oppsummering av funn	52
6.2	Drøfting av funn	53
6.2.1	Den store omveltningen	54
6.2.2	Faktorer som påvirker utvikling av foreldrerollen	54
6.2.3	Foreldrenes støttesystemer	59
6.2.4	Støtten fra helsestasjonen	62
<b>7.0</b>	<b>Oppsummering og konklusjon</b>	<b>72</b>
7.1	Konsekvenser for praksis og forskning	74
<b>8.0</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>78</b>

#### **Vedlegg:**

- Vedlegg 1: Informasjonsbrev til foreldre
- Vedlegg 2: Samtykkeerklæring
- Vedlegg 3: Intervjuguide
- Vedlegg 4: Godkjenning fra Regional forskningsetisk komite (REK)
- Vedlegg 5: Tilråding fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

## **Sammendrag**

Et mål for den norske helsestasjonstjenesten er å bidra til et godt oppvekstmiljø for barn og unge ved å styrke foreldres mestring av foreldrerollen. Det er lite kunnskap om hvordan målet best kan nås, om helsesøster bidrar til dette, og hva foreldre har behov for i kontakten med helsestasjonen. Målet for denne studien var å øke kunnskap om foreldres behov for sosial støtte, og hvordan helsesøster bidrar til at de opplever mestring som foreldre. Et annet mål var å bidra til utvikling av helsesøsterpraksis. Studien har en kvalitativ tilnærming med halvstruktureerte intervju av syv foreldre til seks barn på ett år, seks mødre og en far. Studien viste at flere interne og eksterne faktorer påvirket den støtte foreldrene ønsket og mottok. Som nybakte foreldrene hadde de endrede behov for sosial støtte, partner var den viktigste kilden. Helsestasjonen var tilgjengelig, med fagkunnskap og kontroll av barns helse og oppvekstforhold. Foreldrene ønsket at helsesøster viste dem og barnet interesse, hadde respekt, empati, varme og tro på deres ressurser. Noen ønsket primært konkrete råd og informasjon fra helsesøster, mens andre også søkte følelsesmessig- og anerkjennende støtte. Anerkjennende støtte fra helsesøster hadde betydning for mestring av foreldrerollen. Råd og informasjon hadde også betydning, men i mindre grad. Noen foreldre var misfornøyd med relasjonen med helsesøster, og opplevde ikke å få sosial støtte som bidro til økt mestring. Foreldrene ønsket tidligere kontakt etter fødselen, støtte når de selv ønsket det, og et bedre gruppetilbud. Studien viste behov for økt kunnskap om metoder i helsesøsters arbeid som kan bidra til å styrke mestring av foreldrerollen.

## **1.0 Innledning**

Tema for studien er foreldres opplevelser og erfaringer med støtte og hjelp fra helsesøster. I Norge er alle kommuner gjennom "Lov om helsetjenesten i kommunene" (1982) pålagt å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste for barn og ungdom fra 0 til 20 år. "Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (2003) (i oppgaven kalt "Forskriften" 2003) sier at tjenestene skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak som styrker foreldrenes mestring av foreldrerollen, og fremmer barns og unges lærings- og utviklingsmiljø. Tjenestene skal også bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene.

Virkingen av helsestasjonsarbeidet er dårlig dokumentert og er vanskelig å måle. Det kan være nyttig å måle tjenesten indirekte, om tjenesten når fram til målgruppen og hvordan brukerne opplever tilbudene (Wickberg 2000, Bremberg 2000). I følge Den Norsk Lægeförening (2001) er det behov for mer systematisk oppbygning av kunnskap og kompetanse, for å evaluere helsestasjonstjenesten og basere praksis på forskning i større grad. Det er gjort lite forskning om forebygging, helsefremming og helsesøsterpraksis (Glavin 2007). Helsesøsters praksis handler om møter med mennesker, om veiledning og forståelse. Det er derfor behov for forskning som beskriver og tolker menneskers opplevelser i ulike sammenhenger.

Utgangspunktet for studien er hvordan foreldre opplever at helsestasjonstjenesten styrker deres mestring av foreldrerollen. Den fokuserer spesielt på førstegangsforeldres opplevelser i barnets første leveår og kontakten med helsesøster i denne fasen. Ifølge Andrews (2003) er det gjort begrenset forskning i Norge der fokus har vært foreldres behov og hva de er opptatt av i oppdragelsen av barn. Det er lite kunnskap om hva slags tilbud foreldrene ønsker fra helsestasjonen, og hvordan de ønsker støtte som foreldre. Foreldres behov for sosial støtte, spesielt fra helsestasjonen, vil ha et særlig fokus i oppgaven.

Studien inngår i "Helsestasjonsprosjektet, 0-5 år", som er en del av prosjektet "Children's safety- health promotion community services". Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Sandnes kommune og Universitetet i Stavanger.

Sandnes kommune har et helsestasjonsprogram for barn mellom 0-5 år som tilbys alle familier med barn, og består av 13 konsultasjoner med helsesøster, og 4 med lege. Dette er 3 konsultasjoner færre enn anbefalt i "Veileder til forskriften av 3. april 2003 nr. 450 (2004): *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (I oppgaven kalt "Veileder til Forskriften (2004)). Programmet gir en detaljert mal for alle konsultasjonene. Det er usikkert om dette primærforebyggende tilbudet fanger opp barn og familier med behov for ekstra oppfølging, og om oppfølgingen er i tråd med målsettingene og brukernes behov. Helsestasjonstjenesten i Sandnes ønsker å komme tidlig inn for å forebygge negativ utvikling, og vil bruke sine tilmålte ressurser på en best mulig måte. Det er blant annet ønskelig å belyse kvalitet og innhold i helsestasjonstilbudet.

På bakgrunn av dette anses studiens tema å være et relevant forskningstema. Studien vil belyse tilbudet som helsestasjonen tilbyr førstegangsførelde, fra foreldrenes synsvinkel. Oppgavens datamateriale består av intervju med syv foreldre som er tilknyttet helsestasjonen i Sandnes. Fokuset er foreldrenes erfaringer og opplevelser i barnets første leveår, med særlig vekt på sosial støtte og mestring av foreldrerollen.

Oppgaven beskriver rammebetingelsene for helsesøsters arbeid i helsestasjonstjenesten, og tjenestens brukere; foreldre og barn. Den teoretiske innfallsvinkelen er knyttet til begrepene mestring, sosial støtte, "self-efficacy" og foreldrerollen. Datamaterialet drøftes i lys av disse begrepene, og oppsummeringen viser mulige konsekvenser for helsesøsterpraksis.

Dette kapitlet vil videre omhandle mål, problemstilling og forskningsspørsmål for studien. Så gis en avklaring og presisering av sentrale begreper og presentasjon av aktuell forskning på området. Til slutt redegjøres det for oppgavens videre oppbygning.

### **1.1 Studiens mål og problemstilling**

Hensikten med studien er å øke kunnskap om foreldres behov for sosial støtte og hvordan helsesøster bidrar til at de opplever mestring som foreldre i barnets første leveår. Et mål er at dette kan bidra til utvikling av helsesøsterpraksis og bedring av helsestasjonstilbudet.



Sentrale forskningsspørsmål er:

Hvilke behov for sosial støtte har foreldre det første året av barnets liv? Hvem får foreldre støtte fra, og hvilke typer sosial støtte får de? Hvordan opplever de tilbudet på helsestasjonen? På hvilke måter opplever de å få hjelp fra helsesøster? Hvilke kjennetegn har støttende kontakt fra helsesøster?

Min antagelse er at helsesøsters rolle i å støtte foreldrene i denne fasen er viktig. Det er spesielt viktig når det første barnet kommer, i de første ukene og hele det første året, og særlig hvis foreldrene opplever bekymring knyttet til barnet. De andre sosiale støttesystemer foreldrene har påvirker også opplevelsen av hvor viktig helsesøsters rolle er.

På bakgrunn av dette er følgende problemstilling valgt: *På hvilken måte opplever førstegangsførelde i barnets første leveår at helsesøster gir sosial støtte som bidrar til å styrke mestring av foreldrerollen?*

## **1.2 Avklaring og presisering av sentrale begreper**

### **Sentrale begreper i helsestasjonstjenesten**

Forebyggende helsearbeid er en fellesbetegnelse for helsefremmende og forebyggende arbeid. *Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/ eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død* (Merknad til § 1-2. Virkeområde, "Forskriften 2003": 4).

Brukermedvirkning og brukerperspektiv kan defineres slik; *"brukermedvirkning er den aktivitet som brukerne deltar med, og som helse- og sosialarbeiderne tilrettelegger for.*

*Brukerperspektivet er brukernes forståelse av egen situasjon"* (Humerfelt 2005: 18)

Primærforebyggende arbeid retter seg mot alle, sekundærforebyggende arbeid mot grupper utsatt for risiko, og tertiærforebyggende mot de med et helseproblem.

## **Sosial støtte**

Sosial støtte gir motstandskraft mot stress (Cassidy 1999). Sosial støtte defineres som oppbakking og hjelp fra andre for å imøtekomme aktuelle behov. Kilden til støtten for at den skal være effektiv ser ut til å variere med situasjonen, og profesjonell støtte kan være viktigst i en gitt situasjon (Underwood 2000). Mestringsatferd som å søke informasjon, og kunne uttrykke behov mobiliserer støtte.

## **Mestring**

Mestring er et viktig begrep i helsesøstertjenesten. Å oppleve mestring kan være en helsefremmende faktor. *Mestring kan sees som en prosess der individet kontinuerlig prøver å takle livets krav og utfordringer* (Helseth 2007: 206). Mestring kan ha som formål å klare påkjenninger og krav for å oppnå balanse, eller gjenopprette helse og livskvalitet ved sykdom. Å bli foreldre for første gang stiller krav om mestring.

## **Konsultasjon**

Konsultasjon forklares i oppgaven som en direkte kontakt mellom helsesøster og foreldre til barn på helsestasjonen ("Veileder til Forskriften" 2004). Det anbefales at arbeidsformen på helsestasjonen er en kombinasjon av konsultasjoner individuelt og i gruppe. Målet med gruppekonsultasjonene er at foreldre i samme situasjon kan bruke samspillet mellom seg som en ressurs for å mestre foreldrerollen. Fokuset i denne studien er hva som skjer i kontakten mellom helsesøster og den enkelte forelder i konsultasjonene. Videre inngår hjemmebesøk og samtaler, som helsesøster eller foreldre tar initiativ til, i begrepet konsultasjon.

I oppgaven blir begrepene foreldre og mødre og fedre, brukt om brukere av tjenestene på helsestasjonen. Både begrepene bruker og klient brukes i relevant litteratur.

## **Foreldrerollen**

Foreldrerollen beskrives i denne studien som den sosiale rollen man tilpasser seg når man blir foreldre. I den forandringsprosessen tilegnes kompetanse i rollen og foreldreatferd integreres i

rollerepertoaret slik at man blir trygg på sin foreldreidentitet (Mercer 1984, Brudal 2000). Helsesøster kan ha en viktig rolle i å støtte foreldrene i denne prosessen.

### **1.3 Tidligere forskning omkring temaet**

Jeg har søkt i internasjonale databaser via Bibsys med søkeordene *social support, child, first time mother, family, nurse, coping, health, public health* i ulike kombinasjoner. Jeg har også gjort manuelle søk ut fra referanselister i aktuell litteratur.

Det forebyggende helsearbeidet for barn er forskjellig organisert i ulike land. Helsestasjonen slik vi kjenner den i Norge, finnes også i Sverige (barnhelsovård) og Finland. Organiserte hjemmebesøk av spesialutdannede sykepleiere gjøres i bl.a. Storbritannia og Irland (home visiting). Det anses at forskningsresultater fra Sverige og Finland gir størst overføringsverdi til norske forhold. Det er mer usikkert om alle aspekter ved forskningsresultater knyttet til land som organiserer home visiting kan overføres til norske forhold. Forskningsfunn som handler om foreldres behov i relasjonen med fagpersonene i tjenesten, vurderes å ha overføringsverdi.

#### **Studier om sammenhengen mellom sosial støtte og helse**

Bred internasjonal forskning støtter den sosiale støtten betydning i å redusere stress og fremme helse og mestring på mange ulike områder ( Underwood 2000, Ell 1984, Broadhead et.al.1983, Cobb 1976).

En litteraturstudie av Langford m.fl.(1997) vurderte ca 85 forskningsartikler som omhandlet begrepet sosial støtte. Den viste at forskning siden 1970-tallet har fokusert på betydningen sosial støtte har for personer i ulike aldre og situasjoner. Det beskrives fire kjennetegn på sosial støtte, følelsesmessig, instrumentell, støtte ved informasjon og anerkjennende støtte. Den følelsesmessige støtten ble av flere forskere beskrevet som den viktigste og involverer empati, kjærlighet, tillit og omsorg. Følelsesmessig støtte beskrives også som en affektiv transaksjon som innebærer beundring, respekt og kjærlighet. Den ses også som en subjektiv følelse av tilhørighet, aksept og kjærlighet uten betingelser. Instrumentell støtte beskrives som konkret hjelp og assistanse, f.eks. økonomisk støtte. Støtte i form av informasjon gis i en stressperiode eller for å løse et problem. Anerkjennende støtte handler om kommunikasjon som er relevant for

selvvurdering. En annen betegnelse er bekreftende støtte som omfatter utsagn som godkjenner en annens handling eller uttalelser. Hver av disse kjennetegnene ved sosial støtte gir hjelp og beskyttelse til den som mottar støtten, og antas å gi positiv effekt på helse og velvære.

Forutsetninger for at sosial støtte gis, er interaksjon med betydningsfulle personer i det sosiale nettverket, med bånd med en viss grad av styrke og dybde, i et sosialt klima kjennetegnet av hjelpsomhet og beskyttelse. En viss grad av sosial kompetanse trengs for å utvikle dette. Forskningen viser at de fleste konsekvensene av sosial støtte handler om positiv helsetilstand eller helseatferd. Eksempler er mestringsevne, redusert depresjon og økt personlig kompetanse i perioder med stress. En studie antyder at sosial støtte øker psykologisk velvære ved forventning om økt kontroll (ibid.).

Behovet for støtte antas å være større i endringsfaser, og effekten av støtten er da størst. Å få barn kan være en slik endring i livssituasjon og i denne fasen kan helsesøster spille en viktig rolle. Helsesøsters støtte kan ses som viktig for å øke foreldres mestringsevne og forventning om å ha kontroll, når de stilles overfor utfordringer i barneomsorgen. I denne studien vil det undersøkes hvilke typer sosial støtte foreldrene opplever å ha behov for, og hvilke kjennetegn støttende kontakt fra helsesøster har.

### **Studier om sosial støtte og mestring av foreldrerollen**

En studie viste signifikant effekt av sosial støtte på psykisk velvære hos nybakte mødre. (Børjesson, Paperin, Lindell 2003). Støtte i form av hjemmebesøk fra helsesøster, og følelsesmessig og praktisk hjelp i barnets første leveår, bedret samspillet mellom barn og foreldre, og reduserte risikoen for psykiske og sosiale vansker senere. Mors psykiske velvære i barnets første leveår er viktig for barnets helse, og studien viste viktigheten av helsesøsters støtte til mødre i morsrollen.

Cronenwett (1985) fant at flere kvinner enn menn opplevde et økt behov for støtte etter fødselen, spesielt følelsesmessig og anerkjennende støtte. Spesielt kontakt med mors foreldre økte for begge foreldre, de ble mer orientert mot storfamilien, og rapporterte mer støtte fra andre familiemedlemmer (ibid.).

Støtte som gir mor anerkjennelse som mor, og støtte i form av råd og veiledning, påvirker mors tillit til egen evne til å stelle barnet. Helsesøstre gir slik støtte, ifølge en irsk studie av Warren (2005). Kilder til sosial støtte for mødrene i barselperioden var først og fremst barnefar, egen mor og helsesøster. Det ble funnet en signifikant sammenheng spesielt mellom anerkjennende støtte og tro på egen evne til å stelle barnet.

Tre delstudier undersøkte hvilke faktorer som påvirket vellykket amming og generell mestring blant førstegangsfødende i Finland, når barnet var henholdsvis tre og åtte måneder gamle (Tarkka m.fl. 1999, 2000). Mors mestring økte med bekreftelsen hun fikk fra medlemmer i det sosiale nettverket. Å lykkes med ammingen er et av de viktigste kriteriene for å oppleve at man lykkes som mor. Mødre som mestret ammingen best, følte seg mer kompetent som mor, var følelsesmessig mest balansert og mottok mest bekreftelse fra nettverket, spesielt partneren. Det var en sammenheng mellom mestringen og faktorer som: barnets aktivitetsnivå, sosial støtte fra det sosiale nettverket og følelsesmessig, anerkjennende støtte og råd fra helsesøster. Helsesøster anbefales på bakgrunn av funnene å gi veiledning til begge foreldre og oppmuntre far til å støtte mor i hennes nye rolle som mor. Støtten fra helsesøster viser seg å være viktigst i de første månedene.

En irsk studie undersøkte erfaringer og behov hos unge, førstegangsfødende mødre (Cronin 2003). Mødrene var uforberedt på morsrollen, og hadde større vansker med å tilpasse seg den enn eldre. De som tilpasset seg morsrollen lettest, var de med mest støtte fra barnefaren og egen mor. Behovet for sosial støtte var stor i barseltiden og de ni første månedene. Den viktigste kilden til sosial støtte var egen mor, og de ønsket diskusjon og samvær med andre unge mødre. Det ser ut til at mødre med barn som har et "vanskelig" temperament trenger mer sosial støtte for å utvikle en god tilknytning til barnet (Wickberg 2000).

Forskningsfunnene over viser behovet for sosial støtte de første månedene etter barnet blir født, spesielt knyttet til amming og når barnets atferd er uforutsigbar. Spesielt anerkjennende og følelsesmessig støtte fra helsesøster ser ut til å kunne øke mestringen og tro på egen kompetanse som foreldre. I denne studien er et fokus de typene sosial støtte foreldre har behov for og mottar fra helsesøster.

## **Studier om foreldres opplevelser av kontakten med helsesøster**

I Helseths norske studie (2001) uttrykte foreldrene at tillit til helsesøsters faglige dyktighet var grunnlaget for videre samarbeid, og hjelp med følelsesmessig mestring var positiv hvis de hadde faglig og personlig tillit til helsesøster.

Svenske studier viser foreldres behov i møtet med barnhelsovården. I Janssons studie (2001) hadde nybakte mødre stor tillit til sykepleierne i "barnhelsovården", og kontakten var viktigst for førstegangsfødende. Baggens (2002) fant at kommunikasjonen mellom foreldre og sykepleier i stor grad ble styrt av sykepleiers agenda. Hun inviterte dem i liten grad til å stille spørsmål og løse problemer sammen. I Janssons m.fl. studie (1998) beskrev mødre og sykepleiere like kvalitetsmål for barnehelsearbeid: vennlig behandling, faglig kompetanse, tid, støtte, helhetssyn, syn for individuelle behov og hjemmebesøk til førstegangsfødende. En studie undersøkte førstegangsfødende mødres forventninger til helsesøster, hvilken støtte og hjelp de fikk og om de savnet noe (Fagerskiold fl. 2001). Mødrene forventet at helsesøster hadde tillit til dem, var tilgjengelige, imøtekommende, kunnskapsrike og kunne gi råd og støtte. De hadde opplevd det meste av dette, spesielt tilgjengelighet og imøtekommenhet. Men noen hadde negative erfaringer og følelser knyttet til helsesøster. Mødrene satte pris på tjenesten, spesielt mødre uten et godt nettverk. Å bli møtt på en positiv måte, og med respekt, var spesielt viktig for nybakte mødre som følte seg usikre. Helsesøster ble sett som en ressursperson som kunne gi faglige råd basert på kunnskap og erfaring. Støtte fra helsesøster ble beskrevet som tillit og bekreftelse av morens egne kompetanse. En god relasjon mellom mor og helsesøster antas å fremme en positiv utvikling av morsrollen.

Engelske studier bekrefter at tilfredshet med helsesøstertjenesten (home-visitor services) avhenger av en positiv bruker- helsesøsterrelasjon som fremmer brukermedvirkning. Studiene viser at helsesøster ofte har en autoritær ovenfra- og nedad-stil som påvirker mødres selvtillit negativt og gir misnøye med tjenesten. Foreldre foretrakk en åpen samtale med helsesøster ut fra deres behov istedet for en strukturert samtale med forhåndsbestemte tema (Mitcheson og Cowley 2003). I en annen studie (Normandale 2001) så mødrene på helsesøstre som en gruppe med profesjonell makt. De uttrykte at utvikling av et tillitsforhold var viktig, og avhengig av helsesøsters evne til å skape et likeverdig forhold. Det ønsket en klientsentrert praksis med fokus

på mødrenes behov, evne til å lytte og aksept for mødrenes verdier. Helsesøsters evne til å skape en god relasjon var sentral for at mødrene skulle akseptere tjenesten.

På bakgrunn av norske brukerundersøkelser og andre skandinaviske studier kan det se ut til at helsesøstertjenesten her i mindre grad er preget av autoritære holdninger enn vist i britiske studier. I denne studien forteller foreldre om hvordan de opplever tilbudet ved helsestasjonen og kontakten med helsesøster. Temaer som kommunikasjon, struktur og program for konsultasjonene er vektlagt i intervjuene.

#### **1.4 Videre oppbygning av oppgaven**

Kapittel 2 redegjør for konteksten og lovgrunnlaget for helsesøsters arbeid i kommunene og hvilken tilnærming som anbefales i arbeidet. Kapittel 3 omhandler kunnskap om foreldre og barns helse og foreldres syn på helsestasjonen i Norge på bakgrunn av brukerundersøkelser som er gjort. Kapittel 4 presenterer det teoretiske rammeverket for oppgaven som oppsummeres med en dynamisk tankemodell. Kapittel 5 tar for seg metodisk tilnærming ved innsamling og analyse av data. Det redegjøres for alle trinn i forskningsprosessen, og forskningsetiske overveielser og studiens troverdighet begrunnes. I kapittel 6 presenteres og drøftes funnene i lys av teori og forskning som er beskrevet tidligere. Oppgaven oppsummeres og konkluderes i kapittel 7, med konsekvenser for praksis og videre forskning.

## **2.0 Forebyggende helsearbeid i helsestasjon og ved helsesøster**

Helsestasjonsvirksomheten i Norge utviklet seg fra begynnelsen av forrige århundre, med formål å redusere barnedødeligheten. Frivillige organisasjoner var drivkrefter i arbeidet, men tjenesten ble et offentlig ansvar fra 1972. Med "Lov om helsetjenesten i kommunene" (1982) ble ansvaret for driften tillagt kommunene.

Innholdet i helsestasjonsvirksomheten har endret seg med samfunnsutviklingen.

Sykdomsforebyggende arbeid ble avløst av nye metoder i det forebyggende helsearbeidet på 1970-tallet. Det ble større fokus på barns psykiske helse og samspill med foreldrene.

Helsestasjonen ble pålagt å fokusere mer på foreldrene, og å bidra med tiltak for å hjelpe dem

med å mestre foreldrerollen. Konsultasjoner i gruppe ble også anbefalt. Foreldrene ble sett som en ressurs og det sosiale nettverket skulle styrkes (Bogen fl. 1982). Idag har tjenesten mer fokus på foreldreveiledning og helseopplysning enn screeningundersøkelser (Den norske lægeförening 2001).

Sentrale helsemyndigheter gir anbefalinger i form av rundskriv og veiledere, som ”Veileder til Forskriften” 2004. Det gis her føringer for hva som er faglig forsvarlig etter helselovgivningen, og kommuner som velger andre løsninger må begrunne disse. ”Helsestasjonsboka”, utgitt første gang i 1977 av Helsedirektoratet, gir også detaljerte anbefalinger for det praktiske arbeidet (Misvær og Oftedal 2006).

