

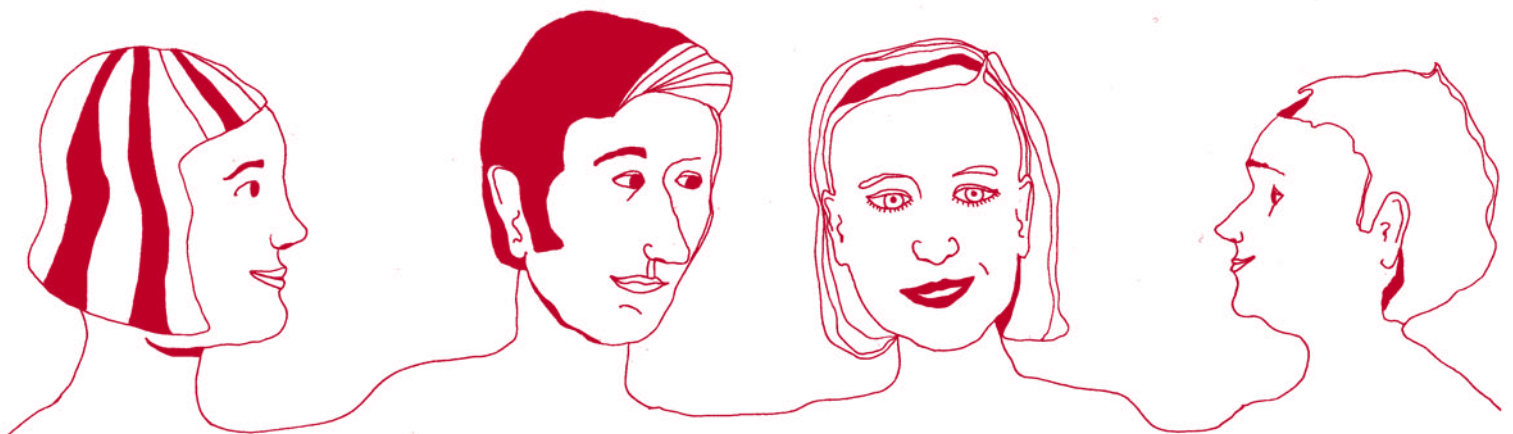
Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene
et godt samspill mellom foreldre
og barn i alderen 0 - 3 år?

Erna Ulland

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:16





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år?				
Författare				
Erna Ulland				
Författarens befattning och adress				
Studieleder for de tverrfaglige videreutdanninger Fakultet for helse- og idrettsfag Høgskolen i Agder Serviceboks 422 4604 Kristiansand				
Datum då oppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
1 juni 2005			professor António Barbosa da Silva	
Antal sider	Språk – oppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
54	Norsk	Engelsk	1104-5701	91-7997-103-2

Sammanfattning

Hensikten med denne studien er å få innsikt i hvordan helsesøstrene oppdager og formidler et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år. Dessuten er det et mål å få kjennskap til helsesøstrers interesse, kompetanse og muligheter for å gå inn i vanskelige situasjoner i arbeid med foreldre-barn-relasjon.

Det kvalitative forskningsintervju er valgt for å samle inn data og det ble gjennomført ti intervjuer av helsesøstre som representerer fire forskjellige kommuner, og fra åtte forskjellige helsestasjoner i Norge. Alle informanter unntatt en har tatt sin helsesøsterutdanning for mer enn ti år siden. Etter at de tok utdanningen har de stort sett arbeidet som helsesøstre. Metoden for å analysere datamaterialet er innholdsanalyse i kombinasjon med Kvaales tre tolkningsnivåer.

Funnene i studien viser at foreldre-barn-samhandling påvirker tilknytningens kvalitet. Barn som opplever en god tilknytning til sine nære omsorgspersoner utvikler en god modell for relasjoner til andre mennesker. God tilknytning betraktes som en viktig faktor for den sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling. Samfunnet har i løpet av de ti siste årene vært gjennom store forandringer. Disse forandringene har også påvirket familiemønstrene. Helsetjenesten må i større grad tilpasse seg de nye helsekrav. En konklusjon i studien sier at helsesøstre kan være viktige omsorgspersoner i situasjoner hvor det er en emosjonell brist i tilknytningen mellom foreldre og barn. Trass i dette viser studiens funn at dette arbeidet lett blir underprioritert p.g.a. alle andre krav og gjøremål som må utføres i løpet av en arbeidsdag. Det er derfor mye som tyder på at denne oppgaven for helsesøstre med fordel kan styrkes.