Tilbudet på helsestasjonen gjelder familier med barn fra 0 til 5 år, deretter gis tilbudet i skolehelsetjenesten. Helsesøster og lege er basisteamet på helsestasjonen. Helsesøster er sykepleier med videreutdanning i forebyggende sykepleie. Hun har faglig ansvar for egen tjeneste og er administrativ leder ved helsestasjonen. Helsesøster har bred kontakt med barn, ungdom og foreldre, og skal overvåke helsetilstanden i målgruppen, samt iverksette tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom (”Forskriften” 2003). Legen har ansvar for medisinske undersøkelser, og har det medisinsk- faglige ansvaret. Helsestasjonstjenesten er et gratis tilbud til alle familier med barn, om vaksiner og regelmessige helsekontroller ca. en gang pr. måned i første leveår og deretter fire ganger fram til fire år. Alle barn har rett til helsekontroll, men det er frivillig å bruke helsestasjonens tilbud. Oppslutningen om tilbudene er nesten 100 prosent (Misvær og Oftedal 2006). Tjenesten skal fange opp signaler om omsorgssvikt, mistriivsel, utviklingsavvik og atferdsvansker, og helsesøsters rolle er både å overvåke og kontrollere barnets helsetilstand, og å fremme helse ved å bistå foreldrene i deres utøvelse av foreldreomsorgen.

Offisielle anbefalinger for helsestasjonstjenesten idag bygger på tanken om brukermedvirkning. Fagfolk og foreldre skal være samarbeidspartnere i en gjensidig relasjon. Foreldrene sees som eksperter på sine barn, erfaringsbasert og vitenskapelig frambrakt kunnskap sidestilles.

I helsefremmende arbeid vektlegges en sosial modell for helse, med kontroll, mestring, sosial funksjon, personlig vekst og sosial samhörighet som viktige elementer (Mæland 2005).

Brukerperspektivet er sentralt, brukeren har rett til innflytelse ved å bidra med egne erfaringer og



ønsker. Det forventes at helsesøster har et brukerperspektiv i sin kontakt med foreldre på helsestasjonen. Samtidig har hun en kontroll- og overvåkingsfunksjon. Dette gir helsesøster en kompleks rolle med mange utfordringer. Ifølge Andrews (2006) er det usikkert hvor mye foreldrenes innspill som brukere, blir tatt hensyn til i helsestasjonstjenesten. Det er lite rom for lokale tilpasninger, fordi sentrale helsemyndigheter gir klare rammer for arbeidet, som helsesøstrene forventes å følge opp. Foreldre bidrar lite i utformingen av tilbudet. (ibid.)

Flere studier viser at relasjonen mellom helsesøster og foreldre bør inneholde et godt forhold og likeverdighet (Tveiten 2006). Veiledning anbefales som metode i arbeidet. Formålet er å øke mestringskompetansen hos foreldrene, ved at de tar i bruk egne ressurser (Tveiten 2007).

### **3.0 Foreldre og barn**

#### **3.1 Foreldrerollen**

Foreldrerollen belyses av Eriksons utviklingsteori (1968). Det er en psykososial teori om menneskets utvikling, der utviklingen går trinnvis i åtte utviklingsaldre. I hver av disse aldre utvikles viktige egenskaper ved personligheten, parallelt med den kroppslige utviklingen. Det er en fare for uheldig utvikling i hver av fasene. I de fire første fasene av livet utvikles grunnleggende tillit, selvstendighet, initiativ og arbeidsevne. Den femte og sjette fasen handler om valg av kjønnsidentitet, og evne til intimitet, den sjuende om å være fullt voksen, og å bli foreldre. Fordi fasene bygger på hverandre, hevder Erikson at om vi liker å være kvinner og menn, og erfaringer med intimitet, nærhet og samliv vil være noe vi bygger videre på i svangerskap, fødsel og omsorg for egne barn. I dag gjelder dette både for kvinner og menn, fordi begge kjønn utfordres på følelser knyttet til reproduksjon, evne til intimitet og omsorg (Brudal 2000).

Å bli foreldre er en forandringsprosess der den nye sosiale rollen skal tilpasses. Dette gir økt sårbarhet, og man kan komme i kontakt med nye og ukjente følelser. Dette gir mulighet for videre utvikling og vekst. Disse forandringene kan ifølge mestringssteori (Lazarus og Folkman 1984) også ses som tap av kontroll, og som utfordringer man kan løse, eller som trusler man

unngår. Videre utvikling er avhengig av at man ser en mulighet til å løse utfordringene. Brudal (2000) hevder at det skjer endringer i måten man tenker og sanser på, i forholdet til kroppen, bevissthetstilstand og regresjon. Disse forandringene skjer hos både kvinner og menn.

Å tilegne seg morsrollen kan defineres som en prosess der moren tilegner seg kompetanse i rollen og integrerer morsatferd i sitt rollerepertoar, slik at hun føler seg komfortabel med sin identitet som mor (Mercer 1984). Morsatferd reflekterer sosiale normer for hva en mor kan og ikke kan gjøre. Dette læres indirekte i mors egen oppvekst, og mer direkte ved rollemodeller i svangerskapet. Etter barnets fødsel påvirkes morsrollen av forventninger fra andre. Moren utvikler sin unike morsrolle og opplever en sammenheng mellom seg selv og andres aksept av henne som mor. Prosessen antas å ta fra 3 til 10 måneder og det antas å være liten sammenheng mellom tilegnelsen av morsrollen og mors alder (ibid.). Sett i sammenheng med Brudals funn (2000), antas det at utviklingen av morsrollen også kan overføres til farsrollen.

Når man får det første barnet oppleves utviklingskrisen for første gang og man har behov for å utvikle en helt ny rolle. Derfor avgrenses oppgaven til førstegangsførelde, og til kontakten det første året, da foreldrerollen utvikles og man har hyppigst oppfølging fra helsesøster.

### **3.2 Barns helse**

Barns helse i de nordiske landene ble kartlagt i 1984 og 1996 (Berntsson 2000). Det har vært store endringer i Norden i denne perioden, levestandarden har blitt mye bedre. Samtidig har helseproblemene blant barn og familier økt. Sosiale ressurser ser ut til å være viktigst for helse og trivsel til barn og deres familier. Fra Norge viste funnene at psykosomatiske plager økte mellom 1984 og 1996, og var høyest i familier med en forsørger, og i lavinntektsfamilier. Der var det mer misnøye med familiesituasjonen, og med støtten fra samfunn, slekt og annet nettverk (ibid.).

Forskning indikerer at dårlig omsorgsevne hos foreldre viser signifikant sammenheng med økende psykososiale problemer hos barna, mens god omsorg beskytter barns helse og trivsel. Beskyttende faktorer for barns helse er positiv foreldre- barn kontakt som inkluderer varme, aksept, lite stress og aggresjon. Det beskytter også når foreldrene har en støttende partner, tilstrekkelig sosial støtte og positive rollemodeller. Et miljø med begrenset sosial kontakt og

støtte, forsterker risikoen for negativ utvikling hos barn (Thomlison og Craig 2005). En persons sosiale støttesystem består av det sosiale nettverket personen forventer støtte fra. For at foreldre skal utvikle seg i foreldrerollen, er de avhengige av ytre støttesystemer. Disse støttesystemene kan bestå av formelle institusjoner, som helsestasjon og barnehage, og uformell hjelp, som venner og andre (Bø 2000).

Å få barn medfører endringer, og spesielt det første barnet. Det antas at profesjonell støtte bidrar til mobilisering av personlige ressurser (Ell 1984). Som en følge av dette antas helsesøster å kunne bidra til å styrke foreldre i foreldrerollen, slik at barn gis økte muligheter for bedre oppvekstvilkår og helse.

### **3.3 Brukerundersøkelser**

Det er gjort en rekke brukerundersøkelser for helsestasjonen, men få er publisert. Det er ikke utarbeidet en nasjonal mal for slike undersøkelser. De fleste fokuserer på hvordan brukerne synes de blir møtt, i hvilken grad de blir hørt, og om de er fornøyde med åpningstid og ventetid. Resultatene er gjennomgående positive og viser helsestasjonens aksept blant brukerne, men også et potensial for bedring av tilbudet ( Misvær og Oftedal 2006).

En stor nasjonal spørreundersøkelse viste store variasjoner i forventninger og erfaringer med helsestasjonstilbudene. 16 prosent hadde 6 eller færre besøk på helsestasjonen.

Førstegangsfødende brukte helsestasjonen mest, og var mest misfornøyd med informasjonen fra helsesøster. Det oppsummeres at tjenesten når de fleste og prioriterer til en viss grad brukere med store behov (Bild fl. 1998). En brukerundersøkelse i Bærum henvendte seg til foreldre med 1-årige barn (Misvær 2001). Ved problemer med amming, uro og gråt hos barnet fikk hovedvekten av foreldrene best hjelp fra familie og venner. Rundt halvparten av dem opplevde ikke å få god hjelp på helsestasjonen. Undersøkelsen konkluderer med at det arbeides for å gjøre konsultasjonene mer tilpasset brukernes behov. I Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker (SINTEF rapport 2005), ble foreldre til barn med og uten psykiske vansker spurt om tilfredshet med helsestasjonen. Resultatene viste lavere score for foreldre til barn med psykiske vansker, over 70 prosent av dem var tilfredse og mellom 80 og 90 prosent av foreldre med barn uten psykiske vansker var tilfredse med tilbudet.

Det ble gjort en brukerundersøkelse på helsestasjonen i Sandnes i 2007. 436 spørreskjemaer ble delt ut til alle foreldre som besøkte helsestasjonen i løpet av en måned. Svarene viste at foreldrene i stor grad var fornøyde med service og tilgjengelighet. De var generelt tilfredse med tilbudet. De svarte i stor grad at de får den hjelp og støtte de har behov for. På et åpent spørsmål om hva helsestasjonen bør tilby, svarte de fleste råd / veiledning, helseopplysning / info, hjelp / støtte, oppfølging / kontroll. Ifølge Underhaug (2007) tyder det på at foreldrene ønsket individuell rådgivning i stedet for generell informasjon. Helsestasjonen ønsker derfor å prioritere veiledning og gi mindre generell informasjon. En av fire ønsket ikke å delta i gruppekonsultasjon. 8 prosent av de spurte var ikke fornøyde med tilbudet (ibid.).

En hensikt med denne masterstudien er å gi mer kunnskap om hva foreldrene ønsker av helsestasjonen. Foreldrene oppfordres til å fortelle utfyllende om sine erfaringer med helsestasjonen og om kjennetegn ved kontakten de ønsker med helsesøster.

#### **4.0 Teoretisk rammeverk**

Som teoretisk rammeverk for oppgaven, velges Albert Banduras sosial kognitive læringsteori og "self-efficacy"-teori (1977, 1992, 1995, 1997). Jeg vil også trekke inn Lazarus og Folkmans mestringsteori (1984), forskning om foreldres omsorg for barn, sosial støtte og foreldrerolle i drøftingen av funnene. Grunnen til valg av teori er at det gir en teoretisk ramme for å forstå og forutsi endring i atferd, og hvordan det kan legges til rette for best mulig mestring når man møter utfordringer. Det er gjort mange studier som bekrefter teoriene, spesielt "self-efficacy-teorien", også knyttet til foreldres omsorg for barn. Det er likhetspunkter mellom "self-efficacy"-teorien og mestringsteorien. De ser begge på individets vurderinger av mulighetene til å hanskkes med utfordringene i en krevende situasjon og hvilken atferd som følger. Det antas at det er noe overlapping mellom teoriene (Helseth 2001).

#### 4.1 Teori om self- efficacy

”Self- efficacy”- teorien bygger på sosial læringsteori (Bandura 1977), senere beskrevet som sosial kognitiv teori, for å vektlegge kognisjonens betydning (Bandura 1992). Sosial kognitiv teori forklarer menneskelig atferd som et kontinuerlig samspill mellom kognitive, atferdsmessige og miljømessige faktorer. Det man tenker, tror og føler påvirker handling, og de indre faktorene utvikles og justeres i møtet med det ytre miljøet ved modellering, instruksjon og sosial påvirkning. Sosial kognitiv teori handler om utvikling av kompetanse og regulering av atferd. For å kunne ha en slags kontroll over egen utvikling, er det nødvendig både med egne ressurser og sosial støtte. Disse ressursene er spesielt viktig i utviklingsfaser når utfordringene overstiger kunnskaper og erfaringer, og man opplever mange motstridende påvirkningskilder. Sosial støtte kan gi motivasjon, mening og verdi til det man gjør (ibid.).

”Self-efficacy” regnes som en viktig ressurs for mestring (Bandura 1977). I følge teorien bestemmes atferden av en persons opplevelse av mulighetene for å nå et ønsket mål. Vi handler ut fra erfaring og egne kognitive forestillinger. Utfallet påvirkes av hvor vanskelig oppgaven er, vurdering av egen innsats nå og tidligere, grad av sosial støtte og å se andre klare det.

Begrepet ”self-efficacy” er vanskelig å oversette til norsk, men handler om en persons subjektive vurdering av egne evner og mestringsmuligheter: *Perceived self-efficacy refers to beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments* (Bandura 1997: 3). Ifølge ”self- efficacy”- teorien påvirkes tanker, følelser, motivasjon og atferd av denne vurderingen. Den er ifølge Bandura (1977) stort sett situasjonsspesifikk, men kan til en viss grad overføres til lignende situasjoner. Det skilles mellom vurdering av egne muligheter og forventninger om resultater. Resultatforventninger fungerer som motivasjonsfaktorer og gir retning til handling. Handlingens forventede resultat vurderes i lys av fysiske, følelsesmessige og sosiale konsekvenser.

I følge teorien vil foreldre som har utviklet tro på egen evne til å gi spebarnet god omsorg, ha tro på at de kan mestre omsorgen for et annet barn eller et større barn. Troen på egne evner, eller opplevd kompetanse, blir ofte kalt selvtillit eller selvfølelse. Men Bandura (1997) mener at opplevd kompetanse er et uttrykk for vurdering av personlig evne i en spesiell type situasjoner,

mens selvtillit er mer generelle følelser knyttet til seg selv. Han sier også at en person kan oppleve seg kompetent i forhold til mange ulike aktiviteter, eller opplevelsen av kompetanse kan begrense seg til enkeltaktiviteter. Overført til nybakte foreldre kan de oppleve den nye foreldreoppgaven på ulikt vis, noen vil lettere tro på egen evne til å klare de nye utfordringene enn andre. De vil også ha ulike behov for sosial støtte. Men forventninger om mestring alene gir ikke ønsket atferd. Ferdighetene må også være tilstede for at man skal tro på å kunne nå målene man setter seg. Å ha omsorg for et spebarn forutsetter kunnskap om barns behov, å kunne utføre omsorgsaktiviteter, oppleve en følelsesmessig tilknytning og kjenne ansvar.

Studier viser at teorien best kan forutsi atferd i spesifikke situasjoner (Bandura 1992). Ifølge Bandura (1977) er det fire hovedkilder til "self- efficacy"- vurderingen: mestringserfaringer, vikarierende erfaringer, sosial overtalelse og følelsesmessig aktivering. Tidligere erfaringer med mestring er den viktigste kilden, og positive erfaringer kan gi en opplevelse av å kunne overvinne hindringer ved iherdige anstrengelser. Da er man heller ikke så sårbar for nederlag. Hvis slike nederlag kommer før man har bygget opp en tro på egne evner, er sårbarheten større. Overført til denne studien kan førstegangsforeldre være mer usikre i foreldrerollen enn flergangsfødende. Men dette jevner seg ut i løpet av det første året, avhengig av erfaringene foreldrene får i omsorgen for barnet. Hvor lett barnet er å trøste, påvirker foreldres "self- efficacy" i stor grad (Helseth 1999).

Å observere andre man identifiserer seg med, øker forventningene om at man selv kan mestre lignende situasjoner. Man kan slik få en viss tro på seg selv. Et sosialt nettverk av personer med kompetanse man ønsker seg kan bidra til det. Det sosiale nettverket kan også være en kilde til følelsesmessig støtte, praktisk hjelp og informasjon. Slik sosial støtte og realistisk oppmuntring gjør at man anstrenger seg mer, og det øker sjansen for suksess (Bandura 1977, 1995). Effekten av slik støtte og oppmuntring avhenger av tilliten til den som gir støtten. "Self- efficacy" påvirkes av følelser og fysisk tilstand en situasjon utløser, og hvordan man tolker disse reaksjonene. Tolkningen påvirkes også av generell tro på egne ressurser. Stress, spenning og trøtthet kan tolkes som sårbarhet, mens positive følelser kan virke positivt inn i vurderingen. Overført til foreldres omsorg for sine barn kan altså støtte og oppmuntring i det sosiale nettverket og grad av stress de opplever i omsorgssituasjoner være viktige faktorer i troen de har på seg selv som omsorgsutøvere.

Foreldres "self-efficacy" i spebarnsomsorg kan formuleres slik: *foreldres vurdering av sine muligheter til å gi spebarnet den omsorg som er nødvendig for at det skal trives, vokse og utvikle seg* (Helseth 2001: 46).

## **4.2 Mestringsteori**

Det gis en innføring i deler av Lazarus og Folkman mestringsteori (1984) som anses relevante i denne studien. Teorien er opptatt av forholdet mellom stress, kognitiv vurdering og mestring. Stress beskrives som et forhold mellom omgivelsene og individet, en opplevelse av muligheter eller trusler man ser som viktige og ikke kan håndtere. Mestring defineres som: *Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person* (Lazarus og Folkman 1984: 141).

Man gjør en primær og en sekundær vurdering i møte med utfordringer. I den første fasen vurderes det hva slags situasjon det er. I den andre evalueres mestringsmuligheter og konsekvenser, og om man tror man kan løse utfordringen. Denne sekundære vurderingen har likhetspunkter med Banduras "self-efficacy". Man velger (mer eller mindre ubevisst) problemfokusert og / eller følelsesfokusert mestring. Problemfokusert mestring er en aktiv tilnærming, der man bl.a. søker informasjon og kognitiv støtte, mens følelsesfokusert mestring bl.a. handler om å søke følelsesmessig støtte og aksept. Problemfokusert mestring velges oftest når man ser at noe kan gjøres for å endre situasjonen, mens følelsesmessig velges oftest når man ikke kan endre situasjonen.

Det velges ulike mestringsstrategier i møte med utfordringene, og både følelsesfokuserte og problemfokuserte strategier vil være aktuelle både samtidig og hver for seg. Overført til foreldre antas det at de bruker begge disse strategiene for å kunne hankses med omsorgen for barnet. I denne studien er det foreldrenes behov både for følelsesmessig og anerkjennende støtte, råd og informasjon, sammen med hvordan de søker og mottar støtten, som er i fokus.

Å bli førstegangsførelde kan gi tap av kontroll. Foreldrene står i situasjoner de er usikre på om de mestrer. De har heller ikke lært barnet å kjenne. Forutsigbarheten er mindre enn før man fikk

barn, og man kan ikke planlegge tilværelsen lenger. Opplevelsen påvirkes også av barnets temperament og atferd, og gir både positive og negative følelser. I følge mestringsteorien kan denne manglende kontrollen innvirke på foreldrenes tro på seg selv som omsorgsutøvere og mestring av omsorgssituasjonen. Samtidig spiller mer stabile personlighetstrekk inn, og foreldre vil reagere forskjellig. Usikre førstegangsforeldre vil kunne oppleve ansvaret som overveldende, noe som påvirker deres tro på seg selv som omsorgsutøvere (Helseth 2001).

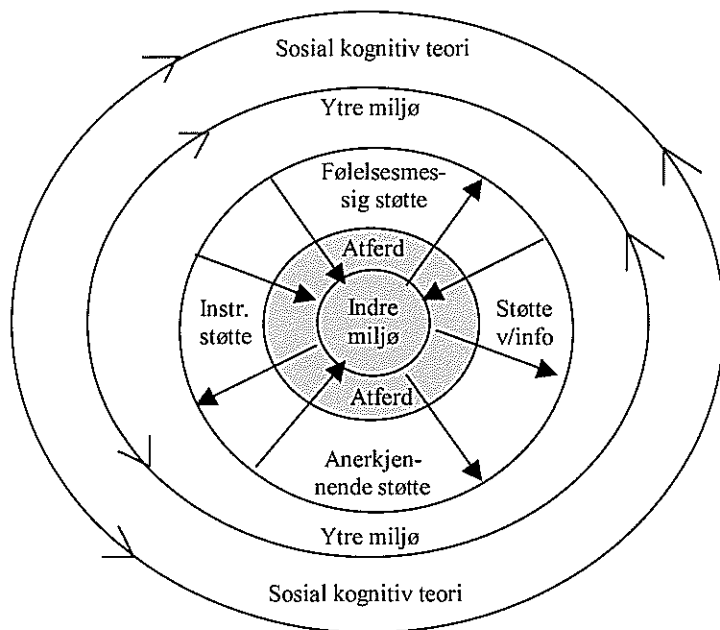
Den opplevelsen man har av kontroll over en situasjon, har likhetstrekk med troen på mulighetene for å nå et mål, den opplevde "self- efficacy". Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom en generell tro på kontroll (et stabilt trekk ved personligheten) og en spesifikk kontroll av en situasjon. Den siste vil være i endring. Begge formene kan påvirke atferden, men spesifikk kontroll har størst sammenheng med mestring av den enkelte situasjon. Kontrollen påvirker hvor truet eller utfordret personen føler seg i situasjonen. Hvis man opplever en stor grad av kontroll, og tror man kan mestre situasjonen, antas det at man ser situasjonen som en utfordring, og klarer å bruke ressurser til å løse utfordringene. Å se den som en trussel, vil kunne gi manglende handling, fordi man ikke tror man vil klare å løse vanskene (ibid.).

Verdier påvirker også vurderinger og valg. Det som er verdifullt, påvirker den kognitive vurderingen, og styrer valg og handlinger. For foreldre betyr det mye at barnet har det bra, og deres handlinger går ut på å tilfredsstille barnets behov foran egne, og å mestre omsorgen. De er villige til å gjøre mye for å redusere barnets ubehag (Helseth 2001). De er sterkt motivert for å mestre foreldrerollen.

### **4.3 En dynamisk tankemodell**

Som en oppsummering av den teori som er valgt i studien presenteres en dynamisk tankemodell som viser sentrale begreper, og en sammenheng mellom disse som anses hensiktsmessige i analysen av funnene. Den er inspirert av Warren (2004: 481), sosial kognitiv teori, "self- efficacy"-teori, mestringsteori og forskning på den sosiale støttens betydning for tro på egen evne til spebarnsomsorg.





Figur 2. Dynamisk tankemodell som viser det sirkulære og gjensidige forholdet mellom begrepene sosial støtte, ytre og indre miljø og atferd.

Modellen viser sosial kognitiv teori som en overbyggende forklaringsmodell for atferd. Atferden skjer i samspill med kognisjon, atferd og det sosiale miljøet. Sosial støtte fra det ytre miljøet står i et gjensidig forhold til individets tanker, følelser og den atferden man velger. Overført til mestring av foreldrerollen påvirkes foreldres atferd av mange faktorer. Barnet er en del av det ytre miljøet, og påvirker foreldreatferden. Modellen viser de ulike typer sosial støtte man har mer eller mindre tilgjengelig i det ytre miljøet. De indre prosessene påvirker atferden, som virker på det ytre miljøet og påvirker tilgjengelig støtte. Egne erfaringer påvirker både kognisjon og atferd. Mestringsprosessen som Lazarus og Folkman (1984) beskriver, skjer i et dynamisk samspill mellom den enkeltes vurdering av situasjonen, følelsene og stresset situasjonen gir og egne strategier for å løse problemene. "Foreldre-efficacy" utvikles ved hjelp av de ulike typene sosial støtte man har tilgjengelig, egne indre prosesser og egen atferd.

## **5.0 Metodisk tilnærming**

Valg av metode i studien er gjort på bakgrunn av tema og forskningsspørsmål. Hensikten med studien var å øke kunnskap om foreldres behov for sosial støtte og hvordan helsesøster bidrar til at de opplever mestring som foreldre. Studien søkte primært å gi en dypere forståelse av foreldrenes opplevelser og erfaringer, og deres behov i møtet med helsesøster. På bakgrunn av dette ble det valgt å gjøre en beskrivende, empirisk studie med et kvalitativt forskningsdesign. Utgangspunktet er foreldrenes subjektive, menneskelige erfaringer. Målet med kvalitative studier er å utvikle en bred forståelse av fenomener slik de oppleves av mennesker i deres kontekst (Polit og Beck 2004). En kvalitativ tilnærming egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser, som menneskelig samhandling og opplevelse. Dette er en induktiv tilnærming som vektlegger nærhet, dialog og fleksibilitet.

### **5.1 Vitenskapsteoretiske perspektiv**

Her redegjøres for vitenskapsteoretiske perspektiv for studien og forskerens forforståelse. Forskerens vitenskapsteoretiske forankring har betydning for hva det søkes informasjon om og kunnskapen forskeren utvikler (Thagaard 2003).

Sykepleieforskning kan sies å eksistere innen to ulike vitenskapsteoretiske paradigmer, det positivistiske og det naturalistiske paradigmet (Polit og Beck 2004). Et slikt paradigme består av tre elementer: ontologi, epistemologi og metodologi (Glavin 2007). Innen det positivistiske paradigmet antas det at det finnes en objektiv virkelighet, og at naturlige fenomener opptrer lovmessig utfra bestemte årsaker. Dette positivistiske vitenskapssynet styrte mye sykepleieforskning i 1970- og 1980-årene, og naturvitenskapelige forskningsmetoder ble valgt (ibid.). Det naturalistiske paradigmet kom som en motreaksjon på dette. Det antas her at mennesker er komplekse og skaper sin egen virkelighet, og at sannheten er sammensatt av mange subjektive sannheter. Epistemologisk syn er at kunnskapsutviklingen øker når avstanden mellom forsker og informanter er liten. For å forstå fenomener må man lytte til de som studeres og deres tolkninger av fenomenene. Det gjøres best i interaksjon mellom forsker og deltakere. Forskningsmetodene bestemmes i stor grad av paradigmet, og innen det naturalistiske nyttes

oftest kvalitative metoder. Disse metodene bygger på teorier om fenomenologi og hermeneutikk (Malterud 2003).

Mitt vitenskapsteoretiske perspektiv er preget av det naturalistiske synet, og har vært styrende for fokus i studien. Videre er fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming anvendt.

*Fenomenologien*, slik den først ble beskrevet av filosofen Edmund Husserl (1859-1938), tok utgangspunkt i fenomenene slik de erfares av subjektet. Fenomenene eksisterer bare i individets bevissthet, og forskeren vil derfor søke etter kunnskap om fenomener hos de som erfarer dem. Det søkes etter de umiddelbare erfaringene, som det ikke er reflektert over. Sentrale begreper i fenomenologien er *livsverden*, *fenomenologisk reduksjon* og *indre mening* (Strandmark og Hedelin 2002). Livsverden viser til dagliglivets umiddelbare erfaringsverden som alle er en del av. Ved sosialisering tilegner vi oss holdninger, handlings- og fortolkningsmåter. Det er umulig å skille mellom virkeligheten slik den er i seg selv og vår erkjennelse av den: verden framtrer som fenomener i vår erfaring (Thomassen 2006). Ifølge Husserl forstår og tolker vi innenfor en sammenheng, vår forforståelse er alltid med oss (ibid.). Fenomenologisk reduksjon handler om å sette egen forforståelse i parentes (bracketing), for ikke å påvirke mening og forståelse ved det som erfares. Begrepet indre mening viser til synet på at alle erfaringer har en indre kjerne eller essens.

Fenomenologisk forskning baserer seg på å oppdage den essensielle meningen i den enkeltes livserfaringer, og har fokus på individets livsverden og presise beskrivelser av denne. (Kvale 1995) Forskeren ønsker å sette egen forforståelse i parentes, og å være åpen for informantenes livsverden, slik de beskriver den (Polit og Beck 2004).

*Hermeneutikken* handler om fortolkning, hvordan man kan oppnå forståelse og gyldige fortolkninger av mening. Hermeneutikken har utviklet seg til en allmenn teori om fortolkning og forståelse i vid forstand. Filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) er en viktig fornyer av hermeneutikken. Gadamer mener som fenomenologene at all mening og forståelse oppstår av ubevisst forforståelse, *for-dom*. For-dommer er positive erfaringer vi har med oss, som del av en kultur og en historie. Gadamer ser våre for-dommer som et hele han kaller *forståelseshorisont*, en felles forståelse for mennesker innenfor en felles kultur og tidsepoke. Denne horisonten omslutter

oss og kan ikke settes i parentes. Den er også i stadig forandring. Når vi erfarer noe nytt, søker vi å forstå. Et møte med en annen person blir et samspill, og ny forståelse oppstår. Gadamer kaller dette en *horisontsammensmeltning*, to horisonter møtes i dialogen, og begge endres. Forståelsen skjer i forholdet mellom de to (Thomassen 2006). I tolkning av data skjer det hele tiden utvikling av forståelse, en forståelsesspiral, kalt *hermeneutisk sirkel*. Vi forstår en del av helheten, som igjen påvirker hvordan vi ser på helheten. I følge Gadamer er fortolkeren en del av forståelsessirkelen.

I sykepleieforskningen har *den hermeneutisk- fenomenologiske tilnærmingen* vært i fokus fra 1980- årene. Fenomenologien har fått en hermeneutisk vending, det fenomenologiske perspektivet tar inn forståelsen av at mennesket erfarer i en historisk, kulturell og sosial sammenheng (ibid.).

På bakgrunn av hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming vil foreldrenes opplevelser med å bli foreldre og deres kontakt med helsesøster, i denne studien beskrives mest mulig slik foreldrene har erfart ut fra sin livsverden. Ved refleksjon vil det kunne avdekkes felles kjennetegn, ved foreldrenes opplevelser og refleksjoner. Dette kan gi innsikt i fenomenets essens. Ved den hermeneutiske vendingen av fenomenologien ses det som umulig å sette egen forforståelse til side. Allerede beskrivelsen av foreldrenes opplevelser ses som en fortolkning, fordi forskerens forståelseshorisont vil avgjøre hva som gis mening, legges vekt på, og blir sett. I videre fortolkning av hva materialet kan bety, vil forskerens for-dommer være med i forståelsesprosessen. Det blir en dialog med forskningsfeltet og datamaterialet. Knyttet til denne studien vil forståelsesprosessen kreve en åpenhet for foreldrenes meninger og livsverden, slik at ny mening kan oppstå.

### **Forforståelse**

*Forforståelsen er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet* (Malterud 2003: 46). Denne bagasjen består av erfaringer, faglig perspektiv, antakelser og teoretisk referanseramme. Forforståelsen er ofte en viktig side av motivasjonen for å velge et spesielt forskningstema. Det er viktig å bli bevisst så mye av forforståelsen som mulig i begynnelsen av en forskningsprosess, den påvirker bevisst og ubevisst alle faser i forskningsprosessen. Mine verdier og fagbakgrunn danner min forståelseshorisont til foreldre, barn og helsesøsters rolle. Jeg er utdannet sykepleier

og helsesøster, og har arbeidet på helsestasjon og i skolehelsetjeneste. Min utdanning og yrkespraksis som helsesøster var på 1990- tallet. Senere har jeg arbeidet med undervisning og veiledning av ungdom, slik at jeg har avstand i tid til helsesøsterrollen. Men en viktig del av min profesjonelle identitet knyttes til sykepleie og helsesøsterarbeid. Jeg er også mor til tre barn, og morsrollen er en viktig og integrert del av min identitet, sammenvevd med den profesjonelle identiteten.

Jeg er ikke nøytral som forsker, og opplevde dette i intervjuene. Jeg møtte foreldrene med mine erfaringer, verdier og for-dommer. Datamaterialet oppsto i dialogen, og ny forståelse oppsto. Tolkningen av datamaterialet ble påvirket av mine antakelser om hva studien ville gi av funn. Forskning og teori som er lest i forberedelsen av studien, er en del av antakelsene og har påvirket meg i intervjuene og i analysefasen. Jeg måtte reflektere og revidere mine for-dommer, og min forståelse utviklet seg i disse prosessene.

## **5.2 Det kvalitative forskningsintervju**

Det kvalitative forskningsintervju ble valgt som forskningsmetode i studien. Som tidligere beskrevet, søker studien å gi en dypere forståelse av foreldrenes opplevelser og behov når de blir foreldre og i møtet med helsesøster. Når formålet er å finne ut hva mennesker tenker, føler og tror, er det mest effektive å spørre dem om det (Polit og Beck 2004). Målet med et intervju er å produsere kunnskap, ved at to personer samtaler om et tema av felles interesse.

Det halvstrukturerte intervju ble benyttet i studien, og kan defineres som *et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene* (Kvale 2001: 21). I et halvstrukturert intervju har intervjueren temaer det er ønskelig å ta opp, og forslag til spørsmål, ofte uttrykt i en intervjuguide. Hensikten er at intervjupersonene forteller fritt, med egne ord i eget tempo. Videre spørsmål tar utgangspunkt i det som fortelles.

Intervjuet kjennetegnes ved asymmetri, intervjueren har mest makt på grunn av sin rolle. Det ble forsøkt å skape en mer symmetrisk relasjon, ved at informantene valgte tid og sted for intervjuet.

De fleste ble intervjuet i eget hjem, der forskeren var gjest. Det ble forsøkt å skape et klima av likeverd, respekt og interesse for de intervjuedes perspektiv.

Hovedstrukturene i det kvalitative forskningsintervjuet er ifølge Kvale (2001) den intervjuedes hverdagslige livsverden, og meningen i denne livsverden slik den tolkes. Det søkes etter kvalitativ kunnskap uttrykt i vanlig språk med nyanserte beskrivelser av spesifikke situasjoner, og tvetydige uttalelser som uttrykker motsetninger i personens livsverden og endringer i beskrivelsene underveis pga ny innsikt. Intervjueren må ha følsomhet og skape en interpersonlig situasjon som blir en positiv opplevelse.

### **5.2.1 Forberedelse av studien**

Det er viktig å bruke god tid på de forberedende fasene, ved en åpen metode som forskningsintervjuet er (Kvale 2001). Formål med studien og beskrivelse av emnene som skal undersøkes i denne studien, er beskrevet i innledningskapitlet 1.0.

Studien inngår i ”Helsestasjonsprosjektet, 0-5 år” i Sandnes. Jeg deltok på det første prosjektmøtet våren 2006, og en prosjektgruppe ble etablert høsten 2006, med representanter fra helsestasjonen, foreldre, BUP, Universitetet i Stavanger og 3 masterstudenter. Fokus for tema for denne studien var de forskningsområdene helsestasjonstjenesten hadde skissert. Et av hovedmålene for Helsestasjonsprogrammet fanget min interesse: å styrke mestring av foreldrerollen. Prosjektgruppen hadde jevnlig møter der studien ble presentert, og det kom mange innspill i prosessen. Spesielt verdifullt var de ulike perspektivene i gruppen; fra praksis, fra foreldre, fra universitetet og medstudenter. Jeg opplevde at tema og problemstilling var relevant og interessant fra de ulike perspektivene. Prosjektplan for studien ble godkjent i juni 2007. Kunnskapsoppsummeringen pågikk fra høsten 2006, og var en viktig plattform for videre arbeid. Intervjuene ble utført på bakgrunn av forberedelsene. Det ble gjort to prøveintervjuer med foreldrerepresentantene i prosjektgruppa, det var nyttig som forberedelse til intervjuene. Fasene med analyse, verifisering og rapportering er beskrevet i oppgaven. Prosessen var preget av større fleksibilitet enn skissert, det fant sted en stadig veksling mellom fasene ettersom undersøkelsen skred fram.

### 5.2.2 Utvalg og utvalgsriterier

I fenomenologiske studier er et viktig utvalgsriterium at deltakerne har erfaring med fenomenene som undersøkes og kan uttrykke muntlig hvordan de har opplevd det. Det søkes etter deltakere som har opplevd fenomenene ulikt. Kriterier for å evaluere utvalget er om informasjonen som er innhentet er tilstrekkelig, og formålstjenlig for å belyse problemstillingen (Polit og Beck 2004).

Førstegangsførelde er forskjellige, fordi en stor prosent av befolkningen får barn. De har ulike alder, ressurser og bakgrunn. Det antas at deres opplevelser som førelde er ulike også, og utvalgsriteriene gir mulighet for ulike beskrivelser. Å bli førelde for første gang kan ses som en utviklingskrise, og føreldene skal sosialiseres inn i førelderollen. Derfor er førstegangsførelde valgt fordi deres behov for sosial støtte anses å være større enn for flergangsførelde.

Kvalitative studier benytter oftest små, ikke-tilfeldige utvalg. I fenomenologiske studier vil det si ti eller færre informanter (ibid.). I Sandnes kommune ble det født 955 barn i 2006. Syv førelde utgjør utvalget, de er førelde til seks barn. Det anses som et tilstrekkelig antall til å besvare forskningsspørsmålene. Antallet informanter bør heller ikke være for stort, det blir store mengder datamateriale. Seks intervjuer muliggjør en grundig tolkning.

Det var ønskelig å intervjuer begge føreldene når de delte omsorgen for barnet og de hadde erfaring fra konsultasjoner på helsestasjonen, fordi det er lite kunnskap om farsrollen og forholdet til helsestasjonen (Misvær og Oftedal 2006). Men seks mødre og en far ønsket å delta i studien, og mors erfaringer har vært mest i fokus. I kvalitative studier er det første utvalgsriteriet, informanter som kan gi størst mulig forståelse av fenomenet; informasjonsrike kilder (Polit og Beck 2004). Føreldene måtte kunne snakke og forstå norsk godt, for å unngå uklarheter og feiltolkninger pga språkproblemer.

Det ble avholdt møte med helsesøstre ved en helsestasjon i november 2007, for å informere om studien. Førelde ved en annen helsestasjon ble inkludert i studien i mars 2008. Helsesøstre informerte føreldene muntlig om studien, og delte ut informasjonsbrev (vedlegg 1) når de kom til 1- årskontroll med barnet. Informasjonsbrevet presenterte formålet med studien og hvilke

temaer det var ønskelig å belyse. Foreldrene som ville delta, underskrev samtykkeerklæringen (vedlegg 2) og la den i en konvolutt i en lukket boks på helsestasjonen. Deretter ble de kontaktet av forskeren for å avtale intervju. Fra mars 2008 og til begynnelsen av mai ble de seks intervjuene avholdt. Foreldrene varierte i alder fra 19 til 41 år og hadde ulike yrkesbakgrunn og utdanning.

Hvilke grunner hadde foreldrene for å ønske å delta i studien? Det kom fram i intervjuene at både et positivt og et negativt syn på kontakten med helsestasjonen var faktorer som økte motivasjonen for å bli intervjuet. Et ønske om å bidra til kunnskapsutvikling og å lære om intervjuteknikk, var også årsaker som ble nevnt. Det antas at foreldre som sa ja til å intervjues om foreldrerolle og kontakten med helsesøster, har et stort engasjement i barnet sitt. Det kan stilles spørsmål ved om foreldrene hadde et større engasjement enn andre foreldre.

### **5.2.3 Intervjuguide**

I det halvstrukturete intervjuet ble det benyttet en intervjuguide (vedlegg 3) med oversikt over temaene intervjuet skulle inneholde. Slike intervjuer gir store mengder data og er nyttige for å øke forståelsen av fenomener som er lite utforsket (Polit og Beck 2004).

Intervjuspørsmålene ble utformet ut fra teori og kunnskap om temaet for studien. Det er viktig å kjenne forskningsområdet godt, slik at svarene gir mulighet for å besvare problemstillingen.

Spørsmålene ble ordnet i en logisk rekkefølge, og listen inneholdt forslag til oppfølgingsspørsmål. Intervjuspørsmål bør være i et lett forståelig språk, som gir et naturlig samtaleforløp og motiverer for spontane beskrivelser. De bør være åpne og ha en mest mulig deskriptiv form. Innledende og avsluttende spørsmål er viktige. Gode intervjuspørsmål bør ta hensyn til temaene og den mellommenneskelige dynamikken i intervjuet (Kvale 2001).

Intervjuguiden var under utvikling under prøveintervjuene og ble revidert i løpet av de 6 intervjuene.

### **5.2.4 Datainnsamling**

I kvalitative studier tilstrebes en fleksibel datainnsamling som utvikler seg i løpet av studien (Polit og Beck 2004). Forskningsintervjuene i denne studien ble tatt opp på lydbånd. Det ble



skrevet tilleggsnotater under intervjuene og utfyllende notater rett etterpå. De transkriberte intervjuene og notatene utgjorde mitt datamateriale. Informantenes ikke-verbale kommunikasjon, som pauser, bevegelser, nøling, mimikk osv. ble skrevet ned (ibid.). Jeg hørte gjennom intervjuopptakene kort tid etter intervjuet for å avdekke uklarheter og behov for utfyllende spørsmål. Lydbåndene ble transkribert så nøyaktig som mulig, og sjekket igjen for feil. Å høre gjennom lydbåndene og transkribere dem var viktig for å evaluere egne intervjuferdigheter i datainnsamlingsperioden. De transkriberte intervjuene ble oppbevart nedlåst, og det ble benyttet en pc som bare jeg hadde tilgang til.

I det kvalitative forskningsintervjuet bruker forskeren seg selv for å samle inn fyldige beskrivelser og skape en relasjon med informanten under intervjuene. Det er viktig å være bevisst forskerens rolle i datainnsamlingen, og reflektere over denne (ibid.). Det ble tilstrebet en fenomenologisk tilnærming, ved å lytte fordomsfritt og oppfordre foreldrene til å fortelle fritt med egne ord. Informantene fortalte om det første året som foreldre, og kontakten med helsesøster. En hermeneutisk tilnærming ble fulgt ved tolkende lytting til de ulike betydningene i beskrivelsene, og ved omtolkning.

Et intervju ble avholdt på et kontor ved helsestasjonen og resten hjemme hos informantene med barnet tilstede. Hele og deler av flere intervjuer ble gjort med barnet i rommet. Foreldrenes oppmerksomhet ble i ulik grad påvirket av den praktiske omsorgen for barnet der og da. Forskeren formidlet at barnets behov gikk foran intervjuet, og det ble tatt pauser når det var behov for det. Intervjuene varte fra 50 til 80 minutter. Det var lærerike og hyggelige erfaringer, og både foreldrene og intervjuer opplevde å bli følelsesmessig berørt av opplevelsene som ble formidlet og delt. Det var en positiv stemning, og flere hadde laget en hyggelig ramme rundt intervjuet, med dekket bord og servering. Foreldrene uttrykte at de satte pris på at deres erfaringer ble opplevd som nyttige, og jeg opplevde at de snakket åpent. Flere var litt usikre i starten, men de slappet av etterhvert.

Barna var fra 1 år til 15 måneder, og flere av spørsmålene foreldrene fikk var retrospektive. Det gjorde at detaljer fra de første månedene ikke var like lette å huske. Men noen viktige opplevelser ble detaljert beskrevet. Det ble tilstrebet å stille åpne spørsmål som: *hvordan har du opplevd tiden etter at barnet ble født?* Jeg fikk del i foreldrenes erfaringer med den omveltningen det er å

få det første barnet og prøvde å forstå opplevelsene rundt det å mestre den nye oppgaven. Det ble lyttet etter meningsinnholdet bak beskrivelsene. Det ble gjort ved å lytte til både verbale og nonverbale utsagn, stille utdypende spørsmål eller presentere tolkningsforslag. Ord eller begreper som intervjuer oppfattet som sentrale ble gjentatt og løftet fram, og førte til nærmere utdyping. For eksempel: *mener du at de første seks ukene var mest slitsomme?* Det var viktig å få tak i deres spesifikke, spontane beskrivelser av situasjoner: *kan du gi et eksempel på en gang det var slitsomt?*

Det var utfordrende å tilstrebe bevisst naivitet, følsomhet og åpenhet for nye og uventede fenomener, og å unngå egne tolkningsskjemaer. Intervjuerens ferdigheter økte med antall intervjuer som ble gjort og reflektert over. Ved å være lyttende, og tilstrebe en empatisk holdning, ble resultatet mange rikholdige beskrivelser.

### **5.2.5 Analyse av data**

Det kvalitative forskningsintervju innebærer en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme (Kvale 2001). I analysen og presentasjonen av funn ble fenomenologisk beskrivelse og hermeneutisk fortolkning presentert. Formålet med dataanalysen var å organisere, strukturere og trekke ut mening fra forskningsdataene. I kvalitative studier skjer dette både underveis og etter datainnsamlingen. Det er en aktiv prosess, datamaterialet granskes grundig, ofte ved å lese teksten gjentatte ganger for å finne mening og gi en dypere forståelse. Analyseprosessen er krevende p.g.a. mengdene med data. De transkriberte intervjuene utgjorde over 80 tettskrevne sider.

Det må tas mange avgjørelser når muntlig tale skal overføres til skriftlig tekst (ibid.). I transkriberingsprosessen ble jeg godt kjent med datamaterialet, og kunne huske sammenhengen samtalen foregikk i. Intervjuet ble evaluert og tolkning startet. Det som skjedde i intervjuet, ble beskrevet så objektivt som mulig. Alle pauser, latter, lyder, toneleie og trykk på enkeltord ble tatt med. I kvalitativ analyse er beskrivelsen av mening i opplevelser viktig, og det gjøres oftest ved å identifisere sentrale tema og se etter felles mønstre og variasjon hos de ulike informantene (Polit og Beck 2004).

I denne studien ble analysen basert på Giorgis fenomenologisk baserte meningsfortetting (Giorgi 1992, Kvale 2001, Polit og Beck 2004, Strandmark og Hedelin 2002). Meningen som forskeren oppfatter som essensen i teksten, framheves (Thaagaard 2003). Målet er at teksten tolkes med minst mulig preg av forskerens forforståelse. Meningsfortetting gjøres ved å redusere lengre intervjuetekster til kortere og mer presise formuleringer. Analysen besto av fem trinn:

1. Hele teksten ble lest for å få et bilde av helheten
2. De naturlige meningsenhetene ble definert av forskeren ut fra beskrivelsene av fenomenene.
3. Tema som viser innsikten i meningsenhetene ble beskrevet så enkelt som mulig
4. Meningsenhetene ble undersøkt i lys av studiens formål.
5. De viktigste emnene i intervjuet ble sammenfattet i et deskriptivt utsagn (Kvale 2001).

Intervjuene ble gjennomlest for å forstå meningen med intervjuet, og etterhvert vokste det fram meningsenheter. De ble beskrevet i en forkortet form strukturert rundt sentrale tema. Her ble foreldrenes egne ord brukt mest mulig. Hvert intervju ble tolket for seg, før alle ble sett i sammenheng. Et hovedtema som beskrev foreldrenes erfaringer var: *den store omveltningen*. For å utdype dette ble tre undertema identifisert:

1. *Å bli foreldre og å bli en familie*
2. *Søking etter hjelp og støtte*
3. *Å benytte helsestasjonens tilbud*

Den videre analysen ble konsentrert rundt disse tre temaene. Intervjuene ble lest igjen med fokus på hvert enkelt tema, og alle utsagn som beskrev temaet ble registrert. I denne prosessen ble undertemaer som utdypet temaene identifisert. I kapittel 6.1 "Presentasjon av funn" er funnene ordnet etter tema og undertema. I kapittel 6.2 "Drøfting av funn" skjedde tolkningen ved å stille spørsmål til det som ble sagt og drøfte ulike tolkningsmuligheter. Her ble både det enkelte intervju og tema i alle intervjuene tolket. Datamaterialet ble tolket i lys av teoriene om sosial kognitiv teori og mestringssteori, og forskning presentert tidligere i oppgaven.