Nyckelord

Foreldre-barn-samhandling, tilknytning, helsesøster, kompetanse, folkehelsearbeid.



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay How do health visitors discover and affect a happy interplay between parents and children in the age of 0-3 years?				
Author Erna Ulland				
Author's position and address Head of department Faculty of health and sport Agder University College 4622 Kristiansand				
Date of approval June 1, 2005			Supervisor NHV/External Professor António Barbosa da Silva	
No of pages 54	Language – essay Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-103-2
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study is to gain knowledge of how health visitors discover and affect a happy interplay between parents and children in the age of 0-3 years. Besides, its goal is also to get insight into health visitors' interest, competence, and possibilities to enter into difficult situations in their work with parent-child-interaction.</p> <p>The qualitative research interview is chosen to collect data. Interviews were undertaken with ten health visitors, who worked in eight different health stations, from four different urban districts in Norway. All informants, but one, finished their health visitor education for ten years ago. They have mainly worked as health visitors since they finished their education. The method used to analyze the collected data is content analysis combined with Steinar Kvale's three levels of interpretation.</p> <p>The study shows that the parent-child-interaction affects the quality of attachment of the latter to the former. The children, who are experiencing a good attachment to the caregivers, care providers close to them, develop a good role model in relations towards other people. A good attachment is considered important to the child's social, emotional and cognitive development. Norwegian society has during the last ten years been through many great changes. These changes have also influenced family patterns. Health services have to adjust in a larger scale to these new demands for health care. One conclusion of the study is that health visitors can be important caregivers in situations, in which there is an emotional flaw in the attachment between parents and children.</p> <p>Another conclusion drawn from the study is that the health visitors' task or felt duty to improve the child-mother attachment is easily put aside, due to plenty of other duties that have to be done by health visitors during a days work.</p> <p>There is however sufficient reason to believe that this particular task for health visitors should be strengthened, since as researches show, a good child-mother attachment plays a fundamental role in the child development.</p> <p>Key words:</p> <p>Parent-child-interaction, attachment, health visitors, competence, public health</p>				

1. INTRODUKSJON	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Folkehelsevitenskap og folkehelsearbeid.....	6
1.3 Aktuelt teoretisk rammeverk/tolkningsramme.....	9
1.4 Helsesøsters og helsestasjoners plass i Norge.....	15
1.5 Problemformulering og forskningsspørsmål som overgripende perspektiv	15
1.6 Mål.....	16
2. METODE	16
2.1 Valg av metode.....	16
2.2 Materiell / utvalg / gjennomføring av datainnsamlingen	18
2.3 Instrument / intervjuguide og transkribering.....	19
2.4 Gjennomføring av tolkning og analyse	19
2.5 Etske overveielser	20
3. RESULTATER	21
3.1 Hvordan opplever helsesøstrene i sitt daglige arbeid samspillet mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år i samtalen med foreldrene?	22
3.2 Hvordan vurderer helsesøstrene sin egen interesse for og kompetanse om foreldre-barn-samspill?	24
3.3 Hvilke muligheter opplever helsesøstrene de har for å gå inn i situasjoner som uttrykker foreldre-barn-samspill der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn?.....	26
3.4 Hvilke muligheter vurderer helsesøstrene at de har for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer?.....	30
4. DRØFTING	32
4.1 Hvordan opplever helsesøstrene i sitt daglige arbeid samspillet mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år i samtalen med foreldrene?	33
4.2 Hvordan vurderer helsesøstrene sin egen interesse for og kompetanse om foreldre-barn-samspill?	37
4.3 Hvilke muligheter opplever helsesøstrene de har for å gå inn i situasjoner som uttrykker foreldre-barn-samspill der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn?.....	41

4.4 Hvilke muligheter vurderer helsesøstrene at de har for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer?	45
4.5 Metodekritikk	47
5. OPPSUMMERING.....	49
REFERANSER.....	51