### **5.3 Studiens troverdighet**

Vitenskapelig forskning må være orientert mot gyldig og pålitelig kunnskap, og nøyaktigheten og ærligheten i bruk av metodene sikrer troverdigheten. Fasene i forskningsprosessen skal kunne

gjentas av andre, forskningen skal være etterprøvable (Aadland 2004). Troverdigheten argumenteres for ved å redegjøre for hvordan dataene er kommet fram gjennom forskningsprosessen. Det er viktig å skille tydelig mellom informasjon fra informantene og forskerens vurderinger av disse. I denne studien gjøres de ulike nivåene i analysen eksplisitt ved at funnene og forskerens drøfting av dem presenteres i to ulike kapitler. Det må også reflekteres over konteksten for innsamling av data (Thaagaard 2002). Troverdigheten i denne studien belyses i sammenheng med begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

### **5.3.1. Validitet**

Kvale (1995) mener at validitet i kvalitativ forskning refererer til om metoden undersøker det som er hensikten med studien. Å sikre validiteten må gjøres i alle trinn i forskningsprosessen. Det stilles spørsmål og kontrolleres om kunnskapen som presenteres er gyldig. Relevans er en dimensjon av validitet, og spørsmål om relevans ble stilt til problemstilling, utvalg, datainnsamling, teoretisk referanseramme, analysemetoder og presentasjon ( Malterud 2003). Det er redegjort for problemstillingens relevans, for helsestasjonstjenesten, og for helsestasjonen i Sandnes. Det ble valgt et beskrivende design for å få en dypere forståelse av foreldrenes erfaringer og behov. Studiens utvalg er viktig for å frambringe relevant kunnskap. Det er redegjort for måten utvalget er gjort på, og fordeler og ulemper ved utvalget. Det anses at foreldrene i utvalget hadde tilstrekkelig erfaring med fenomenene til å kunne svare på spørsmålene.

Frambringer intervjuene gyldig kunnskap? Dette handler både om kvaliteten på intervjuene, intervjupersonenes troverdighet, og om spørsmålene som ble stilt er relevante for å svare på problemstillingen (Kvale 2001). Intervjuguiden og intervjuers evne til å lede intervjuene ble bedre etter to prøveintervjuer og underveis i datainnsamlingen. Den endelige utformingen av intervjuguiden sikret både at viktige forskningsspørsmål ble besvart, og at foreldrenes spontane beskrivelser fikk god plass. Ved å gjenta utsagn som ble oppfattet som viktige opplevde jeg at foreldrene fortalte mer utfyllende. Ifølge Kvale (2001) er det en styrke for validiteten at forskeren bringer intervjupersonen inn på bestemte tema. Validiteten er også avhengig av tolkningen av datamaterialet (ibid.). I Giorgis analysemodell (Polit og Beck 2004) foretar forskeren meningfortetting og tematisering. Jeg brukte en kommunikasjonsform der utsagn ble gjentatt, og

jeg presenterte mine tolkninger og oppsummeringer av det foreldrene sa. Tolkningene ble slik enten bekreftet eller avkreftet, og informantene fikk også ny innsikt. Da jeg presenterte min tolkning av en mors beskrivelse av hennes holdninger til de faste konsultasjonene og de avtalene med helsesøster hun selv tok initiativ til, sa hun; *Ja, jeg hører jeg sier det, jeg var faktisk ikke klar over at det var sånn.*

Etter intervjuene ble det gjort en oppsummering. En mor syntes ikke hun hadde sagt så mye interessant, men oppsummeringen fikk henne til å si at det var ganske mye likevel. Et kriterium for validitet er at tolkningen er logisk og godt dokumentert. Drøftingen av funnene begrunner tolkningen (Kvale 2001).

Analysemetodens relevans er drøftet ved å henvise til flere kilder som beskriver fordeler med Giorgis fenomenologisk baserte meningsfortetting. Det ble tilstrebet å få fram foreldrenes stemme, et innenfra-perspektiv. Forskerens for forståelse skulle prege tolkningen i så liten grad som mulig. En fare med tilnærmingen er at det kan bli vanskelig å tolke meningen i en videre sammenheng, et utenfra-perspektiv. Det er brukt en hermeneutisk tilnærming ved å veksle mellom helhet og deler i prosessen, og ulike tolkningsmåter er drøftet. Jeg mener at fordelene med denne metoden er at resultatene er godt forankret i datamaterialet.

Det er også viktig at framstillingen av funnene i masteroppgaven er riktig. Det er brukt sitater for å vise nyanser i foreldrenes opplevelser. Struktur er viktig. Noen tema er løftet fram på bekostning av andre, og stoffet er organisert så logisk som mulig.

### **5.3.2 Pålitelighet**

Pålitelighet handler om nøyaktighet i datainnsamling og analyse (Koch og Vallgård 2003). Overføring fra lydbånd til skrevet tekst kan gi ulike tolkninger. Jeg transkriberte selv alle intervjuene raskt etter intervjuene, og mener dette er en fordel. Det er tilstrebet at andre kan følge forskningsprosessen (Malterud 2003). Dette er gjort ved å redegjøre for alle prosedyrer og valg, både i teori, metodebeskrivelse og analyse av funnene. Det er viktig at funnene er forståelige og gir mening, selv om forskerens tolkninger er en av flere mulige.

Forskningseffekten handler om påvirkningen forskningen har på de involverte og deres samspill (Aadland 2004). I denne studien beskrev foreldre egen opplevelse av mestring av foreldrerollen og deres kontakt med helsesøster. I alder representerte jeg deres foreldregenerasjon. Videre har jeg kunnskap og profesjonell erfaring som helsesøster. Foreldrene kan ha gitt svar de tror forventes av ”vellykkede” foreldre, og pyntet på sannheten. Erfaringen fra intervjuene var at foreldrene svarte forholdsvis ærlig, spesielt om temaer de hadde sterke følelser for. Noen uttrykte at de syntes de hadde snakket for negativt om helsesøster. Jeg merket også at flere sjekket ut mine holdninger til temaene. For eksempel: *du som er helsesøster liker vel heller ikke at jeg sluttet å amme?* Jeg prøvde å framstå nøytral og ikke uttrykke egen mening. Jeg var gjest hos de fleste informantene, det bidro til en avslappet atmosfære og til å utjevne maktforskjellen.

Min forforståelse er beskrevet tidligere og var med i hele forskningsprosessen. Egne verdier knyttet til foreldrerollen er i stor grad ubevisste og et resultat av egen oppvekst og historie. Det var forskjeller i holdningen vi hadde til foreldrerollen . Jeg var bevisst på dette i intervjuene og i analyseprosessen. Min intensjon var å framstå lyttende og empatisk, og uttrykke takknemlighet over at foreldrene ville dele sine unike opplevelser med meg. Studiens nøytralitet handler om funnenes sannferdighet, at de ikke uttrykker forskerens subjektive holdninger (Fog 2004). Forskeren har forsøkt å registrere foreldrenes opplevelser uten å bli følelsesmessig involvert, men samtidig reagere sensitivt overfor utsagnene.

### **5.3.3 Overførbarhet**

Overførbarhet handler om i hvor stor grad studiens funn kan overføres til andre situasjoner og grupper. Likhet mellom situasjonene øker overføringsverdien. I denne studien er syv foreldre intervjuet. De har felles at de er førstegangsforeldre til barn rundt ett år, er brukere av helsestasjonen i Sandnes og var villige til å stille opp til intervju. Et mål med studien er kunnskapsutvikling, om foreldres behov i møte med helsestasjonen. Hvis foreldre og helsesøstre kan kjenne seg igjen i funnene, og opplever dem som nyttige, har de overføringsverdi. Studien har foreldrenes opplevelser og erfaringer i fokus, og det ses som en styrke at informantene har forskjellige erfaringer. Det er tilstrebet en bred forståelse av fenomenene, og at de belyses fra ulike synsvinkler.

Brakerundersøkelsen i Sandnes kommune fra 2007, viste et behov for mer kunnskap om hva foreldre ønsker av helsestasjonen. Funnene i denne studien anses viktige for utviklingen av helsestasjonen. De kan ha overføringsverdi til andre kommuner fordi helsestasjonstjenesten i Norge er organisert med bakgrunn i de samme lover og forskrifter og har mange likhetstrekk. Studien beskriver praksis og psykologiske prosesser som anses allmenmenneskelige og gjenkjennelige for mange foreldre og helsesøstre.

#### **5.4 Forskningsetiske vurderinger**

Det ble gjort etiske overveielser i hele forskningsprosessen på bakgrunn av de etiske retningslinjene i "World Medical Association Declaration of Helsinki" (2000). De grunnleggende prinsippene er, ansvaret for å beskytte liv, helse, privatliv og verdighet hos de man forsker på. Hensynet til informantene tillegges større vekt enn hensynet til forskningen. Forskningsdesign og plan for studien ble beskrevet i en forskningsplan som ble framlagt regional forskningsetisk komite for vurdering, med en etisk vurdering av studien og informasjonsskriv til foreldrene. Prosjektet ble godkjent i oktober 2007 (vedlegg 4). Forskningen kan bare forsvares hvis det kan sannsynliggjøres at funnene vil være til nytte for foreldre som er brukere av helsestasjonen. Funnenes overførbarhet er redegjort for i kapittel 5.3.

Foreldrenes deltakelse var frivillig, og de ble grundig informert om studiens fordeler, ulemper, metoder og formål. De ble sikret full anonymitet og at de ikke skulle lide noen form for overlast. Enkelte opplysninger om utvalget er endret for å øke anonymiteten. Foreldrenes privatliv skal beskyttes, og informasjon som var følsom for dem ble ikke benyttet.

Informasjonsbrevet, og svarskjemaet foreldrene fylte ut hvis de ønsket å delta, ivaretok det skriftlige informerte samtykke. De fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien når som helst i prosessen. De fikk også muntlig og skriftlig informasjon igjen om studien i begynnelsen av intervjuet, og kunne stille spørsmål.

Jeg er selv helsesøster, og foreldrene fikk informasjon om undersøkelsen på helsestasjonen. Undersøkelsen dreide seg om deres forhold til helsesøster og helsestasjonen, og de ble oppfordret til å snakke fritt om dette. For at de skulle føle seg fri til å gjøre det, vektla jeg at jeg ikke

representerte helsesøstrene i Sandnes. Foreldrene ble informert om at deltakelse i studien ikke hadde innvirkning på oppfølgingen de fikk på helsestasjonen. I intervjuet ble foreldrene oppfordret til å snakke om egen foreldrerolle og forholdet til barnet og helsesøster. Det var personlige beretninger og handlet om foreldrenes omsorg for barnet. Det etiske ansvaret for å verne om deltakernes privatliv og verdighet gikk foran forskningsinteressen. Det ble informert om forskerens taushetsplikt, og foreldrene fikk tilbud om en oppfølgingssamtale med en helsesøster. Tilbudet ble ikke benyttet. Foreldrene ga uttrykk for at de opplevde intervjuet som positivt, og at det var bra deres erfaringer kunne komme andre til nytte. Flere likte at de fikk reflektere over emner de ikke snakket så ofte om.

Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ga tilråding til gjennomføring av prosjektet i august 2007 (vedlegg 5). Opplysninger om informantene ble oppbevart nedlåst og bare forskeren hadde tilgang til det. Konfidensialitet ble sikret ved at andre ikke kunne identifisere informantene. Informanter ble rekruttert fra store helsestasjoner i Sandnes, og det gjorde anonymisering av både foreldre og helsesøstre enklere. Bare forskeren leste utskriftene av intervjuene, og de inneholdt ikke opplysninger om navn, tid og sted. Lydbånd og utskrifter ble oppbevart nedlåst, og slettes når undersøkelsen er avsluttet.

## **6.0 Presentasjon og drøfting av funn**

Her presenteres studiens funn og drøfting. Analysen bygger på Giorgis meningsfortetting. I kap. 6.1 "Presentasjon av funn" ble meningsenhetene i foreldrenes ulike utsagn identifisert, og tema som viser innsikten i disse ble beskrevet med forskningsspørsmålene som rettesnor. I kap. 6.2 "Drøfting av funn" blir funnene drøftet i lys av litteratur og teoretisk rammeverk i studien.

### **6.1 Presentasjon av funn**

Førstegangsforeldres erfaringer i barnets første leveår er fokus for denne studien, særlig deres behov for sosial støtte og erfaringene deres i kontakten med helsestasjonen. Funnene viser at erfaringene fra det første året kan beskrives ved begrepet *den store omveltningen*. For alle foreldrene var det å få barn en stor begivenhet som ga endringer på mange vis, mer eller mindre



avhengig av livssituasjon forøvrig. Gleden, stoltheten, og kjærligheten til barnet var fremtredende. Det var også de ulike utfordringene de opplevde som nye foreldre. De beskrev hvordan de håndterte disse utfordringene.

Funnene ble organisert i disse temaene:

1. *Å bli foreldre og å bli en familie*
2. *Søking etter hjelp og støtte*
3. *Å benytte helsestasjonens tilbud*

Sitater fra foreldrene er brukt for å illustrere funnene.

### **6.1.1 Å bli foreldre og å bli en familie**

I foreldrenes beskrivelser kom det fram at usikkerhet og vansker i perioder i større eller mindre grad har vært framtredende.

Undertemaer her var: 1. *Å ikke vite hva man går til*, 2. *Omstilling til å bli foreldre*, 3. *Å bli en familie*

#### **6.1.1.1 Å ikke vite hva man går til.**

Flere foreldre fortalte at de hadde tenkt mye på hvordan det var å bli foreldre på forhånd, men at det ikke gikk an å forberede seg helt. De hadde uklare forventninger og var usikre på om de ville mestre situasjonen. Usikkerheten varierende og det ble uttrykt forventninger om å kunne fikse det å få barn. Begrepet ser ut til å innbefatte både den følelsesmessige tilknytningen og det praktiske stellet. En far uttrykte at mor hadde hatt forventninger om å være *en supermor*.

En mor uttalte:

*Ja, jeg er veldig sikker på meg selv sånn da at jeg kommer til å klare det.*

#### **6.1.1.2 Omstilling til å bli foreldre**

##### **En følelsesmessig omveltning**

Å få barn ble opplevd som en følelsesmessig omveltning.

En mor uttrykte:

*Det har jo forandret veldig hvem jeg er. Følelsene som har kommet, har overgått egentlig, jeg hadde aldri trodd det skulle bli sånn.*

Det ble uttrykt en dobbelthet i opplevelsene:

*Veldig givende, heilt klart, selv om det har vært mye stress.*

Alle foreldrene fortalte at de følte seg usikre, spesielt de første månedene. De mente at det gjorde dem ekstra usikre og sårbare å være førstegangsførelde.

En mor sa:

*...den første måneden og to kanskje, du er sånn en slave av hormoner på en måte. Du er så sårbar i forhold til søvn og alt. Du er enormt på tuppet. Jeg var en heilt annen person da enn nå.*

De vokste gradvis inn i foreldrerollen:

*Jeg følte meg som ei ung mor spesielt i begynnelsen, for da var jeg så sårbar og sånn. Før, når jeg gikk i butikken, så følte jeg at folk så på meg at jeg var litt ung, men nå tenker jeg ikke på det engang, ikke i det hele tatt.*

De første ukene var en overgangstid. Foreldrene og barnet skulle bli kjent og tilpasse seg den nye situasjonen. Flere uttrykte at det var godt at barnefaren var hjemme de første ukene.

### **Barnet og spebarnsstellet**

Foreldrenes beskrivelser tyder på at barnets trivsel påvirket dem. Å få til ammingen og takle natteuro og gråt ble beskrevet som stressende og travelte i starten. Foreldrene var opptatt av at barnet skulle trives, og flere fortalte om vanskelige perioder. De ga uttrykk for at når disse vanskene var over, var livet med barnet overveiende positivt.

Barnets tilstand påvirket om mor følte hun mestret omsorgen:

*så var hun veldig rolig og snill og sov og spiste og det var ikke så mye sånn skummelt som skjedde...*

*Jeg lurte jo veldig på, hvorfor griner han? Får han ikke nok mat og sånt. Det er liksom hele veien det en tenker på.*

### **6.1.1.3 Å bli en familie**

Flere nybakte foreldre som levde i parforhold sa det hadde vært en omstilling å bli tre. Men de syntes det var godt å dele ansvaret for barnet, og flere uttrykte at forholdet hadde blitt beriket og fått en ny dimensjon etter at barnet kom. Noen av foreldrene snakket om omsorgen i vi- form, andre mer i jeg- form. Dette kan være uttrykk for at noen mødre opplevde den daglige omsorgen for barnet mest som deres ansvar.

Mødre sa:

*så ammingen det skulle vi få til!...Som regel lurte vi på de samme tingene, for er det noe som er et problem så er det et problem for begge.*

*Faren var hjemme en måned med oss og det var utrolig kjekt. For da ble vi egentlig ganske godt kjent som en familie.*

Å være alene om omsorgen ble opplevd vanskelig:

*Det har vært veldig kjekt, men til tider kan det bli frustrerende og du vet ikke helt hva du skal gjøre. Det er vanskelig å klare alt alene.*

### **6.1.2. Søking etter hjelp og støtte**

Foreldrene fortalte at de trengte støtte og hjelp fra andre. De beskrev hvem de fikk hjelp og støtte av, hvilke typer hjelp de fikk, og hvilken betydning dette hadde for dem.

Underkategorier her er; 1. Familie, 2. Fødeavdelingen og helsestasjonen, 3. Andre foreldre

#### **6.1.2.1 Familie**

##### **Partner**

Mødrene som levde sammen med barnefaren beskrev ham som den nærmeste støtten. Spesielt den første tiden og i slitsomme perioder, var det viktig at han deltok praktisk og følelsesmessig.

Lang pappapermisjon ble beskrevet som nyttig. En mor sa at mannen var mye hjemmefra, og dette påvirket familielivet negativt. En far hadde permisjon en dag i uka det første året, og deltok aktivt i omsorgen for barnet. Foreldrene ble spurt om partneren ga positiv oppmerksomhet på omsorgen de ga barnet. Noen sa at de ikke snakket direkte om dette.

Men en mor sa:

*Han sier: du gjør en god jobb og er veldig positiv. Jeg tror nok han også har vært med og støttet meg veldig, sånn at jeg skal vite at jeg gjør en god jobb.*

### **Annen familie**

For flere av foreldrene var mors mor den de hadde mest praktisk hjelp, råd og støtte fra det første året av barnets liv.

En mor sa:

*Jeg hadde kjempemasse hjelp av mor mi. Hun vasket klær for oss og var med og hjalp i huset og.*

Noen beskrev at kontakten med mor ga støtte, men at de også opplevde konflikter med henne. Konfliktene handlet om at moren ikke respekterte deres valg.

En mor sa:

*Jeg var så sårbar, ja jeg har fått mye hjelp av mamma der. Hun og jeg har blitt kjempegode venner. Men til tider er hun veldig sånn at det skal gjøres på hennes måte og så har jeg lest at det skal gjøres på en annen måte!*

Flere nevnte besteforeldre og tanter som viktige ressurspersoner for foreldrene. Andre så egen familie som mindre viktige. En mor fortalte at de fikk mye positiv respons fra fars familie, det ble opplevd som en anerkjennelse:

*de har sagt mye fint til ham, de har liksom åpnet seg skikkelig. Ja, så han er heilt åhh! Vet ikke hvor han skal gjøre av seg. Det er godt å vite at de synes det vi gjør er bra.*

## 6.1.2.2 Fødeavdelingen og helsestasjonen

### 6.1.2.2.1 Fødeavdelingen

Mange av foreldrene tok kontakt med sykehuset etter hjemkomsten, og reiste inn for oppfølging der. Flere hadde reist hjem uten at ammingen var kommet skikkelig i gang, og det ga usikkerhet. En mor mente at helsesøster burde ha kommet på hjemmebesøk første eller andre dagen hun var hjemme. Andre sa at de ønsket personlig telefonkontakt med helsesøster tidligere, da ville det vært lettere å kontakte helsestasjonen selv.

En mor sa:

*Jeg hadde født på Fødeloftet og der fikk vi god kontakt. Jeg kom opp der og fikk hjelp og støtte. Men det hadde vært greit å benytte seg av hvis helsestasjonen hadde hatt noe.*

### 6.1.2.2.2 Helsestasjonen og helsesøster

Alle foreldrene uttrykte at de var glade for å ha helsestasjonen. Det ga trygghet at det var et sted man ble godt mottatt, og det var fagkunnskap om barn der. Foreldrene syntes det var godt å vite at de kan kontakte helsestasjonen når de selv vil. Mange gikk innom for å veie og måle barnet de første månedene. Tilgjengelighet var et stikkord som ble brukt for å beskrive hva de ønsket av helsestasjonen.

#### Råd og informasjon

Foreldrene ble spurt om i hvilke situasjoner de tok kontakt med helsestasjonen. Temaer som ble nevnt i den forbindelse, var sykdom, mat, søvn og amming. *Litt av alt når du aldri har vært borti det*, som en mor sa. En annen uttrykte at de først og fremst hadde brukt helsestasjonen for å se at barnet fulgte kurven når det gjelder vekt og høyde og utvikling.

Helsesøsters personlige veiledningen ble framhevet av noen:

*Helsestasjonen står sterkest. Vi leste jo i Gro (Nylander), men så gikk vi og hørte noe annet der. Det passet mye bedre faktisk. På helsestasjonen kan du gå mer presist inn i det, egentlig.*

Andre uttrykte at konkrete råd og klare svar fra helsesøster var viktig for å gi avklaring når de var usikre:

*Når jeg lurer på noe, er det veldig greit å komme ned selv. Det har vært trygt å kunne få et svar når det er noe jeg lurer på, eller er usikker på. At noen kan si: det er helt greit, men sånn går ikke an!*

Råd og informasjon ble også gitt i de faste konsultasjonene. Helsesøster tok opp ulike tema, foreldrene stilte spørsmål, og fikk svar. Det ser ut til at flere opplevde å få best hjelp av råd og informasjon de selv tok initiativ til å få.

Noen brukte internett, og andre media, istedenfor helsestasjonen:

*Vi har liksom ikke lurt på så mye, når vi har tilgang på internett og sånn. Hvis vi lurer på noe, så søker vi og så får vi svar også.*

For noen av foreldrene var ikke kontakten med helsesøster preget av tillit. Da var det også vanskelig å komme med spørsmål og ta imot råd.

En mor sa:

*Helsesøster gikk gjennom listen og ville ha et eller annet som var galt. Det får en ikke til å føle seg. Vi har ikke lurt på så mye.*

### **Bekreftelse og oppmuntring**

Flere foreldre opplevde bekreftelse og oppmuntring fra helsesøster, og dette hadde hatt stor betydning for dem. En mor sa at det bare var fra helsesøster de hadde fått slik bekreftelse, og at det derfor var ekstra verdifullt. Helsesøsters mening ble tillagt vekt, hun ble opplevd som ekspert på barn.

En far sa:

*De har en autoritet på en måte som er lett å akseptere. Den kommer egentlig av at de har sitt spesialfelt og er faglig oppdaterte.*

Bekreftelse ble formidlet på ulike måter, en var i direkte rådgivning.

En mor sa:

*Som regel får jeg bekreftet at sånn som jeg gjør er riktig, og det er måten å gjøre det på. Men det finnes også andre alternativer.*

Flere nevnte at det var positivt for dem når helsesøster ga positiv oppmerksomhet til barnet.

Positiv respons på foreldrefungeringen ble også beskrevet:

*Det første hun gjør er å skryte av kontakten vår og det er helt utrolig å høre første gang du er mor og på den første kontrollen! Det gjør deg mye sterkere og gir mye mer tro på deg selv, at det du gjør er riktig.*

*Jeg sitter med spørsmål, at jeg må gjøre det bedre. Litt fram og tilbake. Hun har gitt mye positivt tilbakemelding på den rollen, og det gir meg en god følelse.*

Noen fortalte at helsesøster ga positiv respons til begge foreldrene og at hun snakket om begge foreldres viktige roller:

*Han var jo helt fantastisk under fødselen, det fikk han veldig skrøyt av på helsestasjonen. Det støttet. Hun sa det var så viktig videre, at han bidro for at de skulle få den kontakten. Det er kjekt å vite, og at hun sa det.*

### **Manglende opplevelse av bekreftelse og oppmuntring**

Noen av foreldrene sa at de hadde negative opplevelser i kontakten. De opplevde å få negativ respons fra helsesøster og helsesøstrene ble opplevd å ha myndighet til å definere god og dårlig omsorgspraksis.

En mor uttalte:

*For jeg var veldig usikker, og det eneste jeg fikk var klaging. Jeg har kommet hjem mange ganger og bare grått når jeg har vært der. Du føler at du er en dårlig mor, og du er allerede så usikker på hva slags mor du er.*

En annen mor sa at helsesøsters måte å henvende seg til barnet, stengte for kontakten:

*Hun har aldri snakket med barnet en eneste gang, hun har bare snakket med meg om ham. Da blir det veldig upersonlig og vurderende; hva kan han? Det er viktig at de knytter et slags bånd, da.*

### 6.1.2.2.3 Andre foreldre

Alle foreldrene fortalte at de ønsket kontakt med andre foreldre. Noen hadde mye kontakt med andre, og kjente mange som fikk barn samtidig. Andre hadde ikke så stort nettverk og ønsket å utvide kontaktflaten. Å oppleve et fellesskap med andre, og få råd var viktig. Noen var aktive på internettsider for foreldre.

To mødre sa:

*Råd har jeg fått mest fra venninner egentlig, for nå tror jeg alle jeg kjenner har barn. Jeg har alltid noen å spørre om alt.*

*I gruppe på helsestasjonen, du stiller spørsmål og så har den ene erfaring med det, og så har helsesøster en erfaring. Så kan du gjerne kombinere litt med din egen måte og litt av den andre.*

### 6.1.3 Å benytte helsestasjonens tilbud

Undertemaer er: 1. Den tilgjengelige helsestasjonen 2. Helsesøster har kompetanse, 3. Den personlige kontakten med helsesøster, 4. Hjemmebesøket, 5. Kontroll - konsultasjon

#### 6. 1.3.1 Den tilgjengelige helsestasjonen

Ingen av foreldrene stilte spørsmål ved berettigelsen til helsestasjonen. Tjenesten er godt etablert. Det kan se ut til at flere ser helsestasjonen som obligatorisk, som noe man må gjøre.

Som en mor sa:

*Det er jo et sted man er nødt til å gå, og da er det jo ikke noe man skal grue seg til. Det er noe du skal glede seg til: at det er kjekt å gå der, der får jeg god hjelp og de hører på meg og gir meg gode råd.*

Helsesøster gir individuell oppfølging til "sine" familier og er den viktigste personen på helsestasjonen. Foreldrene bruker ordene "helsesøster" og "helsestasjon" om hverandre. Men tilbudet på helsestasjonen er avhengig av flere faktorer: helsesekretær, andre helsesøstre, lege,



atmosfære og lokaler er viktige. Det var viktig å bli tatt godt imot når de kom. Her hadde foreldrene ulike erfaringer, selv om de fleste var fornøyd:

*Du føler deg godt mottatt. Jeg er veldig fornøyd med henne som sitter der, jeg synes det er veldig bra at hun er blid og fornøyd.*

*Jeg husker førsteinntrykket mitt, ikke noe bra. Jeg ble irrettesatt fordi jeg ikke så skiltet med at jeg skulle ta av meg skoene, hun hadde streng, høy stemme Hun som sitter i resepsjonen er litt småsur.*

Det er ulikt hvor mye foreldrene har tatt kontakt på eget initiativ, utenom de faste konsultasjonene. De fleste hadde ringt for å avtale tid hos helsesøster eller for å snakke med henne på telefonen. Hvis hun ikke var tilgjengelig, ringte hun alltid tilbake, eller de fikk snakke med en annen.

En mor sa:

*De har hjulpet meg med det meste jeg har lurt på. Er det noe i forhold til mat eller hvis hun ikke har vært helt i form, så har jeg ringt ned og hørt hva de mener, om jeg bør ta kontakt med lege.*

Helsestasjonen ble opplevd som en møteplass for småbarnsforeldre. Foreldrene ønsket sosialt fellesskap, å utveksle erfaringer og få råd av andre. Helsestasjonen i Sandnes tilbyr noen av konsultasjonene i gruppe med andre foreldre og barn. Foreldrene hadde ulike erfaringer med gruppene. De hadde forventninger om at det skulle gi et større nettverk, de hadde hørt mye positivt om ”barselgruppene”. Gruppene varierte i størrelse og var ikke alltid fulltallige. Deltakerne møttes få ganger, og flere sa de ikke følte seg trygge i gruppen, og ikke fikk kontakt med de andre. Foreldrene som var mest negative, opplevde forskjell i alder og mødreerfaring som et hinder. De ønsket at helsestasjonen skulle ta ansvar for å sette sammen mer homogene grupper, og at man burde ha anledning til å bytte gruppe, eller velge å ikke gå i gruppe. Ingen som hadde negative erfaringer, hadde tatt dette opp med helsesøster. Andre syntes deres gruppe fungerte bra, og fikk mye igjen for samtalen med de andre foreldrene.

En mor sa:

*Det har vært litt ubehagelig, for de andre var sånne voksne damer og jeg føler jeg blir en liten fjott.*

Kommunen har kafe' for unge mødre, og det er flere åpne barnehager som flere benyttet seg av.  
En mor sa:

*Når du er ung mor vil du treffe andre unge mødre. Så jeg går på den kafeen og det er veldig bra. Men å ha en barselgruppe der du må snakke med de andre, det synes jeg er veldig positivt.*

### 6.1.3.2 Helsesøster har kompetanse

Foreldrene uttrykte tillit til at helsesøster har kunnskaper om barn og helse og vet hva hun snakker om. Hun skal både være faglig oppdatert, ha erfaring med lignende tilfeller, og ha spesialutdanning innen feltet. De praktiske, erfaringsbaserte rådene ble framhevet. Det innga tillit når helsesøster var ærlig om det hun ikke visste. Helsesøster er en profesjonell yrkesutøver, og foreldrene vil at hun skal presentere kunnskap om barn og helse på en tydelig måte når det trengs.  
En mor sa:

*Det er selvfølgelig ting jeg ikke vet, og da er jeg flink til å si at jeg vet ikke det. Noen må fortelle meg hvordan jeg skal gjøre det og hvordan det virker.*

En mor framhevet at helsesøster må være modig, ærlig, og kunne si fra:

*Mye modigere! Ikke være redd for å konfrontere hvis hun mener noe, men gjøre det på en fin måte, slik at man ikke blir fornærmet. De skal være litt vaktbikkjer. Vi er sårbare på at de respekterer oss samtidig som de spiller en kontrollrolle.*

### 6.1.3.3 Den personlige kontakten med helsesøster

Foreldrene fortalte om sine opplevelser i kontakten med helsesøster, og hva det hadde betydd for dem. De satte også opp en ønskeliste for hvordan kontakten med helsesøster burde være.

En mor sa:

*Jeg tror de fleste har lyst til å møte litt varme og kjærlighet og omtanke for hver enkelt når de går på helsestasjonen.*

Det personlige møtet må gi en kontakt som oppleves ekte, foreldrene vil bli sett og lyttet skikkelig til. Her var erfaringene forskjellige:

*Alle ønsker å bli sett, at du ikke bare kommer til en agenda. At hun ser deg som person.*

*Hun er nok en veldig høylytt person, veldig opp og fram, og her kommer jeg med mine budskap. Og så satt hun og trippet, og gikk gjennom listen og så over ting som kunne være galt.*

*Det har bare vært klager. Alt jeg gjorde var galt, så jeg har oppsøkt helsesøster så lite som mulig.*

God kjemi, gjensidig respekt og å føle seg likt er uttrykk som ble brukt for å beskrive god kontakt mellom helsesøster og foreldre. At helsesøster viser interesse for barnet, og gir det positiv respons, er viktig for foreldrene. De uttrykte at de ønsker å bli forstått, og at helsesøster er interessert i dem. Det beskrives varme og trygghet sammen med faglig tyngde:

*Kjærlig, snill, moderlig, bør oppføre seg som om hun har barn, ha empati. Respektere våre valg.*

For de fleste ser det ut til at en god relasjon må være på plass før foreldrene fullt ut kan nyttiggjøre seg den faglige ekspertisen til helsesøster. Men noen beskriver at når det er behov for et konkret råd, er den konkrete hjelpen viktigst, ikke hvem de får den fra. Foreldrene sier det er viktig at helsesøster tar ”dumme spørsmål” (uttrykk brukt av flere) alvorlig, lytter og gir faglige råd. Men disse rådene må ikke formidles som de eneste rette.

En mor sa:

*Hun lyttet og hvis jeg spurte fikk jeg jo råd, ikke noe jeg fikk tredd over hodet. Hun spurte om jeg syntes var greit slik det var, for eksempel amming om natta. Da var det greit. Hadde fått prestasjonsangst hvis hun hadde sagt at jeg må gjøre sånn og sånn.*

Når den gode kontakten var tilstede, opplevde foreldrene at helsesøster formidlet tro på den enkelte forelders ressurser og vurderingsevne.

En mor beskrev at noen ord i rett tid ga nye perspektiver og tro på egen mestring:

*Den setningen hun sa gjorde sånn inntrykk på meg; **det viktigste er å gi ham god trøst og si at han er hos de som elsker ham mest.** Det er det jeg sier til meg selv også, han kan*

*ikke ha det bedre enn det. Det er bare å bli trygg på at du elsker barnet og det er godt nok. Du kan stole på at du vet best.*

Når foreldrene opplevde møtene med helsesøster som meningsfulle, beskrev de en god følelse etterpå, og de gledet seg til konsultasjonene. Flere nevnte også at de skulle ønske konsultasjonene var hyppigere.

Det er flest mødre som er intervjuet, og mødrene har brukt helsestasjonen mest. Men fedrene har også vært med i mange av konsultasjonene. De har ifølge flere mødre opplevd å bli inkludert av helsesøster, og fars rolle er gjerne blitt framhevet. Tradisjonelt er helsestasjonen en kvinnearena. En informant sa at mannen ble glad da han traff en annen far der.

#### **6.1.3.4 Hjemmebesøket**

Alle foreldrene hadde hatt hjemmebesøk av helsesøster 1- 2 uker etter fødselen. Dette var første gang de fleste traff henne. Alle hadde opplevd besøket positivt, selv om noen nesten hadde glemt det. De uttrykte at det var viktig å føle tillit til helsesøster, og at hun var hyggelig. At hun viste interesse for barnet, og foreldrene, var også viktig. Flere sa de hadde vært litt redde for å bli kontrollert på forhånd.

En far sa:

*Du venter på at de skal ta kontakt. Da har man ting man lurer på, og som man samler opp som man må huske på å spørre om. Det er litt konstabel på besøk, kanskje rydde litt i krokene. Men det er heilt greit. Så håper man at det kommer en person som det er litt grei kommunikasjon med.*

Funnene tyder på at foreldre som hadde mye behov for veiledning den første tiden, satte ekstra pris på besøket fra helsesøster. De følte at de fikk god hjelp, og det ser ut til at de etablerte en positiv kontakt som preget relasjonen senere.

En mor med et barn som skrek mye sa:

*Helsesøster kom hjem til oss, og hun var veldig god til å forklare. Det hjalp mye å vite at det ikke er noe en kan finne ut av selv. Så vi prøvde å trøste ham så godt vi kunne ut fra*

*rådene. Hun var veldig rolig og viste at det her var helt vanlig og at det ikke var noe galt med ham.*

Et foreldrepar sa om hjemmebesøket:

*det viktigste er å oppføre seg korrekt. Helsesøstrene er jo velkomne, det er bra at de kommer, men de må vise oss respekt. Mer respekt enn vanlig, for akkurat i den første fasen er du utrolig sårbar, ihvertfall var jeg det. Tok lett til tårene og.*

### **6.1.3.5 Kontroll -konsultasjon**

Datamaterialet viser at konsultasjonene, både hjemmebesøket og de faste kontrollene på helsestasjonen, ble oppfattet som helsesøsters ansvar. Hun styrer struktur og innhold. Foreldrene opplevde konsultasjonene positivt hvis de hadde en god relasjon med helsesøster.

Konsultasjonene hadde et fast program: kurvene med vekt og høyde, vaksiner, et tema, ”ting hun skal spørre om” og undersøkelse av barnet. Helsesøster spurte også om foreldrene hadde noe å ta opp. Flere sa at dette punktet kom ganske sent i programmet slik at det lett kunne bli salderingsposten.

En mor sa:

*Hun har vel en mal hun går ut fra, i forhold til alder på ungen tenker jeg. Den malen er relevant og ikke så veldig styrende. Men det er så vi ikke skal spore av, liksom for å hente oss inn igjen. Kanskje spørre om noe som er relevant.*

En mor fortalte at hun heller tok direkte kontakt med en gang hvis hun lurte på noe, istedet for å vente til den avtalte konsultasjonen. En mor som ikke opplevde en god relasjon med helsesøster, beskrev konsultasjonen som pedagogisk, med en liste som helsesøster gikk gjennom: *det er ikke den omsorgs- kjærlighetsbiten.*

Alle foreldrene syntes det var viktig å gå på helsestasjonen for å sjekke barnets utvikling og vekst:

*Det var å få bekreftet at han følger vekten og gjør de forventede ting han skal. Det er jo det du er opptatt av.*

Foreldrene fortalte at helsesøster gir informasjon. Mye var relevant, men all informasjon var ikke tilpasset deres behov.

En mor sa:

*hun snakker om det hun skal ta opp. Det har gått litt i feil rekkefølge har jeg følt.*

Flere sa det var godt å ha regelmessige kontroller, og to nevnte at det er lenge mellom 7 måneders- og 1 årskontrollen. Flere ønsket hyppigere kontroller.

Foreldrene uttrykte at helsestasjonen har en kontrollrolle på flere måter.

En far sa:

*Barn har krav på at samfunnet har en eller annen kontroll. Helsestasjonen kan gjøre det på en veldig lite krenkende måte, alle skjønner at de bør inn i bildet. De kan passe på at ungene får en bra start og fange opp de som ikke får det.*

Det ble uttrykt at helsesøster gjennom å veilede og informere foreldrene i konsultasjonene også gir signaler om barns normalutvikling og hva som forventes av foreldrene:

*Du kan bli litt bekymret. Gjør vi det rett. Hun spurte om han går rundt og holder seg. Da tenkte jeg, gjør han det da? Burde han gjort det mer? Vi skulle kanskje gjort mer?*

Noen sa at de opplevde at helsesøster kritiserte deres omsorgspraksis og en mor sa hun ikke fortalte alt for å unngå kritikk. Flere nevnte angst for å stille dumme spørsmål eller for å møte en hevet pekefinger. De var redde for å mase om bagateller, å være hønemor.

Mødre sa:

*Av og til gjør jeg gjerne ting som ikke er helt etter boka. Jeg gjør ting som jeg synes er greit og som fungerer for oss, mens det er gjerne noe annet enn sånn som jeg har fått beskjed om. Da sier jeg det bare ikke.*

*Det er sånn ammepress. Du får litt inntrykk av at flaske er en negativ ting, og så lenge du gir flaske, gjør du ikke det beste for ungen din. Jeg kunne tenkt meg litt informasjon om erstatning, og om at amming ikke er det beste alltid. Egentlig er det mange ting som mange ikke tør å spørre om på helsestasjonen, for det blir sett negativt på. Det har jeg i grunnen savnet ganske mye. At det ikke er verdens ende."*

Foreldrene ga i liten grad inntrykk av at de hadde innflytelse på tilbudet på helsestasjonen. Det gjaldt valg av barselgrupper, lege og helsesøster, og innhold i konsultasjonene. En mor syntes det var veldig positivt at helsesøster informerte om at hun kunne velge hvem hun ville gå til:

*Hun ga beskjed fra begynnelsen: - hvis det er noe du ikke føler fungerer mellom oss så er du fri til å bytte til en annen helsesøster. Jeg vil ikke føle det som noe negativt for noen ganger fungerer ikke kjemien. Det har vært godt å få det valget, at det er jeg som bestemmer.*

#### **6.1.4 Oppsummering av funn**

*Å få barn var en omveltning.*

Funnene viser at foreldrene syntes det var en omstilling å bli en familie og de hadde uklare forventninger til å bli foreldre. Å få det første barnet var en følelsesmessig omveltning med ulik grad av sårbarhet og usikkerhet i begynnelsen. De ble påvirket av barnets trivsel og ble gradvis tryggere i foreldrerollen.

*Kilder til sosial støtte var først og fremst partner og mormor, helsesøster og andre foreldre.*

Foreldrene opplevde å få praktisk, følelsesmessig og til en viss grad anerkjennende støtte fra partner. Mors mor er den i familien de fleste nybakte foreldre fikk mest hjelp fra, særlig praktisk hjelp og råd. Noen opplevde at moren ikke respekterer dem, selv om hun ga støtte.

Fødeavdelingen ga råd og informasjon om amming de første dagene etter hjemkomsten, men de ønsket at helsesøster tok kontakt tidligere.

*Helsestasjonen er tilgjengelig og gir trygghet.*

Foreldrene ønsket at helsestasjonen skal være lett tilgjengelig, ta godt imot dem og være en møteplass. Det er fagkunnskap om barn der. De hadde lite innflytelse på tilbudet. Foreldrene tar kontakt ved behov, men er redde for å mase. Det er delte erfaringer med gruppekonsultasjonene. Foreldrene ønsket kontakt med andre foreldre, fellesskap og råd.

*Helsesøster kan gi betydningsfull støtte, både informasjon, bekreftelse og oppmuntring. Alle opplevde ikke dette.*

Helsesøster kontaktes for råd og informasjon hvis foreldrene har tillit til henne. Personlig veiledning er viktig for noen, og klare svar for andre. Flere hadde opplevd god bekreftelse og oppmuntring fra helsesøster. Det skjedde ved positiv oppmerksomhet til barnet og foreldrene, positiv respons på hvordan de fungerer som foreldre, og ved støtte til foreldrenes handlinger. Noen hadde ikke opplevd bekreftelse og oppmuntring fra helsesøster, men negativ, kritisk, upersonlig og vurderende kontakt. Foreldrene har generell tillit til helsesøsters kompetanse og erfaring. Hun må være tydelig, men ikke prakke sine meninger på dem.

*Foreldrene ønsker at helsesøster skal lytte og se både dem og barnet, formidle trygghet, vise respekt og tro på deres ressurser.*

Alle spørsmål må tas alvorlig. De fleste ønsker en personlig relasjon før de er tilgjengelige for helsesøsters kompetanse. Helsesøster må være ærlig og modig mente noen.

*Hjemmebesøket ga god hjelp.*

*Konsultasjonene er helsesøsters ansvar. Hun oppleves å kontrollere barns oppvekst og foreldrenes omsorg.*

Noen foreldre forteller ikke alt, de er redde for vurdering og kritikk.

Hvis kontakten er god, opplevde foreldrene at det (nesten alltid) blir tid til deres behov.

Konsultasjonene ble opplevd negativt hvis de ikke hadde god kontakt. Informasjonen fra helsesøster var ikke alltid relevant.

## **6.2. Drøfting av funn**

I dette kapitlet vil funnene presentert i kapittel 6.1, belyses og drøftes. Funnene drøftes i lys av Banduras (1977, 1992) sosiale kognitive teori og "self-efficacy"-teori, Lazarus og Folkmans (1984) mestringsteori og annen teori presentert i oppgaven. Diskusjonen er organisert ut fra studiens forskningsspørsmål. Kapitlet har som hovedtemaer *Den store omveltningen, Faktorer som påvirker foreldrerollen, Foreldrenes støttesystemer og Støtte fra helsestasjonen.*



### **6.2.1 Den store omveltningen**

Et ventet funn var foreldrenes beskrivelser av det første året av barnets liv som en stor omveltning, med usikkerhet og sårbarhet. Det bekreftes av Brudal (2000), å bli foreldre er en forandringsprosess som overskrider ressursene man har til rådighet. Det er en livskrise som gir nye muligheter og store utfordringer (Erikson 1968). Foreldrenes utsagn kan tolkes i tråd med dette. De visste ikke helt hva de gikk til, hva som ble forventet, og om de ville klare det.

Foreldrerollen er en sosial rolle man skal tilegne seg, i løpet av 3 til 8 måneder (Mercer 1984). Flere foreldre beskrev at de første ukene og månedene var slitsomme. I ulike studier har mødre identifisert faktorer som påvirker dem som nybakte mødre: fysisk trøtthet, avbrutt søvn, uro for barnets helse og trivsel, og praktiske oppgaver som mating, søvn og stell (Warren 2005). Dette er i tråd med funn i min undersøkelse. Foreldrene uttrykte spesielt at lite søvn, ammeproblemer og uro for barnet påvirket dem.

Barna var mer enn ett år da intervjuene fant sted, og de fleste sa at de nå opplevde at gledene oversteget vanskene. Min tolkning er at dette tyder på at foreldrene hadde vokst inn i foreldrerollen. Men det er usikkert om intervjuene gir grunnlag for å trekke denne konklusjonen, fordi foreldrene fortalte fritt om positive og negative opplevelser det første året uten å fokusere spesielt på egen trygghet. Det ble heller ikke beskrevet et tidspunkt prosessen var sluttført, det var mer avhengig av når de vanskelige fasene var overstått.

### **6.2.2 Faktorer som påvirket utvikling av foreldrerollen**

#### **Mors alder**

Cronins studie (2003) om unge, førstegangsfødende mødre er i tråd med funn i denne undersøkelsen, selv om datagrunnlaget er lite. Cronin fant at unge mødre kan ha større vansker med å tilpasse seg morsrollen enn eldre. Prosessen var lettere med støtte fra barnefar og egen mor. Egen mor var den viktigste kilden til sosial støtte. De ønsket kontakt med andre unge mødre. Men Mercers funn (1985) samsvarer ikke med dette, han fant at utviklingen av morsrollen ikke var avhengig av mors alder. Det kan tyde på at støtte fra barnefaren også er en viktig faktor.

En ung mor i min studie som var alene om omsorgen, syntes at omsorgen for barnet fremdeles var slitsom. En annen hadde mye støtte fra barnefaren, og syntes det gikk bra. Begge opplevde egen mor som en viktig støtte, men hadde ambivalens til forholdet. De unge mødrene i denne studien søkte i mindre grad støtte fra helsesøster enn de eldre mødrene.

### **Barnet**

Forskning viser at barnets temperament og aktivitet kan påvirke foreldrenes opplevelse av mestring (Tarkka fl. 1999, 2000, Helseth 2000), og behovet for sosial støtte (Wickberg 2000). Dette støttes av funnene i min studie. Foreldre med urolige barn uttrykte tvil om egen kompetanse. Andre med rolige barn sa at alle kunne se at barnet hadde det bra, og det bekreftet at de gjorde en god jobb.

### **Følelser og tro på seg selv**

Ifølge Bandura (1997) påvirker følelsesmessig tilstand i en situasjon hvordan den tolkes. Tvilen på seg selv som flere foreldre i min studie beskrev, kan være en tolkning av følelser av trøtthet og spenning. Situasjonen ble tolket negativt, slik at foreldrene tvilte på om de kunne mestre situasjonen. Foreldre som opplevde å ha rolige barn, tolket situasjonen positivt og troen på at de kunne mestre omsorgen ble styrket. Slik kom de inn i positive og negative sirkler.