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Barns tidlige emosjonelle tilknytning til foreldrene (oftest mor) er en viktig faktor i utviklingen av barns psykiske helse. Noen av de mest betydningsfulle fenomener som nyere forskning viser til, er den nyfødtes iboende evne til å inngå i en elementær form for sosialt samspill med foreldre, og da framfor alt med mor. Et to til tre ukers gammelt spedbarn kan periodevis skifte mellom liten kontakt til et begeistret sosialt samspill med mor. I disse perioder kan spedbarnet normalt vise forholdsvis like stor aktivitet som sin mor. Forskjellen på deres aktivitet ligger i "timingene" av deres reaksjoner. Spedbarnets innledning og tilbaketrekning fra samspillet er tilbøyelig til å følge sin egen bestemte rytme. En følsom mor vil regulere sin atferd slik at den harmonerer med barnets uttrykk. Mor lar altså barnet slå an tonen og skaper en dialog ved å smelte sammen sine reaksjoner med barnets. Gjennom dette samspillet skapes en tilsynelatende felles opplevelse, som etableres ved at mor lar barnet bestemme farten. Trass i at barnets tilpasningsevne fra starten av er begrenset, eksisterer den og vil raskt kunne utvikle seg. Spedbarnets utvikling er avhengig av om det får utvikle seg i sin egen rytme (Bowlby 1994).

Allerede eksisterende forskning om mor - barn – relasjon:

John Bowlby's (1994) teori om "attachment" har ført til en ny forståelse av samspillet mellom mor og barn. Kvaliteten på samspillet avhenger av mors evne til å svare på barnets signaler. Mark T. Greenberg (1999) betegner utrygg tilknytning som en uspesifikk risikofaktor for utvikling av ulike former av psykiske forstyrrelser under førskole- og skolealderen. Daniel N. Stern (1997) sier at foreldre-barn-samspillet er hjørnesteinen i barnets relasjonsdannelse og at samspillet dermed er broen mellom foreldrenes og barnets representasjoner. Forskningen er mest opptatt av relasjonen mor – barn og samspillet mellom dem. En naturlig forklaring på dette er at spedbarn i hovedsak passes av sine mødre.

En undersøkelse gjort i Sverige viser at det ikke er en selvfølge at personell innen omsorg og sosialt arbeid er tilstrekkelig oppmerksom på samspillet og relasjonen mellom foreldre og barn. Undersøkelsen peker på tre grunnleggende forhold som betinger helsearbeiderens oppmerksomhet på mor-barn-relasjoner: a) at en skal ha interesse for området, b) at en skal ha tilstrekkelig kompetanse innen området og c) at en skal ha muligheter for å intervensjon i vanskelige situasjoner. I sin sammenfatning sier undersøkelsen at det for framtiden er viktig med en god organisasjon som gir personalet forutsetninger for å støtte barnefamilier og tilgodese behovet for utdanning innen området slik at man innen helse- og sosialsektoren får handlingsredskap for å møte familier med tilknytningsproblemer (Sjøstrøm, Hägglöf og Engström 2002). Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) understreker at det er behov for å etablere formelle videreutdanninger i psykososialt arbeid blant barn og unge. Den sier videre at det er behov for ytterligere forskning for å dokumentere effekten av intervensjoner i regi av helsestasjoner og overfor foreldre med nyfødte barn.

Reidun Førde (1995) sier i sin doktoravhandling: *Imidlertid finnes det holdepunkter for at måten kvinner med psykososiale problemer blir møtt på under svangerskapsomsorgen, kan ha*

positiv betydning for kvinners mestring og muligens derfor også for barnets somatiske og psykiske helse senere (NOU 1998:18 s.300).

Med denne bakgrunn fokuserer problemstillingen for studien på hvordan helsesøstrene oppdager og formidler et godt samspill mellom foreldre og barn.

Det er to forhold som gjør at jeg er motivert for å arbeide med foreldre-barn- spillet:

a) Behovet for å komplettere kunnskap om problemfeltet som er beskrevet ovenfor. I forbindelse med dette er jeg også nysgjerrig på om helsesøstre i sine samtaler er opptatt av foreldre-barn-samspill. Helsesøstre er den gruppen av fagfolk som i Norge når de fleste i målgruppene barn, unge og deres familier. De har mulighet til å vurdere samspill i familier og familiens forhold til sine omgivelser. Barn som utsettes for omsorgssvikt eller risiko for dette, vil kunne fanges opp av helsesøstrene. De skal legge særskilt vekt på kunnskaper om og forståelse av barns fysiske og psykososiale utvikling, og de skal deretter iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak.

b) Det andre forholdet er det faktum at Høgskolen i Agder, der undertegnede er ansatt som lærer, har startet en videreutdanning innen psykososialt arbeid med barn, ungdom og deres familier. Tjenestetilbudet til barn og unge blir sterkt fokusert i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63 1997-98). I statsbudsjettet for 2003 framheves viktigheten av forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid overfor barn og unge. Og regjeringen varsler en forsterket oppmerksomhet mot nettopp denne målgruppen: ”Det er nå særlig behov for kompetanseheving innen tiltak for barn og unge i kommunene og en sterkere vektlegging av den gruppen i utdanningene” (St.prp.1, 2002/2003, kap.0743).