”Self- efficacy” er ifølge Bandura (1977) viktig for mestring. Foreldrerollen utvikles i samspill mellom troen på at man klarer nye utfordringer generelt, og ulike oppgaver knyttet til omsorg for barnet spesifikt, sammen med tidligere erfaringer, egenskaper ved barnet og påvirkning fra miljøet rundt. Tidligere erfaringer anses som viktigst. Derfor er førstegangsforeldre mest sårbare, spesielt de første månedene. I Banduras teori vektlegges erfaring som en forutsetning for at ”self- efficacy” kan påvirke atferd. Ifølge Bandura ville lav ”self- efficacy” føre til mindre anstrengelser for å møte barnets behov. Dette stemmer ikke med funnene i denne studien. Foreldrene var aktive for å finne løsninger for at barnet skal trives, selv om de var usikre. De leste, søkte på nettet, snakket med venner og familie, og kontaktet helsestasjonen. Helseth (2001) viste at dette også gjelder foreldres omsorg for barn med kolikk. Det ser ut til at en mer hensiktsmessig forklaringsmodell for denne atferden er Lazarus og Folkmans mestringsteori der barnets verdi for foreldrene og ansvaret for dets velvære påvirker foreldrenes atferd slik at de aktivt søker å løse vanskene. Men i følge Bandura (1977) består ”self- efficacy” – vurderingen av egne muligheter

for å mestre, og forventninger om resultat. Resultatforventningene vurderes i lys av sosiale, følelsesmessige og fysiske konsekvenser. Resultatforventningene kan tenkes å bety mer enn erfaring når foreldre opplever en vanskelig situasjon knyttet til omsorgen for barnet sitt. Målet med anstrengelsene er en bedring av tilstanden for barnet, noe som kan være en sterk motivasjonsfaktor. Barnets velvære betyr svært mye for foreldrene, og konsekvensene av deres omsorgsattferd vurderes både av dem selv og andre.

### **Å lykkes med oppgavene**

Ifølge Bandura (1977) er tidligere mestringserfaringer den viktigste kilden til "self-efficacy"-vurderingen. Når foreldrene lykkes med ulike oppgaver knyttet til barneomsorgen, gir det styrke til å klare nye vansker.

Mødrene i denne masterstudien som ikke hadde lyktes med ammingen, visste at amming var det beste for barnet. De hadde forventninger om å lykkes, og ønsket at helsesøster skulle støtte dem da de sluttet. Men de forventet ikke støtte. Morsrollen utvikles, ifølge Mercer (1984), av at mor opplever en sammenheng mellom hennes, og andres forventninger og oppfatninger av henne som mor. Den generelle oppfatningen idag er at å amme barnet lengst mulig er en viktig del av morsrollen. Mødre forventes å jobbe hardt for å få det til. Kritikken mødrene i studien forventet fra omgivelsene når de ikke lyktes, kan det se ut til at de utsatte seg selv for.

I helsesøsters veiledning av mødre er det viktig å motivere til fortsatt amming når de opplever vansker. Men hvis mor synes situasjonen er belastende bør dette få komme fram i veiledningen og bli bekreftet, og ulike valgmuligheter bør skisseres. Foreldrene har behov for å bli støttet i valgene de gjør, særlig når temaet er så verdiladet som amming.

### **Gode ferdigheter**

I nyfødtp perioden var det flere som strevde med ammingen, og de var usikre på barnets behov. Ifølge Bandura (1995) er det en sammenheng mellom "self-efficacy" og det å ha ferdighetene som trengs i situasjonen. I nyfødtp perioden spesielt er det mange nye oppgaver når det gjelder stellet av barnet, og det er ikke nok å vite hvordan man skal utføre dem. Man må også ha tillit til at man kan få det til. Forskning viser at støtte til foreldre i denne fasen påvirker troen på at de kan mestre oppgavene. Nybakte mødre skrives ut fra sykehuset 1-3 dager etter fødselen i de fleste

vestlige land, og individuell oppfølging er viktig i denne fasen (Warren 2005). Funnene i min studie samsvarer med dette, foreldrene uttrykte behov for tett oppfølging de første dagene etter fødselen av fagfolk de har tillit til.

### **Mors- og farsrollen**

Kjønnsforskjeller i opplevelser knyttet til mors- og farsrollen har fått mindre fokus enn ønsket i denne studien. Ifølge Brudal (2000) opplever begge foreldre en følelsesmessig omveltning når det første barnet kommer, og skal tilpasse seg en ny rolle. Denne studien gir ikke grunnlag for å si noe om dette.

Dagens fedre deltar mer aktivt i omsorgen for sine barn enn tidligere generasjoner fedre. I denne studien deltok seks mødre og en far. Fedrene var med ved mange av konsultasjonene ved helsestasjonen, spesielt i spebarnsfasen. Det varierte hvordan mødre omtalte barnefaren i intervjuene. Fedrenes rolle i barneomsorgen så ut til å variere, fra å være sterkt involvert til en mer passiv deltaker. Helseth (2001) fant at mor og far benyttet ulike mestringsstrategier ved kolikk, og far hadde mest fokus på mor og barn. Far var en ressurs for mor fordi hun trengte mer følelsesmessig støtte enn ham. Et godt samarbeid mellom foreldrene var viktig. Dette forteller også mødre i min studie om.

Mors perspektiv har vært mest fremtredende i datamaterialet, og forskerens for forståelse om omsorg for barn kan være påvirket av "gamle" holdninger om mor som den viktigste omsorgspersonen det første året og far som en mer passiv deltaker. Tidligere forskning om foreldrerollen som ble funnet i kunnskapsoppsummeringen, hadde overveiende fokus på mors rolle. Tolkning av funnene kan være preget av dette.

### **Følelse av kontroll**

Ifølge Lazarus og Folkmans mestringssteori (1984) gjør vi en kognitiv vurdering i møte med stressfaktorer og velger atferd ut fra dette. Å få det første barnet skaper stress, det er en mer eller mindre uforutsigbar situasjon. Det oppleves vanskelig å håndtere situasjoner som en ikke har kontroll over, og stresset øker. Foreldrene i min studie beskrev usikkerheten og stresset de følte i nyfødtp perioden. Bandura (1995, 1997) beskriver hvordan mengde stress påvirker foreldrerollen.

Å ha hjelp og støtte tilgjengelig kan være med og øke kontrollen, og helsestasjonen kan ha en viktig rolle ved å signalisere at de har ”åpen dør og lav terskel”.

Å oppleve kontroll ser Lazarus og Folkman (1984) som en tro på egne muligheter til å nå de mål man setter seg. De ser den som todelt: en generell tro på kontroll og en spesifikk tro knyttet til en spesifikk hendelse. Den spesifikke vil være i utvikling. Dette samsvarer med Banduras generelle og spesifikke tro på egen kompetanse og ressurser. I min studie fortalte flere foreldre at de, når barnet var ett år gammelt, opplevde en større sikkerhet og kompetanse. De mer generelle oppfatningene de har av seg selv, gir ikke funnene grunnlag for å si noe om.

### **Mestringsstrategier**

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) velges ulike mestringsstrategier i møte med utfordringer, problemfokuset eller følelsesfokuset mestring. Foreldrene i denne studien benyttet begge disse strategiene. De fortalte at de aktivt søkte informasjon og råd for å løse konkrete problemer, noe som tilsier at de brukte problemfokuset strategi. Noen foreldre brukte slike strategier mest, og søkte følelsesmessig støtte og akseptasjon i mindre grad. Andre brukte mer følelsesfokusede strategier, de hadde gjerne større behov for bekreftelse av egen rolle som foreldre og på oppdragelsen av barnet. Ifølge mestringsteorien velges oftest følelsesfokusede strategier når situasjonen er uklar. Foreldre i studien som opplevde perioder med uforutsigbare omsorgssituasjoner, fortalte at de hadde stort behov for følelsesmessig støtte og bekreftelse.

#### **6.2.2.1 Sammenhengen mellom foreldres omsorg og barns helse**

Forskning viser hvordan foreldres omsorgsevne påvirker barnets helse og utvikling (Berntsson 2000, Thomlison og Craig 2005). Foreldrerollen utvikles i samspill med rollemodeller og ytre støttesystemer. Foreldrene påvirkes mest av personer som har størst betydning for dem (Bø 2000). Fokuset for denne studien er ikke primært foreldre som har risiko for å gi dårlig omsorg til barnet sitt. Men forskning viser at mors psykiske velvære er viktig for barnets helse, og påpeker betydningen av at helsesøster støtter alle foreldre i foreldrerollen. Støtten er spesielt viktig de første månedene (Tarkka fl. 1999, 2000).

Funnene i min studie viser foreldrenes sårbarhet i starten. Foreldrenes tro på egen mestring, opplevelse av stress, evne til å søke støtte og å løse problemer varierte. Deres sosiale støtteapparat var forskjellig. Foreldrene uttrykte at helsesøster bør være tilgjengelig, slik at de lett kan søke hjelp, og det antas at flere ønsket at hun skal fungere som en rollemodell. Helsesøster har en viktig primærforebyggende og helsefremmende funksjon overfor alle nybakte foreldre. Hun har en ekstra sekundærforebyggende oppgave i møte med foreldre med lite tro på egen mestring og lite støtte fra det uformelle nettverket, fordi dette kan utgjøre risikofaktorer for omsorgen de gir barnet.

### **6.2.3 Foreldrenes støttesystemer**

#### **6.2.3.1 Den sosiale støttenes betydning for utvikling av foreldrerollen**

I kapitlet over drøftes utviklingen av foreldrerollen hos førstegangsforeldrene. Støtte og hjelp fra det ytre miljøet er viktig i denne prosessen. Funnene i denne studien viser at den sosiale støtten har betydning for mestring av foreldrerollen. Det varierte hvilke kilder og typer sosial støtte foreldrene ønsket, og opplevde å motta. Dette støttes av forskning som det er vist til tidligere i oppgaven (Børjesson, Paperin, Lindell 2003, Cronenwett, 1985, Warren, 2005, Tarkka fl., 1999, 2000, Wickberg, 2000).

#### **6.2.3.2 Foreldrenes kilder til og typer sosial støtte**

Foreldrene i denne studien nevnte barnefar, familie, fødeavdeling og helsestasjon, og spesielt helsesøster, som viktige kilder til sosial støtte. Kildene som foreldrene benyttet var avhengig av hvem de hadde tillit til og av nettverkets størrelse og tilgjengelighet. Det var stor forskjell i foreldrenes sosiale nettverk, noen hadde lite kjente og familie i nærheten, og andre hadde mye familie og vennenettverk med barn i samme alder rundt seg.

Cronenwett (1985) fant at spesielt kvinner hadde mest behov for følelsesmessig og anerkjennende støtte. Funnene i min studien viser ikke dette spesifikt. Dette kan ha med metodevalg å gjøre. Foreldrenes opplevelser var i fokus, og de ble ikke oppfordret til å fremheve en type støtte framfor en annen. Men noen av mødrene fortalte engasjert om situasjoner der de

hadde fått følelsesmessig og anerkjennende støtte. Noen foreldre uttrykte at de primært ønsket å bruke helsestasjonen til å følge opp barnets vekst og utvikling, og søkte ikke støtte utover det. Dette kan tolkes som at de brukte mest problemløsende strategier eller fikk støtten de trengte fra andre. Flere sa det var godt å møte forståelse og varme fra andre den første tiden, spesielt fra andre personer som betydde noe for dem. Det ga følelsesmessig støtte. Dette samsvarer med Banduras funn (1997, 1995).

Det trengs en viss sosial kompetanse for å kunne søke og ta imot støtte (Langford fl. 1997). Funnene tyder på at det var vanskelig for noen av informantene å ha tillit til at det var hjelp å få, og å uttrykke behov for det. Andre ga uttrykk for de hadde kompetanse i å søke hjelp når de trengte det.

### **Faren er viktigst**

Den viktigste kilden til sosial støtte for mødrene i studien var barnefaren. Den praktiske hjelpen, fellesskapet og tryggheten ved å være to ble fremhevet. Tarkka (1999, 2000) så en sammenheng, spesielt mellom vellykket amming og bekreftelse fra nettverket, særlig fra faren. I min studie uttrykte de mødrene som hadde sluttet å amme tidlig at de fikk mindre støtte fra barnefaren enn andre informanter beskrev. Flere informanter beskrev den praktiske avlastningen fra far, og at han deltok aktivt i omsorgen for barnet. De beskrev i mindre grad bekreftelse; sosial støtte som handler om anerkjennelse og verbal godkjenning av handlinger. Støtten de beskrev fra barnefaren handlet mest om følelsesmessig og instrumentell støtte. Dette er i tråd med Langford m.fl.(1997) som viste at følelsesmessig støtte er den viktigste for mange, og at det var fra partneren de opplevde det mest.

Foreldrene i studien sa det hadde vært positivt at faren fikk anerkjennelse av helsesøster, for at han var viktig for barnet og for mor. Dette er i tråd med anbefalinger for helsesøsters tilnærming (Tarkka fl. 1999, 2000). Det kan være krevende å ikke ha barnefaren som støtte i denne fasen, og det stiller større krav til nettverket ellers. Det viste datamaterialet i studien også.

### **Mormor og annen familie**

Spesielt mors mor ble fremhevet som en viktig kilde mest til praktisk hjelp og råd. Støtten fra mormor hadde både positive og negative elementer, noe som bekreftes av annen forskning (Warren 2005). Men foreldrene søkte støtte både hos mor, helsesøster og venner. Det kan se ut til

at mødrene som ikke hadde støtte fra egen mor, og heller ikke hadde mange venner med barn i nærheten, opplevde helsesøster som mer viktig når det gjaldt støtte. Men dette var avhengig av tilliten de hadde til henne. Funnene viste at nettverket til flere av foreldrene endret seg det første året, de var mer sammen med familie og andre foreldre med barn, noe som støttes av annen forskning (Cronenwett 1985).

### **Kontakt med fødeavdelingen etter utskrivning**

Et uventet funn var fødeavdelingens betydning. Mange foreldre ringte dit for å få råd, og flere reiste inn for samtale de første dagene etter hjemkomsten. Det gikk for lang tid før de fikk kontakt med helsesøster. Det er grunn til å tro at foreldrene hadde opplevd mindre usikkerhet, og kommet bedre igang med ammingen, hvis det ble gitt tidligere oppfølging fra helsestasjonen. Det anbefales telefonkontakt de aller første dagene, noe som ble nevnt av foreldre. Det ser ut til at rutine for oppfølging fra helsestasjonen ikke tar hensyn til sykehusets tidlige utskrivelsesprosedyrer. Dette omtales også i avisoppslag i Stavanger Aftenblad (Rein Bore, juni 2008) om at nybakte mødre sendes hjem så tidlig fra Stavanger Universitetssykehus at melkeproduksjonen ikke har kommet i gang. Ca. hver fjerde mor får problemer med ammingen, ifølge artikkelen. Et tiltak som iverksettes i ulike kommuner, er å dyktiggjøre helsesøstrene i amnehjelp. Tidlig utskrivning, kombinert med sen postgang, gjør at mor ofte er hjemme en stund før helsesøster kommer i kontakt med henne (ibid.).

### **Andre foreldre**

Andre foreldre var viktige. Denne kontakten kan gi økt "self-efficacy", ved å gi mulighet til å observere andre foreldre med kompetanse en selv ønsker, gi følelsesmessig støtte og tilhørighet og konkrete råd og informasjon (Bandura 1977). Å benytte seg av tilbud som "åpen kafé" og "åpen barnehage", som flere informanter gjorde, gir også slik støtte. Det kan være spesielt nyttig for foreldre som ikke har så stort nettverk. Foreldrene hadde forventninger om at gruppene på helsestasjonene kunne gi et positivt fellesskap. Slik de er organisert i dag, skjer ikke det for alle. Datamaterialet viser at mange brukte internett for å innhente kunnskap. Hvordan de valgte å innhente informasjon, var mest avhengig av tilliten de hadde til helsesøster og hvilken mestringsatferd de vanligvis hadde.



#### **6.2.4. Støtten fra helsestasjonen**

I dette kapitlet drøftes helsestasjonens tilbud, og spesielt helsesøsters sosiale støtte til foreldre. Kvaliteter i kontakten og tilnærmingen ses i lys av relevant teori. Avslutningsvis vil funnene drøftes i forhold til brukerperspektivet i helsestasjonstjenesten.

Helsestasjonen hadde en sterk posisjon hos foreldrene i denne masterstudien. Samtidig var ikke alle fornøyd med hjelpen de fikk hos helsesøster. Funnene bekreftes av brukerundersøkelsen på helsestasjonen i Sandnes i 2007, og større brukerundersøkelser i Norge. Helsestasjonen som institusjon er godt etablert, og har generell tillit i befolkningen (Misvær og Oftedal 2006). Foreldrene beskrev mange faktorer som til sammen utgjorde helhetsinntrykket av helsestasjonen. De ønsket at "deres" helsesøster skulle gi informasjon om tilbudet raskt etter fødselen. Langford fl. (1997) bekrefter at atmosfære, å føle seg trygg og bli kjent med personene gir best betingelser for at sosial støtte kan gis.

Foreldrene i denne studien hadde nytte av at helsesøster viste dem praktisk spebarnsstell og samspill. Dette kan ses som vikarierende erfaringer; å observere andre. Det er en kilde til å utvikle "self-efficacy". En mor opplevde det som god hjelp når helsesøster var rolig, og viste ulike måter å holde sønnen på når han gråt, samtidig som hun ga råd og informasjon.

##### **6.2.4.1 Konsultasjonene**

###### **Hjemmebesøk**

Ifølge § 2-3 i "Forskriften" (2003) skal tilbudet fra helsestasjonen omfatte hjemmebesøk. Alle foreldre til nyfødte barn skal få tilbud om dette, helst innen to uker etter fødsel. Formålet er å etablere tidlig kontakt, og å legge grunnlag for videre oppfølging. Begge foreldre bør være tilstede. Ifølge Fagerlund (2007) vurderes tilbudet positivt både av helsesøstre og mødre. Men det er lite faglig grunnlag for tiltaket. Det mangler forskningsbasert viten om familiens situasjon like etter utskrivelsen fra barselavdelingen ("Veileder til forskriften" 2004), og det fins få studier om hva foreldre mener, spesielt om det første møtet med helsesøster (Jansson fl 1998).

Hjemmebesøket er tidkrevende, men fordelene er flere. Foreldrene tar imot helsesøster på egen arena, noe som kan være med og skape en likeverdig relasjon. Det er en anledning for å bli kjent

med både far og eldre søsken. Det første møtet anses som viktig for å avklare forventninger, slik at foreldreveiledningen kan få gode vilkår (Tveiten 2007)

I denne studien ble hjemmebesøket vurdert positivt av foreldrene, spesielt de som hadde mye behov for veiledning. Ingen av foreldrene fortalte om negative erfaringer. Noen husket ikke besøket så godt, og sa det var fordi de ikke var helt seg selv de første ukene. For foreldre som var usikre var hjemmebesøket en mulighet til å etablere et tillitsforhold som ga dem anerkjennelse og bekreftelse. Funnene bekreftes av forskning (Børjesson fl. 2003, Jansson fl. 1998). Flere hadde en angst for "hjemmekontroll" som ikke ble bekreftet. Også foreldre som ikke utviklet en god relasjon med helsesøster senere, opplevde hjemmebesøket positivt. En mor sa det var positivt fordi hun ikke opplevde seg så vurdert da som på konsultasjonene senere. Det kan tyde på at konsultasjonene på helsestasjonen hadde et større aspekt av kontroll og vurdering, og at hun lettere fikk prestasjonsangst da.

Det antas at hjemmebesøket var med på å senke stressnivået mange opplevde, ved sosial støtte som bidro til økt kontroll. Helsesøster oppfordret foreldrene til å ta kontakt og komme innom ved behov, noe som gjorde det lettere å ta kontakt med "dumme" spørsmål. De fikk også bekreftelse og anerkjennelse som foreldre både ved positiv interesse for barnet og foreldrene, og tilbakemeldinger på omsorgen de ga. De fikk støtte ved råd og informasjon på spørsmålene de hadde.

### **De faste konsultasjonene**

Både hjemmebesøket og de faste konsultasjonene på helsestasjonen ble oppfattet som helsesøsters ansvar. Funnet støttes av forskning (Baggens 2002, Andrews 2006). Men flere foreldre i denne studien fortalte at de var aktive i konsultasjonene. Det kan tenkes at helsesøster og foreldrene hadde en gjensidig relasjon, og at det ble plass til foreldrenes perspektiv. En annen tolkning er at foreldrene tilpasset seg rammene og ubevisst inntok en passiv rolle. Disse foreldrene opplevde at deres behov fikk plass når, og hvis, det passet inn i helsesøsters program. Den gode relasjonen var tilstede selv om ytre faktorer satte rammer for kontakten.

Hvis foreldrene ikke hadde en god relasjon, var konsultasjonene mer preget av det profesjonelle møtet, og handlet om opplæring og punktene på programmet.

Barnekontroll er et uttrykk som fremdeles brukes om konsultasjonene på helsestasjonen. Barnets helse og utvikling skal kontrolleres, og helsestasjonen sitter med fasiten på hvordan barn skal oppdras. Foreldrene i studien tenkte på at de og barnet ble vurdert. Holdt de mål og utviklet barnet seg som det skulle? *Du er redd at de skal sitte med sånn pekefinger*, som en mor sa. Foreldre uttrykte overraskelse når antakelsene de hadde om kritikk, ikke ble bekreftet.

Et uventet funn i studien var foreldrenes opplevelse av gruppekonsultasjonene og hvordan de var organisert. De som hadde negative erfaringer fortalte at gruppen ikke ga trygghet og fellesskap. Gruppene ble ikke evaluert og foreldrene hadde ingen innflytelse på organiseringen. Hvis målsettingen med gruppene er å gi fellesskap med andre foreldre, er måloppnåelsen usikker. De fleste foreldrene ga uttrykk for at de ønsket å delta i en gruppe, hvis den fungerte godt. Det ble også uttrykt et behov for å bestemme selv om de ville delta i gruppe.

### **Konsultasjoner på foreldres initiativ**

Et overraskende funn var hvor viktig konsultasjonene på eget initiativ var for foreldrene. Det kan tenkes at deres rolle i samtalen da var en annen enn i de faste konsultasjonene, mer aktiv og likeverdig. De ønsket en åpen samtale ut fra sine behov. Dette støttes av andre studier ( Baggens 2002, Mitcheson, Cowley 2003). En mor ringte til helsesøster for å få råd når et problem oppsto, og søkte ikke sosial støtte i de faste konsultasjonene. Hun så konsultasjonene som helsesøsters ansvar. En annen grunn til at dette kom så tydelig fram kan være spørsmålsstillingen i intervjuet. Foreldrene ble spurt om når de ville ta kontakt med helsesøster, og deres beskrivelser kan derfor ubevisst ha blitt mer sentrert rundt verdien av konsultasjonene de selv tok initiativ til.

#### **6.2.4.2 Helsesøsters tilnærming**

Funnene viser at helsesøsters måte å tilnærme seg foreldrene på hadde stor betydning for kontakten, noe som ikke er overraskende. Ifølge Tveiten (2006) er det gjort lite forskning knyttet spesifikt til metoder for intervensjon i forebyggende arbeid, og i helsesøsters praksis. Men flere studier understreker viktigheten av kommunikasjon og dialog mellom foreldre og helsesøster.

”Veileder til forskriften” (2004) anbefaler at råd og veiledning på helsestasjonen er kunnskapsbasert, og i tråd med brukernes ressurser og utvikling.