Høgskolen i Agder ønsket å imøtekomme denne utfordringen, og har etter initiativ fra og i nært samarbeid med Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør utarbeidet, og startet dette tverrfaglige studietilbudet. Videreutdanningen inviterer til praksisnær og konkret kunnskapsutvikling. Hovedhensikten er å forsterke barne- og ungdomsperspektiver i psykisk helsearbeid, og å fokusere på kontekstavhengige forståelser og hjelpetiltak. Studenten skal kvalifisere seg til å initiere og gjennomføre helsefremmende og forebyggende arbeid med barn og ungdom, og videreutvikle en bred relasjonsforankret handlingskompetanse med barn, ungdom og familier i krise.

Studenter som velger denne fordypningen vil kunne få sine praksisstudier ved helsestasjoner. I videreutdanningens studieplan står det at studentene skal tilegne seg kompetanse i å etablere og inngå i helsefremmende og mestringsskapende relasjoner med barn, ungdom og deres familier med utgangspunkt i deres ønsker og behov. På lang sikt vil det være viktig for studenter som tar videreutdanning i psykisk helsearbeid å kunne anvende helsestasjoner som nødvendige praksisplasser.

1.2 Folkehelsevitenskap og folkehelsearbeid

Definisjonene i de kommende punkter viser at begrepene folkehelsevitenskap og folkehelsearbeid innehar viktige nyanser. Denne studien har sitt fokus på folkehelsearbeid. Fagmessig er det plassert innen folkehelsevitenskap.

1.2.1 Folkehelsevitenskap

Folkehelsevitenskap (eng. *The Science of Public Health*) er en vitenskap om befolkningsgruppers helse og livskvalitet. Faget er tverrvitenskapelig og studerer faktorer som påvirker vår helse. Følgende engelske definisjon er relevant for min studie:

"The Science of public health: - The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society." (Health Promotion Glossary 1998). Denne definisjonen benyttes også av Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

1.2.2 Folkehelsearbeid

Det er minst to definisjoner av begrepet folkehelsearbeid - den ene engelsk og den andre norsk – som er relevante her. Den engelske definisjonen lyder:

"Health promotion: The process of enabling people to increase control over, and to improve their health" (Health Promotion Glossary 1998).

De engelske begrepene "Public Health" og "Health Promotion" danner ofte grunnlaget for de internasjonale definisjoner av begrepet folkehelse.

Den norske definisjonen av folkehelsearbeid er:

"Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelse. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over egen situasjon" (Norges offentlige utredninger 1998).

Folkehelsearbeid omfatter altså både helsefremmende og forebyggende arbeid. Det helsefremmende perspektivet aktiverer en annen holdning enn hva som er tilfelle med forebyggende perspektiver, som i større grad, er opptatt av det kliniske og kurative. I Det internasjonale begrepet *Health Promotion* tilsvarer "helsefremmende arbeid" på norsk.

Folkehelsearbeid (*Public Health*) må utøves der folk lever og oppholder seg: eksempelvis i hjemmene, barnehagene, skolene, arbeidsplassene, bomiljøene og nærmiljøene. Helse skapes og leves ut av mennesker innenfor deres daglige omgivelser, og blir skapt ved å vise omsorg for seg selv og andre. God helse er et viktig grunnlag for sosial og personlig utvikling og et vesentlig element for å gi livet et godt innhold.

I det følgende vektlegges begrepet helsefremmende arbeid (eng. *health promotion*), da det er mest dekkende for studiens tematikk. Helsefremmende arbeid er den prosess som gjør folk i stand til å bevare eller forbedre sin helse. For å kunne oppnå en tilstand av fysisk, psykisk og sosial velvære (jr WHO's definisjon av helse i punkt 1.2.6 nedenfor) må samfunnet vi lever i sikre betingelser som gir muligheter for god helse for alle. Dette inkluderer også det lille barnet. For at det skal kunne utvikle seg til et selvstendig menneske, må det helt fra starten av gis gode vekstmuligheter. Det er først og fremst foreldrenes ansvar og oppgave å gi sine barn denne helseomsorgen. Der foreldrene ikke er i stand til å gi denne omsorgen, skal samfunnet, på lik linje med alle andre helsetjenester, kunne skape helsefremmende tiltak som sikrer barnets ve og vel.

Helsefremmende arbeid strekker seg lengre enn til helseomsorg. De bestemmende helsetjenesters organer på alle nivåer, skal ha helse i fokus når de forskjellige valg gjøres. Og dette perspektivet skal være med å lede dem til bevissthet om konsekvensene av de avgjørelser de tar. Målet for de bestemmende organer må være å foreta valg som gagnar helsen og sikrer like muligheter så at alle kan bli i stand til å oppnå optimal helse.

Vi vet at barn i Norge er friskere og sunnere enn noen gang tidligere. Dette gir et godt grunnlag for utvikling og helse i et livsperspektiv. Vår standard på mat og stell, vaksiner og helsetilbud er høy sammenlignet med de fleste andre land i verden. Samtidig vet vi også at våre behov forandres i takt med samfunnets forandringer. I løpet av de siste 10 – 20 årene har det vært en økende interesse rundt barns oppvekstvilkår. Denne oppmerksomheten dreier seg ikke minst om barnets psykiske utvikling. Forskning viser at barn trenger trygghet, kontakt og utfordringer på samme måte som for eksempel et allsidig kosthold. Det blir derfor viktig at barns omsorgspersoner innehar de nødvendige kvaliteter som må til for at barnet skal gis muligheter til en god fysisk og psykisk utvikling (Hedenbro og Wirtberg 2002).

1.2.3 Folkehelsearbeid (Public Health) og Ottawa Charter Declaration

Den første internasjonale konferansen om "Health Promotion" ble arrangert i Ottawa i 1986. I erklæringen fra konferansen nevnes fem strategier for det helsefremmende arbeidet. Charteret har derfor en stor relevans for min studie. Strategiene er:

a) Skape en helserettet samfunnspolitikk

Sentralt i denne sammenhengen er å vise til at en sunn offentlig politikk er en god investering i helse og bærekraftig menneskelig og sosial utvikling. Det innebærer også å påvise beskyttende faktorer i det fysiske og psykososiale miljøet som bidrar til å forbedre forutsetningene for helse. En slik politikk beskytter lokalsamfunn, familier og enkeltpersoner mot risikofaktorer.

b) Reorientere helsetjenesten

Reorientering av helsetjenestene består i å tilpasse tjenestene med utgangspunkt i det samfunnet vi lever i. Helse bestemmes av både de biologiske faktorer, livsstil og miljøfaktorer. Dette fordrer at helsetjenesten må samarbeide med andre aktuelle sektorer og det krever erfaring og kunnskap. I løpet av de siste tiårene er det skjedd store strukturelle forandringer i vårt samfunn: eksempelvis familiemønstrene. Dette gjør at helsetjenestene må reorganiseres og tilpasses strukturer og oppgaver til nye helsekrav.

c) Styrke lokalsamfunnets muligheter for handling

Den tradisjonelle betydningen av lokalsamfunn er et klart definert geografisk område med formelle organer og institusjoner hvor det bor familier med verdier som er rotfestet i en felles historie. Folk bor ikke lenger der de arbeider, og de sosiale nettverkene deres faller ikke sammen med geografiske grenser. Dette påvirker også det lille barnet med tanke på familiemønsterets stabilitet. Når virksomheten til grupper, lokalsamfunn eller sosiale nettverk i et gitt område skal analyseres og evalueres, må dette tas i betraktning.

d) Utvikle personlige ferdigheter

Selv om mange faktorer som påvirker helse er utenfor enkeltpersoners rekkevidde, kan noen personlige valg eller typer livsstil ha innvirkning på helse og velvære. Slike valg kan påvirkes gjennom tiltak for å styrke de mest sårbare. Hos hvert enkelt individ ligger det potensielle mestringsressurser. Barna lærer å mestre ulike situasjoner og følelser ved at foreldrene takler barnas problemer. Helsefremmende arbeid skal støtte individets personlige og sosiale utvikling, slik at de gis muligheter til å foreta helsefremmende valg og ivareta egen helse (Ottawa Charteret 1987).

e) Tilpasse helsetjenesten

Helsesektorens rolle består av annet enn å yte kliniske og kurative tjenester. Den må i økende grad bevege seg i helsefremmende retning og dette ansvaret deles av individer, samfunnsgrupper, helsepersonell, institusjoner og offentlige myndigheter. En slik tilpasning av helsetjenestene krever også en større oppmerksomhet om helsemessig forskning og endringer i den faglige utdanning og opplæring.