Helsesøsters veiledning av brukere på helsestasjonen kan forklares som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess for å øke mestringskompetansen hos brukeren ved dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten 2007). Målet er at brukeren tar i bruk egne ressurser, får kontroll over situasjonen og opplever mestring. I Tveitens studie (2006) ble helsesøstre intervjuet om sin veiledningspraksis, og klientveiledning ble beskrevet å innebære informasjon, undervisning og å gi råd. Veiledningen ble påvirket av tilgjengelig tid, helsesøsters kompetanse og klientens evne til å ta imot veiledning. Å utføre veiledning er kompleks, og helsesøster har både en ekspertrolle og en kontrollfunksjon. Det kan være vanskelig å oppnå den likeverdighet, tillit og respekt som relasjonen bør være preget av. (ibid.)

Det ser ut til å det lett kan bli et misforhold mellom intensjonene for veiledningen og hva helsesøstrene mener bør ligge i den. Når helsesøster gir undervisning, råd og informasjon er hun ekspert. Dette kan være et hinder for likeverdighet og klientdeltakelse. Ifølge Tveiten (2007) må brukeren bli ”veiledbar”, for at reell veiledning kan skje. Dette innebærer at brukeren må bli bevisst sin rolle som aktiv og ekspert i eget liv. Helsesøster vil som en del av veiledningsprosessen gi råd og informasjon, hvis brukeren har behov for det. Dette samsvarer med funnene i min studie. Flere foreldre sa at de ønsket faglige råd og informasjon. Men en tolkning er at slik manglende ”veiledbarhet” også kan handle om mangel på tillit i relasjonen.

Helsesøster anbefales å følge et helsestasjonsprogram med faste tema. Hun skal gi bl.a. gi helseopplysning, som forklares som tiltak med sikte på å påvirke menneskers atferd og holdninger vedrørende ulike levevaner (Nordhuus og Ree 2002). I helsestasjonsprogrammet gis det detaljert oversikt over hva helseopplysningen skal inneholde. Et dilemma er at foreldrene kanskje ikke opplever informasjonen som relevant. Det fortalte foreldre om i min studie, informasjonen helsesøster ga var ikke alltid relevant.

Andrews (2006) mener at helsesøstre bruker ikke-styrende veiledning for at foreldrene skal komme fram til egne løsninger, og dermed mestre foreldrerollen. Hun kaller det en pedagogisk tilnærming, der profesjonelle har definert foreldrenes behov. I min studie ser det ut til at foreldre

som ønsker klare svar, stort sett opplever å få det. Mange foreldre beskrev samtaler, der helsesøsters tilnærming kan ses som ikke-styrende veiledning. Deres omsorgspraksis ble bekreftet som bra, men de fikk også tips om andre måter å gjøre det på. De opplevde at helsesøster satt med fasiten og så det som trygt. Men helsesøsters ekspertrolle kan også indirekte styre kommunikasjonen.

Foreldre ga eksempler på veiledning de oppfattet som verdiladet, der helsesøsters syn ble kommunisert mer eller mindre klart. En mor fortalte at helsesøster satte mange utropstegn etter ”ønsker ikke vaksiner” i helsekortet, og spurte gjentatte ganger, om hvorfor foreldrene ikke ville vaksinere barnet. Ifølge mor kommuniserte helsesøster på denne måten tydelig at hun syntes foreldrene burde vaksinere barnet. Det ble også beskrevet at det var temaer foreldrene ikke snakket med helsesøster om, fordi de var ”feil”. Helsesøsters holdninger om god barneomsorg ble formidlet på ulike måter. En mor fremhevet at helsesøster aldri dyttet råd på henne, men hadde en avslappet holdning som signaliserte støtte til at mors oppfatninger var rett. Det kan se ut til at denne veiledningen i mindre grad var preget av at helsesøster hadde definert mors behov.

#### **6.2.4.3 Støtten fra helsesøster**

Foreldrene i studien beskrev ønsker i møte med helsesøster. De ønsket råd, informasjon, bekreftelse og oppmuntring. Bekreftelse ble formidlet i rådgivning, ved positiv oppmerksomhet til barnet og positiv respons på foreldrefungeringen.

Forskning viser at kontakten med helsesøster har betydning for foreldre. Særlig for førstegangsfødende, og kontakten må være preget av en positiv relasjon og respekt. Dette kom også fram i min studie. De positive kvalitetene foreldrene beskrev at de ønsket i den personlige kontakten med helsesøster, var for flere av foreldrene grunnlaget for å kunne nyttiggjøre seg hennes faglige kompetanse. Dette samsvarer med funn i annen forskning ( Fagerskiold fl 2001, Normandale 2001). Men det kan se ut til at ikke alle tillit den personlige kontakten like stor vekt, selv om dette ikke ble klart uttrykt. Noen foreldre sa at det viktigste var å få klare svar på spørsmål. Helseth (2001) fant i sin studie at foreldrene måtte ha tillit både til helsesøsters faglige dyktighet, og til at hun hadde genuin interesse for dem og barnet. Helsesøstrene i hennes studie bygde sin tilnærming på at de hadde foreldrenes tillit, både faglig og personlig, de tok den

nærmest for gitt. Det var ikke alltid tilfellet. Som første trinn i en kontaktetablering må helsesøster ut fra dette presentere sin fagkunnskap tydelig, og vise empati og innlevelse i foreldrenes situasjon.

Datamaterialet viser at noen foreldre beskrev relasjonen til helsesøster som enten bare god eller bare dårlig. En måte å forstå dette på er at når relasjonen til helsesøster først var etablert, var oppfatningen av henne forholdsvis stabil. Hvordan de ble møtt av helsesøster i den første sårbare fasen påvirket relasjonen senere. Andre faktorer som personlig kjemi og foreldres selvoppfatning kan også spille inn når relasjonen ble etablert.

### **Den gode relasjonen**

Hva mener foreldrene er god kontakt? Noen av foreldrene i studien beskrev at kontakten med helsesøster hadde kvaliteter som ga dem en god følelse av at de og barnet var akseptert, og at de gjorde en god jobb som foreldre. De opplevde faglig og personlig tillit til helsesøster. Dette kan kalles den gode relasjonen. Noen opplevelser med spesielt gyldne øyeblikk av anerkjennelse og bekreftelse ble levende beskrevet.

Anerkjennende støtte fra helsesøster hadde hatt stor betydning for flere av foreldrene. Slik støtte som formidler tro på foreldrenes ressurser, og gir dem bekreftelse, har samme kvaliteter som den gode relasjonen. Helsesøster formidlet aksept, respekt, at de ble likt og fikk anerkjennelse av barnet og omsorgen de ga. Elementer av følelsesmessig støtte, som varme og omsorg, ble også beskrevet av noen som en del av den gode kontakten. Forskning bekrefter den følelsesmessige og anerkjennende støttenes positive betydning for mestring (Warren 2005, Langford m. fl.1997). Flere sa at de hadde mest behov for slik støtte den første tiden, og at dette avtok det første året. Dette støttes av annen forskning (Tarkka fl 1999, Mercer 1985).

Jeg tolker funnene i denne undersøkelsen slik at foreldrenes kontakt med helsesøster hadde ulike nivå og ulik styrke. De fleste benyttet det laveste nivået, de fulgte programmet og ønsket oppfølging av barnets vekst og utvikling. De kunne ha konkrete spørsmål de ønsket svar på. Her behøver ikke kontakten være svært personlig, men de må tillegge helsesøsters mening vekt og oppleve trygghet i relasjonen. Det samsvarer med problemfokuseret strategi (Lazarus og Folkman 1984). På et høyere nivå ble støtten de søkte mer personlig. De presenterte mer av seg selv,

følelser og frustrasjoner. De opplevde større trygghet i møtet og hadde forventninger om å bli møtt med følelsesmessig og anerkjennende støtte. Det samsvarer med følelsesmessig mestringsstrategi (ibid.). Det må understrekes at de lavere nivå ikke er mindre viktige enn de høyere. For mange av foreldrene var dette den naturlige kontakten med helsesøster. De kan ha andre kilder til følelsesmessig og anerkjennende støtte, eller opplever det ikke naturlig å ha en personlig relasjon med helsesøster. De kan ha etablert en trygg foreldrerolle. Men noen hadde lite kontakt med helsesøster fordi de ikke hadde tillit til henne.

Funnene viser at flere av foreldrene benyttet både følelsesfokusert og problemfokusert mestring når de hadde konkrete spørsmål de ønsket svar på. Foreldrene og helsesøster fant svar på spørsmålene sammen. Foreldrene fikk bekreftelse, og snakket om sin omsorgspraksis uten å få kritikk. Slik støtte bidrar til å øke foreldrenes kompetanse, ifølge Bandura (1977,1995). Foreldrene anstrenger seg mer når de har tro på at de kan lykkes i å gi en best mulig omsorg, og har større sjanse for å lykkes. Foreldrene fortalte at de hadde lyktes i å finne bedre metoder når det gjelder samspill, grensesetting, søvn, amming og kosthold. I forhold til målsetningene for helsestasjonens arbeid med barnefamilier, vil en slik relasjon mellom foreldre og helsesøster legge til rette for et godt forebyggende helsearbeid og ha en helsefremmende funksjon ("Forskriften" 2003). I forhold til de offisielle anbefalingene om brukermedvirkning i tjenesten, kan dette ses som en gjensidig relasjon bygd på respekt og tillit til hverandres kompetanse.

### **Når den gode relasjonen mangler**

Noen av foreldrene i studien beskrev negative elementer i relasjonen til helsesøster. Hvis helsesøster framsto upersonlig, vurderende og kritiserende, var grunnlaget for en god relasjon tilstede. Normandale (2001) viste at tillit i relasjonen var avhengig av likeverdighet, helsesøsters fokus på mødrenes behov og evne til å lytte. Hvis ikke dette var tilstede, opplevde mødrene tjenesten som kontroll. Dette stemmer med funnene i min studie. Noen foreldre opplevde at helsesøster viste en holdning som ikke var preget av respekt og likeverd. De opplevde ikke aksept for sine valg, og relasjonen ble påvirket negativt. Helsesøster har i egenskap av sin rolle makt til å definere god og dårlig omsorgspraksis. Hun representerer normen. Både vaksinerings, amming, og det å stimulere til aktivitet blir nevnt som områder der foreldre følte at de ikke levde opp til forventninger som ble stilt. Noen ganger uttrykte helsesøster mer eller mindre åpent at de ikke fulgte normen. Datamaterialet tyder på at slike negative forventninger gjorde seg mer gjeldende

hos foreldre som er usikre på om de klarer å leve opp til kriteriene for god foreldreatferd, og i større grad hos de yngste informantene. Det ser ut til at for noen av disse foreldrene var "self-efficacy" lav på grunn av stresset omsorgssituasjonen utløste, vansker med å tilpasse seg foreldrerollen, liten tro på egne ressurser og mangel på sosial støtte i det sosiale nettverket (Bandura 1977, Cronin 2003). Usikre foreldre kan ha en forventning om kritikk, og tolke kommunikasjonen med helsesøster i dette lyset. Dette kom fram i datamaterialet i min studie og bekreftes av annen forskning.

Foreldre som ikke hadde en god relasjon til helsesøster, beskrev dette som litt skammelig å snakke om. En mor sa at hun følte seg som dobbelt dårlig mor, fordi hun ikke fikk anerkjennelse fra helsesøster. Sosial støtte fra betydningsfulle personer, som oppleves å ha makt til å definere hva en god mor er, vil være en viktig faktor i utviklingen av "self-efficacy" som foreldre. Dette kan være ekstra viktig hvis man opplever å ha lav generell kompetanse, som er Banduras betegnelse på lave selvfølelse. Den spesifikke kompetansen knyttet til spebarnsomsorgen utvikles i takt med hvordan man mestrer de utfordringene man møter, og den evnen man har til å søke og ta imot støtte. Helsesøster har en unik sjans til å utvikle en god relasjon med usikre foreldre, ved å tilby flere konsultasjoner og sette av mer tid til å bli godt kjent for å øke tryggheten i relasjonen. Å oppleve at man mestrer utfordringene i omsorgen for barnet er den viktigste kilden til å øke "foreldre-efficacy" og gjør en mindre sårbar for nederlag senere (Bandura 1977). Hvis helsesøster er tilgjengelig, og tilbyr hjelp i den første sårbare tiden med barnet, vil foreldrenes muligheter for mestringsopplevelser kunne øke. Det vil påvirke omsorgen for barnet positivt.

#### **6.2.4.5 Brukerperspektivet i helsestasjonstjenesten**

Jeg mener at brukerperspektivet har en plass som et overordnet mål for relasjonen mellom foreldre og helsesøster i helsestasjonen, og vil argumentere for dette. Samtidig viser datamaterialet i studien og annen forskning at målet ikke alltid nås i helsesøstertjenesten.

Plattformen som tanken om brukermedvirkning og brukerperspektiv i helse- og sosialfeltet bygger på, er demokratiske verdier som likeverd, rett til medbestemmelse og et autonomt liv. Medvirkningen har som formål at brukerens perspektiv skal bli et felles anliggende og gi intersubjektiv forståelse. Retten til å bestemme over eget liv kan også innebære retten til ikke å



medvirke. Det kan beskrives ulike grader av medvirkning, etter hvor mye kontroll og makt de ulike partene har i relasjonen. Dette handler også om hvor mye kontroll brukeren opplever å ha i eget liv (Humerfelt 2005). Dette har likhetspunkter med Tveitens (2006) begrep ”veiledbarhet”, som handler om at foreldrene ikke alltid er bevisst egne ressurser. De velger en passiv rolle og lar helsesøster være ekspert i relasjonen.

Ifølge de offisielle anbefalingene til helsestasjonstjenesten skal helsesøster ha et brukerperspektiv i kontakten med foreldrene, det skal tilstrebtes en gjensidig relasjon bygd på tillit. Sammen med kontrollfunksjonen og et formalisert program for kontakten har helsesøster en kompleks rolle som gir mange utfordringer. Brukerperspektivet bygger på et menneskesyn som tar utgangspunkt i at ethvert menneske har krav på respekt for sin selvbestemmelsesrett. Foreldre og helsesøster er samarbeidspartnere med barnets beste som felles mål. I følge lovverket har foreldrene det primære ansvar for barnet, men det offentlige har også et ansvar for å bidra til at barn ivaretas på en god måte. (Glavin og Erdal 2007)

Kvarme (2007) mener at brukerperspektivet har sin selvfølgelig plass i det helsefremmende arbeidet, for å øke kvaliteten på helsesøstertjenesten og brukerens innflytelse på egen livssituasjon. Andrews (2002) stiller spørsmål ved om brukerperspektiv som ideologisk plattform passer i helsestasjonsarbeidet, og mener foreldre etterspør ekspertråd og helsesøsters faglige kompetanse. Funnene i min studie tyder på at anerkjennende og følelsesmessig støtte i den gode relasjonen oppleves viktig for flere av foreldrene, i kombinasjon med helsesøsters ekspertrolle. Men det gjelder ikke alle foreldrene.

I helsestasjonstjenesten er foreldre friske personer som benytter et ”frivillig”, gratis tilbud for å øke egen mestring og fremme helsen til sine barn. De har i utgangspunktet relativt mye makt og autonomi i relasjonen, og brukerperspektivet burde ha gode vilkår. Men i denne studien uttrykte førstegangsforeldre manglende kontroll i begynnelsen. De hadde behov for støtte for å mestre omsorgen for barnet. De var sårbare for kritikk og redde for at barnet ikke hadde det bra. De ønsket at helsesøster skulle gi ekspertråd for å bli tryggere på at de gjorde det rette. De valgte selv å overlate noe av makten til helsesøster i relasjonen. Samtidig ønsket de en personlig kontakt der likeverdighet formidles. Hvis slik kontakt ikke var tilstede ble kontakten opplevd negativ.

Helsesøster er offentlig ansatt for å ivareta og fremme barns helse. Når foreldre kommer til de formelle konsultasjonene er hun en representant for myndighetene. Helsestasjonen er helsesøsters arena og innholdet i konsultasjonene er fastsatt. Helsesøster har mer makt i relasjonen enn foreldrene. Både foreldrene i studien og andre ser helsestasjonen som en viktig arena for barns helse og velbefinnende. Helsesøster er barnas talsperson. Andrews (2004) mener at kontrollfunksjonen ikke kommuniseres åpent. Foreldrene i min studie uttrykte at de vet om, og er bevisst overvåkingsfunksjonen, selv om den ikke snakkes om.

Foreldrene opplevde lite medbestemmelse over tilbudet, bare en mor opplevde at helsesøster formidlet at hun kunne bestemme hvilken helsesøster hun ville gå til. Dette kan tolkes som et uttrykk for manglende brukermedvirkning i organiseringen av tilbudet. Spesielt når det gjelder gruppekonsultasjonene, kan det se ut til at det ikke ble tatt hensyn til foreldrenes perspektiv. Foreldrene innvirket i liten grad, men den enkelte helsesøster har heller ikke mye innflytelse på organiseringen av tjenesten. Dette kan være en medvirkende årsak til at fleksibilitet i helsestasjonstilbudet ikke formidles til foreldrene i større grad.

Brukerperspektivet er en aktiv verdi i helsesøsters tilnærming, hun ønsker å formidle respekt og empati. Ifølge Helseth (2001) er ikke alltid helsesøster klar over at hun ikke lykkes med å formidle dette. En konklusjon i Tveitens (2006) studie var at helsesøstre trenger veiledningskompetanse. Dette støtter jeg. Det er krevende å balansere de ulike krav i helsesøsterrollen på en god måte, og god vilje er ikke alltid nok.

Jeg mener at brukerperspektivet er nyttig som ideal, og som en mal helsesøster kan evaluere sin praksis i forhold til. Helsesøsters tilnærming skal bygge på å fremme helse og mestring hos foreldre og barn. Men det er sprik mellom ideal og virkelighet, og det oppnås ikke alltid en gjensidig relasjon med foreldrene. Men som oppgaven viser, det ser ut til at helsesøster bidrar til å styrke mestring av foreldrerollen for mange foreldre, noe som kan bidra til større mestring. Brukerperspektivet er en verdi som trer fram i mye av helsesøsters praksis.

## **7. Oppsummering og konklusjon**

Hensikten med studien har vært å bidra til økt kunnskap om foreldres behov for sosial støtte og hvordan helsesøster bidrar til at de opplever mestring som foreldre i barnets første leveår. Studien har bekreftet noen antakelser, men funnene har også gitt overraskelser og ny innsikt. Noen områder er relativt grundig beskrevet og drøftet, og andre har fått mindre fokus. Det er framkommet funn som det anbefales å utvikle videre kunnskap om, og funn som bør få konsekvenser for helsesøsterpraksis. Noen bastante konklusjoner vil jeg være forsiktig med å trekke, datamaterialet er et resultat av ett intervju med hver av informantene og gjennomføringen og analysen av dem, er gjort i lys av min for forståelse.

Følgende spørsmål ble stilt:

*På hvilken måte opplever førstegangsførelde i barnets første leveår at helsesøster gir sosial støtte som bidrar til å styrke mestring av foreldrerollen?*

Spørsmålet har relevans. Å styrke mestring av foreldrerollen er et av hovedmålene for helsesøstertjenesten, og det er gjort få studier av foreldres opplevelser og behov i møte med helsesøster. Helsesøstertjenesten i Sandnes kommune ønsket å belyse praksis i helsestasjonens tilnærming til barn mellom 0-5 år, for å tilpasse tilbudene til målgruppen på en best mulig måte.

Det er benyttet en kvalitativ metode. Syv foreldres opplevelser og erfaringer er beskrevet i seks halvstrukturerte forskningsintervjuer som utgjorde datamaterialet. Det framkom forskjellige fortellinger og fenomenene er belyst fra ulike synsvinkler. Dette viser noe av mangfoldet i foreldregruppen helsesøster tilbyr sin kompetanse til. Intervjuene handlet om foreldrenes historier fra kontakten med helsesøster og deres ønsker for kontakten.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene for studien og på bakgrunn av funnene som er gjort, kan følgende oppsummeres;

### *Hvilke behov for sosial støtte hadde foreldrene det første året?*

Førstegangsforeldrene hadde et økt behov for sosial støtte det første året, spesielt de første månedene. De hadde ulike behov når det gjaldt type, kilde og styrke på støtten. De som opplevde ekstra utfordringer knyttet til omsorgen for barnet hadde stort behov for sosial støtte. Alle opplevde å ha behov for praktisk hjelp og avlastning, råd og informasjon. Noen foreldre framhevet at følelsesmessig og anerkjennende støtte var viktig for å gi større trygghet i foreldrerollen. Lett tilgjengelig støtte var viktig.

### *Hvem fikk foreldre støtte fra, og hvilke typer sosial støtte fikk de?*

Mødrene fikk viktigst støtte fra barnefar, som ga mest praktisk og følelsesmessig støtte. Mormor hadde en viktig rolle, hun ga mest praktisk hjelp og råd. De fikk råd og følelsesmessig støtte i samvær med andre foreldre. Fødeavdelingen ga råd og informasjon de første dagene etter hjemkomsten, og foreldrene ønsket tidligere støtte fra helsestasjonen.

Alle foreldrene opplevde sosial støtte fra helsesøster, men all støtten var ikke positiv. Alle fikk informasjon, råd og faglig vurdering av barnets helsetilstand. Noen foreldre opplevde å få følelsesmessig og anerkjennende støtte i stor grad, andre i mindre grad og noen ikke i det hele tatt. Dette er funn som viser nødvendigheten av å belyse faktorer i kontakten som kan virke negativt for foreldrene.

### *Hvordan opplevde foreldrene tilbudet på helsestasjonen?*

Foreldrene hadde tillit til tjenesten generelt. Alle uttrykte at helsestasjonen kontrollerte barns oppvekstforhold og helse, og foreldrenes omsorg. Noen opplevde deler av denne vurderingen negativt. Foreldrene ønsket at helsestasjonen skulle være en møteplass i større grad enn de opplevde.

### *På hvilke måter opplevde foreldrene å få hjelp av helsesøster?*

Helsesøster ga god hjelp på hjemmebesøket. Hun ga faglige råd, og flere opplevde følelsesmessig støtte og anerkjennelse. De opplevde praktisk støtte og informasjon ved telefonhenvendelser og i konsultasjoner. De fikk oppfølging av barnets vekst og utvikling. Flere opplevde at helsesøster ga oppmuntring og bekreftelse på at de gjorde en god jobb og at barnets utvikling var god. Farens

rolle overfor mor og barn ble fremhevet som viktig. De faste konsultasjonene var helsesøsters ansvar. Når foreldrene tok initiativ til samtale ble dette opplevd som mer rettet mot deres behov.

#### *Hvilke kjennetegn har støttende kontakt fra helsesøster?*

Foreldrene hadde behov for støttende kontakt av ulik type og styrke. Alle uttrykte at de ønsket at helsesøster skulle formidle fagkunnskap, respekt, og likeverdighet. De ønsket at hun lyttet og viste interesse for dem og barnet, hadde innlevelse i deres situasjon, og tilpasset tilbudet etter deres behov. Dette var spesielt viktig den første tiden. Noen ønsket primært å få svar på konkrete spørsmål, vaksiner og oppfølging av vekst og utvikling. Slik støtte økte følelsen av kontroll. Andre foreldre ønsket og opplevde en mer personlig kontakt, og søkte følelsesmessig og anerkjennende støtte. Helsesøster formidlet anerkjennelse til foreldrene, tro på deres ressurser og varme og omsorg. Slik personlig støtte hadde betydning for foreldrenes mestring.

### **7.1 Konsekvenser for praksis og forskning**

#### **Konsekvenser for helsesøsters praksis**

Helsesøster er en viktig person for nybakte førstegangsforeldre. Ved å gi ulike typer sosial støtte kan hun påvirke foreldrenes mestring positivt, spesielt ved å gi anerkjennelse og bekreftelse til foreldre og barn. Hun regnes som ekspert på barn, slik at hennes tilbakemeldinger tillegges stor vekt. Det er viktig at helsesøster oppretter en personlig kontakt med førstegangsforeldre raskt etter fødselen, og at hjemmebesøket blir en positivt opplevelse. Det bør utvikles bedre samarbeidsrutiner med sykehuset, slik at helsestasjonen kan få tidligere beskjed etter utskrivelse. Det er viktig å formidle at foreldrene kan ta kontakt når de selv vil, fordi dette kan øke følelsen av kontroll over situasjonen.