1.2.4 Helsefremmende perspektiv

Som allerede nevnt viser forskning at kvaliteten på foreldre-barn-samspill påvirker barnets og foreldrenes helse. Denne studien antar derfor å kunne belyse viktige områder innen folkehelsearbeid, og som dermed kan bidra til nye relevante kunnskaper for helsearbeidere i Norge. Den tidligere spedbarnsforskningen beveger seg fra å ha fokus på spedbarnet alene og frem til å studere det i relasjoner til deres omgivelser. De nye kunnskaper som er vokst frem har påvirket utdanningsinstitusjoner, helsearbeiderens syn, både i det kliniske og kurative bilde. Videre bør disse kunnskaper i enda større grad relateres til helsefremmende perspektiver.

Jobber man ut fra et helsefremmende perspektiv går man inn og gir hjelp i forkant, i stedet for å reparere en allerede oppstått skade. Slik jeg ser det, handler dette om helsepolitiske prioriteringer. Opptrappingsplanen for psykiatri i Norge fokuserer i økende grad på barn og unges mentale helse og velferd. Trass i dette synes det som at behovet for tjenester øker mer enn kapasiteten. En kan heller ikke se bort fra at det er et behov for å fremme kvaliteten på tjenestetilbudet. Hvis man skal lykkes her er det nødvendig å fremme forskning med klar relevans for barnets mentale helse, som på sikt vil kunne bidra til en bedre folkehelse. I studien vil jeg poengtere viktigheten av at hjelpen kommer tidsnok og at ressursene brukes der behovet er størst.

Mye av tidligere forskning har vært opptatt av forhold som forårsaker sykdommer og helsesvikt og dette har vært et rådende perspektiv både innenfor den fysiske og psykiske

helseomsorgen. Det patogene har vært i fokus, noe som fortsatt preger våre handlinger, holdninger og vår kommunikasjon innenfor helseomsorgen. Et ordtak sier "ordet fanger" og andre sier at språket skaper våre handlinger og vår virkelighet. Det er derfor ikke likegyldig hvilket språk vi benytter. Det er mye som tyder på at vi bør få et rikere språk innen de perspektiver som gjenspeiler de helsefremmende faktorer.

1.2.5 Folkehelsearbeid i det salutogene perspektiv

Begrepet *salutogenese*, som er utviklet av Aron Antonovsky (1991), er et sentralt begrep innen helsefremmende arbeid. Den gir teoretisk forståelse av hvilke faktorer i menneskelivet som fremmer helse og utvikling. Kjensle av sammenheng (KASAM) er et sentralt begrep innenfor dette perspektivet. Antonovsky mener KASAM er nødvendige faktorer hvis individet skal utvikle og opprettholde helse.

Kjell Hansson og Marianne Cederblad (1995a, 1995b) beskriver hvordan det salutogene perspektiv fremhever de helsebringende faktorer i stedet for de sykdomsskapende som forårsaker sykdommer og helsesvikt. I denne studien vil jeg fremheve det salutogene perspektivet.

1.2.6 Helse

WHO definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Denne definisjonen gjenspeiler vår kulturs ideal, nemlig at alle plager blir sett på som noe sykt som må behandles (Espenes 2001). Det går også an å se det på en annen måte. Det å være menneske innebærer at en mer eller mindre har noen plager og symptomer. Antonovsky (1991) sier som allerede nevnt at helse inntreffer når individet opplever en kjensle av sammenheng. Lennart Nordenfelt (1987) sier at helse er relatert til individets handlingsmuligheter og evne eller kapasitet til å realisere sine vitale mål. Ut fra de to sistnevntes syn på helse, relateres det til menneskets egen opplevelse, dets subjektive opplevelse og ikke kun til objektiv tilstand. Da er vi inne på studiens forståelse av helse, som har perspektivet: *salutogenese*. Salutogenes har fokus på hva som årsaker helse, fremfor patogenese som er opptatt av hva som forårsaker sykdom (Ringsberg 2003).

I min analyse av de kvalitative data skal jeg ta hensyn til de ovenfornevnte definisjoner.