Det er mange faktorer som påvirker foreldrenes vurdering av egne muligheter til å gi barnet god omsorg. Å oppleve at de lykkes med omsorgsoppgavene og får bekreftelse på dette er viktig. Når foreldrene har ulike problemer knyttet til omsorgen for barnet, har de ekstra stort behov for følelsesmessig støtte og bekreftelse. Det anbefales å gi tidlig støtte til å mestre vansker som oppstår og å formidle tro på foreldrenes ressurser. Å kartlegge ressursene de har tilgjengelig i det ytre miljøet og tilpasse tilbudet etter foreldrenes individuelle behov anbefales. Helsesøster må

fortsette å inkludere far, og fremheve hans rolle. Det er en belastning å ikke ha en støttende partner, og behovet for annen støtte er da viktigere. Det anbefales at helsesøster i sin tilnærming til mødre som er alene om omsorgen, er spesielt opptatt av å opprette en god relasjon, gi tettere oppfølging, og mer følelsesmessig og anerkjennende støtte.

Foreldre har en tendens til å benytte ulike strategier for å mestre utfordringer, uten at dette behøver å ha sammenheng med helsesøsters tilnærming og relasjonen mellom foreldre og helsesøster. Noen ønsker mest praktiske råd og informasjon, mens andre søker mer følelsesmessig støtte. Tilbudet ved helsestasjonen bør være fleksibelt. I og med at foreldre har så ulike behov bør tilbudet tilpasses den enkelte i større grad, både når det gjelder form, hyppighet, innhold og varighet på konsultasjonene. Både rammefaktorer og relasjonelle faktorer ved tilbudet bør drøftes og evalueres med foreldrene. Råd og informasjon har størst verdi for foreldrene når de selv etterspør det. Derfor er det viktig at helsesøster er tilgjengelig på telefon, og kan gi ekstrakonsultasjoner når foreldrene ønsker det.

Foreldrenes evne til å søke hjelp henger ikke alltid sammen med behovene deres, og deres forventninger om å bli vurdert negativt kan vanskeliggjøre kontakten. Mange er sårbare og redde for at de ikke skal mestre omsorgen for barnet. De kan mangle tro på at de kan mestre utfordringene, selv om de utfører det praktiske stellet av barnet på en god måte. Her er helsesøsters bekreftelse og følelsesmessige støtte viktig. Helsesøster bør skissere alternativer til amming hvis foreldrene opplever problemer med ammingen, og støtte valgene de gjør.

Gruppekonsultasjonene bør tilpasses foreldrenes behov i større grad. En måte å fremme kontakten mellom foreldre er større frivillige temasamlinger hvor det sosiale gis plass, for å styrke nettverket for foreldrene. Foreldrene kan da velge å delta ut fra egne behov i større grad.

Veiledning og kommunikasjon er kompleks. Helsesøster har mange motstridende oppgaver og krav fra myndigheter, foreldre og eget fagmiljø. Foreldrene ønsker tilgang på helsesøsters fagkunnskap, sammen med varme og en gjensidig relasjon. Mange foreldre har opplevd nettopp dette og har hatt stor nytte av kontakten med helsesøster. Men funnene i denne studien viser at noen foreldre opplever kritikk og negative vurderinger fra helsesøster. Dette bidrar ikke positivt til deres mestring. Foreldrene opplever ikke alltid å få relevant hjelp selv om helsesøster har en

intensjon om å gi det. Det bør legges tilrette for at helsesøster får anledning til å reflektere over egen veiledningspraksis.

### **Konsekvenser for forskning**

Denne studien har vist foreldrenes ulike ønsker og behov for sosial støtte, og det komplekse samspillet mellom atferd, og ytre og indre miljø. Den kvalitative tilnærmingen har gitt anledning for å utforske foreldrenes erfaringer og opplevelser. Men det er områder det vil være interessant å utvikle mer kunnskap om. Det er gjort lite kvalitativ forskning om helsesøsters møte med mennesker. Ifølge Glavin (2007) må metodene som anvendes i helsesøstertjenesten begrunnes faglig og evalueres.

Denne masteroppgaven har belyst foreldres mestring av foreldrerollen ved hjelp av "self-efficacy"-teori og mestringsteori, sammen med sosial støtte, som en mulig teoretiske ramme. Andre teoretiske rammer ville gitt en annen forståelse. Kvalitativ tilnærming er ikke hensiktsmessig for å belyse sammenhengene mellom de ulike typene sosial støtte og mestring, og effekten av dem. Det anbefales videre studier som kan tilføre kunnskap om dette knyttet til den norske helsestasjonen.

Å gi helseopplysning er en av helsesøsters oppgaver. Opplysning om "ulike tema" ble opplevd å være av ulik relevans for foreldrene, og det vil være interessant å utvikle kunnskap om hvilke metoder som egner seg. Veiledning er en anbefalt tilnærming i kontakten med foreldre. Det anbefales å utvikle gode metoder og evaluere disse i forhold til ulike målgrupper.

Farsrollen og fars erfaringer i møtet med helsestasjonen er et relevant tema for forskning, og har fått lite plass i denne studien. I studien er utvalget avgrenset til førstegangsforeldre, fordi utfordringene ved å få barn antas å være størst da. Det ville være nyttig å inkludere flergangsfødende i videre studier, for å se om behovene er forskjellige. Det ville kunne få konsekvenser for praksis. Det vil også være nyttig å belyse foreldres behov for støtte når de har spesielle utfordringer.

Det er gjort lite forskning for å belyse hvordan foreldre opplever de første dagene etter hjemkomsten fra sykehuset, og det første møtet med helsesøster (Jansson 1998, "Veileder til

Forskriften” 2004). Funnene i denne studien viste foreldrenes økte behov for hjelp i denne perioden og at kontakt med helsesøster var viktig for mestringen. Det anbefales at videre forskning ser nærmere på foreldrenes opplevelser og behov for sosial støtte i denne perioden, for å kunne utvikle en best mulig praksis.

Studien har vist at unge mødre kan ha negative erfaringer i kontakten med helsesøster. Det er tidligere vist at spesielt unge mødre kan streve med å etablere en trygg foreldrerolle. Det er et område det kan være nyttig å utvikle mer kunnskap om. Hvilke behov har unge mødre i møte med helsesøster, og hva kan styrke deres mestring best mulig?

Datamaterialet viser at amming er et område som påvirker mødres mestring, og forholdet til helsesøster i stor grad. Helsestasjonen arbeider for å bedre ammeveiledningen til mødre. Slik veiledning må tilpasses mødrenes behov, og praksis bør baseres på forskning om hva som virker.

Sentrale helsemyndigheter gir detaljerte retningslinjer for helsesøsters arbeid, og samtidig anbefales helsesøster en tilnærming som bygger på brukerperspektivet. Det er et håp at forskning kan gi en mer kunnskapsbasert praksis, og kan legge grunnlaget for at retningslinjene tilpasses slik at helsesøster gis anledning til å tilpasse tjenesten til brukerens behov i større grad enn tilfellet er i dag.

Resultatene som er presentert i denne studien kan være relevante for helsesøstre både i Sandnes og andre kommuner. Foreldrenes erfaringer anses å ha overføringsverdi fordi de gir innsikt i situasjoner som kan være aktuelle for mange. De kan gi innspill for å forstå foreldrenes situasjon bedre, og ved dette utvikle praksis. Foreldrene har fortalt forskjellige historier om kontakten med helsesøster, og belyser fenomenene sosial støtte, utvikling av foreldrerollen og kontakten med helsesøster på flere måter.



## 8. Referanseliste

- Aadland, E. (2004): *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Universitetsforlaget, Oslo
- Andrews, T. (2002): *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*, Doktorgradsavhandling, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen
- Andrews, T, Wærness, K. (2004): Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket?. *Sosiologisk tidsskrift*, 04, 325- 341
- Andrews, T. (2006): Brukermedvirkning i helsestasjonstjenesten. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol.9, 1: 14-25
- Baggens, C. (2002): *Barns och foreldrars møte med sjukskøterskan i barnhelsovården*. Linkøping Universitet.
- Bandura, A. (1977): *Social learning theory* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall Inc, USA
- Bandura, A. (1992): Social cognitive theory. I Vasta, R. (red.) *Six theories of Child Development*. Jessica Kingsley Publishers Ltd., London
- Bandura, A. (1995): *Self- efficacy in chancing societies*. Cambridge University Press
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy. The Exercise of Control*. Freeman and Company, New York
- Berntsson, Leeni (2000): *Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996*. Dissertation at the Nordic School of Public health. Göteborg, Sverige
- Bild, H. fl (1998): *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser av variasjoner i helsetilstand, sosial nettverk og erfaringer med helsetjenesten*. Statistisk sentralbyrå.
- Bogen, B. fl.(1982): *Helsestasjonen og familien med det nyfødte barnet*. Universitetsforlaget., Oslo
- Bogen, B. fl. (1982): *Helsestasjonen- en forpost i kampen for det gode liv*. Universitetsforlaget, Oslo
- Bremberg, S. (2000): Health promotion at Swedish Child Health centres. *Acta Pædiatr Suppl* 434: 53-56
- Broadhead, W.E. m.fl. (1983): *The Epidemiologic evidence for a relationship between social support and health*. *American Journal of Epidemiology*. 117, nr.5: 521-537

- Brudal, L.F. (2000): *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Fagbokforlaget, Bergen
- Bø, I. (2000): *Barnet og de andre*. 3. utgave, Universitetsforlaget, Oslo
- Børjesson, B, Paperin, C., Lindell, M. (2004): Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6): 588-594
- Cassidy, T. (1999): *Stress, Cognition and Health*. Routledge, London
- Cobb, S. (1976): Social support as a moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38, nr 5:300-313
- Cowley, S. (1995): Health-as-process: a health visiting perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 22:433-441
- Cronenwett, L.R. (1985): Parental Network Structure And Perceived Support After Birth of First Child. *Nursing Research*, (34), 6: 347-352
- Cronin, C. (2003): First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 12:260-267
- Den norske lægeforening (2001): *Forskning og fagutvikling i Forebyggende helsearbeid blant barn og unge*.
- Ell, K. (1984): Social Networks, Social Support, and Health Status: A review. *Social Service Review*, March: 133-149
- Erikson, E.H. (1968): *Barndommen og samfunnet*. Oslo
- FOR 2003-04-03 nr 450: *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*.
- Fog, J (2004): *Det kvalitative forskningsintervju. Med samtalen som utgangspunkt*. Akademisk forlag, København
- Fagerlund, B.H. (2007): Helsesøster på hjemmebesøk. I Kvarme, L.G. (red.): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS, Oslo
- Fagerskiold, A.M. m.fl. (2001): *Maternal expectations of the child health nurse*. *Nursing and Health Sciences*, 3: 139-147
- Giorgi, A. (1992): Description versus Interpretation: Competing Alternative Strategies for Qualitative Research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 23, nr 2:119-135
- Glavin, K. (2007): Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I Kvarme, L.G. (red.): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS, Oslo

- Glavin, K., Erdal, E. (2007): *Tverrfaglig samarbeid i praksis- til beste for barn og unge i Kommune- Norge*. Kommuneforlaget, Oslo
- Helseth, S. (2001): *Kolikk. En modell for sykepleiefaglig tilnærming*. Forlaget Sykepleien, Oslo
- Helseth, S. (2007): En mestringsmodell. I Kvarme, L.G. (red.): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS, Oslo
- Humerfelt, K. (2005): Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I Willumsen, W. (red.): *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget, Oslo
- Jacobsen, D.I. (2005): *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget AS, Kristiansand
- Jansson, A.: (2001): Help-Seeking Patterns Among Parents with a Newborn Child. *Public Health Nursing* nr.15, 5: 319-428
- Jansson, A., Isacson, Å., Kornfelt, R., Lindholm, L.H. (1998): Quality in Child healthcare. The Views of Mothers and Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12: 195-204
- Koch, L., Vallgård, S. (red.) (2003): *Forskningsmetoder I folkesundhetsvidenskab*. Munksgaard Danmark, København
- Kvale, S. (1995): *Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København
- Kvale, S. (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal, Oslo
- Kvarme, L.G. (red.) (2007): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS, Oslo
- Langford, C.P.H. m.fl. (1997): *Social support: a conceptual analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 25:95-100
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, New York
- Lov om helsetjenester i kommunene (1982)
- Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget, Oslo
- Misvær, N., Oftedal, G. (red.) (2006): *Håndbok for helsestasjoner 0-5 år*. Kommuneforlaget AS, Oslo

Misvær, N. (2001): *Helsestasjonen på vekten*. Helsekontoret for barn og unge, Bærum kommune

Mitcheson, J., Cowley, S. (2003): Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 40: 413-426

Mercer, R.T. (1985): The process of Maternal Role Attainment over the First Year. *Nursing Research*, 34: (4) 198-203

Mæland, J.G. (2005): *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo

Nordhuus, I., Ree, A.O. (2002): *Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelse- tjenesten*. KITH-rapport 15/02 ([www.kith.no/kodeverk/definisjonskatalog/default.htm](http://www.kith.no/kodeverk/definisjonskatalog/default.htm))

Normandale, S. (2001): A study of mothers' perceptions of the health visiting role. *Community Practitioner*, 74: (4): 146-150

Polit, D.F., Beck, C.T. (2004): *Nursing research. Principles and methods*. 7. utg. Lippincott Williams & Wilkins, USA

SINTEF RAPPORT (2005): *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker*. SINTEF Helse, Trondheim

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Det kongelige helsedepartementet, Oslo

Strandmark, M., Hedelin, B. (2002): Phenomenological methods reveal an inside perspective on health and ill health. I Hallberg, L.R.-M. (red.): *Qualitative methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*. Studentlitteratur, Lund

Tarkka, M.-T. m.fl. (1999): Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1): 113-118

Tarkka, M.-T. m.fl. (1999): Social support Provided by Public Health Nurses and the Coping of First-Time Mothers with Child Care. *Public Health Nursing*, 16 (2):114-119

Tarkka, M.-T. m.fl. (2000): First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1): 20-26

Thagaard, T. (2003): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen

Thomassen, M. (2006): *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Thomlison, B., Craig, S. (2005): *Ineffective parenting*. I Dulmus, C.N., Rapp-Paglicci, L.A. (red.): Handbook of Preventive Interventions for Adults. Wiley & Sons, Hoboken

Tveiten, S. (2006): *The Public Health Nurses' Client Supervision*. Doctoral thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo.

Tveiten, S. (2007): Veiledning. I Kvarme, L. G. (red.): *Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe AS, Oslo

Underwood, P.W. (2000): *Social support. The promise and the Reality*. I Rice, V.H. (red.): Handbook of Stress, Coping and Health. Sage Publications, California

Vasta, R. (red.) (1992): *Six theories of Child Development. Revised Formulations and Current issues*. Jessica Kingsley Publishers, London

Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr.450 (2004) :*Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

Warren, P.L. (2005): First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5): 479-488

Wickberg, B. (2000): The role of the Child health Services in promoting mental health: an introduction. *Acta Pædiatr Suppl*, 434: 33-36

Willumsen, E. (red.): 2005: *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget, Oslo

World Medical Association Declaration of Helsinki (2000)

## Vedlegg 1

### INFORMASJONSBREV TIL FORELDRE

#### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om "Helsesøsters bidrag til å styrke foreldrerollen"**

Til foreldre!

Denne forespørselen gjelder deltakelse i en undersøkelse av hvordan førstegangsforeldre i Sandnes opplever tilbudet fra helsestasjonen og samarbeidet med helsesøster i det første leveåret til barnet. Undersøkelsen inngår i et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Stavanger og Sandnes kommune, der målet er å utvikle en bedre helsestasjon. Jeg er masterstudent og ønsker å undersøke hva slags erfaringer foreldre har med å gå på helsestasjonen og om hvilken hjelp og støtte de synes de får av helsesøster.

Jeg ønsker å ha en samtale med noen foreldre som har brukt helsestasjonen, der de forteller om erfaringene sine. Helsesøster vil dele ut dette informasjonsbrevet på 1-årskontroll. Dere bestemmer selv om en eller begge foreldre skal delta i samtalen. Samtalens varighet vil være 1-2 timer. Samtalen vil tas opp på lydbånd fordi det blir lettere å huske hva som ble sagt etterpå, og jeg kan delta i samtalen uten å gjøre for mye notater. Disse lydbåndene vil være nedlåst, og ødelegges når undersøkelsen er ferdig i juni 2008. Samtalene analyseres og brukes i en masteroppgave etterpå. Deltakerne i undersøkelsen vil ikke kunne identifiseres og opplysninger de gir anonymiseres.

Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Den er tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk.

Jeg hadde satt stor pris på om du kunne tenke deg å delta i undersøkelsen. Vi har lite kunnskap om hvilken hjelp foreldre synes de får på helsestasjonen. Deres erfaring som foreldre og brukere vil derfor gi oss unik og verdifull informasjon som vil kunne bidra til at helsestasjonen kan bli bedre. Det kan komme både dere og andre foreldre til nytte.

Du velger selv hvor samtalen skal foregå, og det er frivillig å delta. Den som velger å delta vil kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt, og alle innsamlende opplysninger om deltakeren vil bli slettet umiddelbart hvis ønskelig.

Det er bare jeg som prosjektleder som vil ha tilgang på personopplysninger om deltakerne og jeg har taushetsplikt. Helsestasjonen vil ikke få vite hvilke foreldre som deltar. Dersom noen ikke ønsker å delta vil det ikke få noen konsekvenser for oppfølgingen ved helsestasjonen.

Vedlagt følger en svarslipp som jeg ber deg fylle ut og legge i vedlagte konvolutt hvis du ønsker å delta i undersøkelsen. Konvolutten legges i en lukket postkasse på helsestasjonen.

Jeg kan treffes på telefon 97632874. Min veileder ved Universitetet i Stavanger er førsteamanuensis Elisabeth Willumsen. Hun kan treffes på telefon 51834100.

Ta gjerne kontakt ved spørsmål!

Stavanger november 2007

Med vennlig hilsen

Kirsti Ruud  
masterstudent ved Universitetet i Stavanger

Vedlegg 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Svarslipp om deltakelse i forskningsprosjektet ”Helsesøsters bidrag til å styrke foreldrerollen”

Jeg/vi har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i undersøkelsen.

\_\_\_\_\_  
Navn

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Vennligst legg svarslippen i konvolutten og legg den i postkassen på venterommet på helsestasjonen.

## Vedlegg 3

### INTERVJUGUIDE:

#### **1. Innledning:**

- *Informasjon om studien, studenten og rammer for intervjuet. Etiske retningslinjer beskrives.*

#### **2. Innledningsspørsmål:**

- Personopplysninger. Fortell om tiden etter barnet ble født, positivt og negativt.

#### **3. Sosial støtte:**

- Hva har du trengt fra andre for å ta deg av barnet på en god måte?
- Hvem har du fått støtte og hjelp fra? Hva har hjelpen og støtten bestått i?  
Eksempler på råd og informasjon, praktisk hjelp, følelsesmessig støtte, anerkjennelse

#### **4. Tro på seg selv som omsorgsutøvere/ mestring av foreldrerollen:**

- Forventninger, fortell om deg selv som forelder.

#### **5. Kontakt med helsesøster:**

- Kontakt med helsestasjonen (service, tilgjengelighet)
- Kontakt med helsesøster ( hva skjer i konsultasjonene, hvordan oppleves det å gå til henne? Hjemmebesøk, gruppe/ individuelt)
- Hjelp og støtte fra helsesøster
- Ønskeliste til helsesøster

#### **6. Avslutning:**

- Kontakt senere, evt med helsesøster på helsestasjonen. Evaluering



## Vedlegg 4



# UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Elisabeth Willumsen  
Institutt for sosialfag  
Det samfunnsvitenskapelige fakultet  
Universitetet i Stavanger  
4036 Stavanger

Deres ref	Vår ref	Dato
	2007/12884-ANØL	03.10.2007

### **Ad. prosjekt: Foreldres opplevelse av sosial støtte fra helsesøster og hvordan dette bidrar til mestring av foreldrerollen i barnets første leveår (213.07)**

Det vises til din søknad om godkjenning av forskningsprosjekt, datert 17.09.07.

Komiteen behandlet søknaden i møte den 27.09.07.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i Forskningsetikklovens § 4. Saksbehandlingen følger Forvaltningsloven.

Komiteen har følgende merknader til forelagt søknad.

Innhenting av samtykke synes å ivareta informanten på en god måte men inklusjonskriteriene er uklare. Vil det for eksempel ha betydning for forholdet til helsesøster og helsestasjonen om foreldrene opplever foreldrerollen for første gang eller har flere barn fra før? Her ber komiteen prosjektleder å vurdere å kun inkludere førstegangsforeldre.

Informasjonsskrivet må omarbeides.

Overskriften bør være " Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt om... ( tittel på prosjektet i vanlig norsk språkform). Forespørselen må utarbeides i en nøytral språkdrakt der bakgrunn for henvendelsen og formålet med studien er beskrevet. Ord som for eksempel: - jeg, du, kjære og inviteres må taes ut.

Det må opplyses om at deltakelse er frivillig og at et samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at man må oppgi grunn.

Siden deltakerne kan føle seg i et avhengighetsforhold til helsestasjonen må det opplyses om at det ikke får innvirkning på deres forhold til helsestasjonen eller andre, dersom de ikke ønsker å delta i studien.

### **Vedtak:**

*Prosjektet godkjennes på vilkår av at ovennevnte merknader tas til følge.*

Komiteenes vedtak etter Forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK-Vest (jfr.

REK Vest  
Telefon 55 97 84 97/98/99  
rek-vest@uib.no  
rek-vest@uib.no  
[www.etikkom.no/REK](http://www.etikkom.no/REK)  
Org no. 874 789 542

Postadresse  
Postboks 7804  
5020 Bergen

Besøksadresse  
Harald Hårfagresgt. 1  
Bergen


Saksbehandler  
Anne Berit Ølmheim  
55 97 84 99

forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Komiteen ber om å få tilsendt sluttrapport evt. trykt publikasjon for studien nå dette foreligger.

Vennlig hilsen

  
Jon Lekven  
leder

  
Anne Berit Ølmheim  
førstekonsulent

## Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Elisabeth Willumsen  
Institutt for sosialfag  
Universitetet i Stavanger  
Kjell Arholms hus  
4036 STAVANGER

Vår dato: 10.08.2007

Vår ref: 17017/AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.06.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17017	<i>Foreldres opplevelse av sosial støtte fra hesesøster og mestring av foreldrerollen i barnets første leveår</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Elisabeth Willumsen</i>
Student	<i>Kirsti Ruud</i>

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

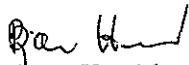
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

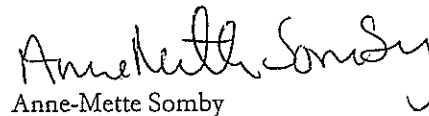
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kirsti Ruud, Nedre Stokkavei 92, 4023 STAVANGER

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

# Personvernombudet for forskning



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

17017

Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd og 9 a (samtykke).

Informasjonsskrivet er tilfredstillende etter revisjon (jf e-post 01.08.07).

Når resultatene presenteres vil ingen enkeltpersoner kunne identifiseres.

Ved prosjektslutt 30.06.2008 skal datamaterialet anonymiseres ved at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller skrives om, koblingsnøkkel, transkripsjoner og lydopptak slettes.

Ombudet forutsetter at prosjektet tilrås av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Tiltrådingen bes ettersendt.