1.3 Aktuelt teoretisk rammeverk/tolkningsramme

Under neste punkt vises det til en kort historisk oversikt over spedbarns utviklingsteorier fra 1900- tallet og frem til i dag. Tilknytningsteorien vektlegges og utgjør *studiens teoretiske rammeverk*. Tidligere og nyere forskning viser at kvaliteten på tilknytningen er av stor betydning for barns fysiske og psykiske utvikling. Studiens sentrale anliggende er foreldre-barn-samspill med fokus på utvikling av barns psykiske helse.

1.3.1 En kort oversikt over teorier om spedbarns utvikling

De første teoriene om spedbarns utvikling - de klassiske teorier - anså spedbarn i stor grad for å være asosiale, egosentriske og kontaktløse. Disse teorier var dominerende i første halvdel av 1900- tallet hvor Sigmund Freud's psykoanalyse sto sentralt. Utviklingsteorien har frem til i dag beveget seg fra å se på spedbarnet som kontaktløse til at de evner å føre dialoger med sine omgivelser.

Under følgende punkter viser jeg til boken *Selvpsykologi* kapitel 3 hvor Øyvind Urnes tar for seg temaene utviklingspsykologi og selvpsykologi. Den psykoanalytiske utviklingsteori baserte seg i lang tid på retrospektive antagelser om voksnes opplevelser og minner. Dette perspektivet sier noe om "det kliniske barnet." Forskningen fikk først fokus på relasjonen mellom omsorgsgiver og barnet med utvikling av objektrelasjonsteorien anført av Melaine Klein på 1920- tallet. Hennes bidrag var sterkt preget av libidoteorien. Ronald Fairbairn foreslo å erstatte denne teori som grunnlag for barnets utvikling med søken etter objekt og objektrelasjoner. Donald Winnicott arbeidet videre ut fra denne teorien. Han var barnelege i tillegg til å være analytiker og hadde i motsetning til Fairbairn gode muligheter for å drive empiriske studier. Winnicott hevder at for å få meningsfulle observasjoner av barnet må det skje innenfor et barn - omsorgsgiver - system. Det vil si at han så det som lite fruktbart å studere barnet som et isolert fenomen. Dette perspektivet sier noe om "det observerte barnet" til forskjell fra "det kliniske barnet."

Dette var situasjonen i England på begynnelsen av 1970-tallet, den psykoanalytiske teori tok avstand fra Freuds driftsteori og tok i bruk selvbegrepet. Det ble imidlertid ikke formet en eksplisitt selvteori, og det forelå heller ingen vitenskapelige studier direkte knyttet til utvikling av selvet (Karterud og Monsen 1997).

1.3.2 Selvpsykologi

Heinz Kohut (1977) gjorde et banebrytende arbeid innenfor moderne psykoanalyse. Han sier at hvis barnet skal kunne få dekket sitt psykologiske behov er det avhengig av foreldrenes innlevelse. Denne innlevelse omtaler Kohut som et komplekst empatisk miljø. Kohut definerer det gryende selv fra det øyeblikk hvor spedbarnets psykologiske potensiale møter det empatiske miljøet og hvor spedbarnets forventninger innfris.

Når det gjelder kunnskap om spedbarnets kapasitet og deres evne til å være en aktiv deltager i det sosiale samspillet har det i løpet av 1970- og 1980- årene skjedd store forandringer. Vår nye kunnskap om spedbarnet bryter grunnleggende med tidligere psykoanalytisk teori, hvor det ble hevdet at spedbarnet fra begynnelsen var autistisk.

Stern har i større grad enn andre spedbarnsforskere et empatisk introspektivt perspektiv og forsøker å forstå selvets genese fra et indre perspektiv. Han var kritisk til objekt og selvobjektbegrepet og brukte konsekvent begrepet "den andre". Det dreier seg om å gi en beskrivelse av barnets subjektive verden og var opptatt av forholdet mellom barn og betydningsfulle andre.

Stern sammen med mange andre spedbarnsforskere mener at barnet helt fra starten av i stor grad selv påvirker sin utvikling ut fra egne bidrag. Barnet utvikler seg i samspill med andre, det vokser seg inn i forhold til den andre og ikke ut av en symbiose som en del forskere hevder (Karterud og Monsen 1997).

1.3.3 Tilknytningsteorier

Den nye utviklingspsykologien, basert på inntrengende studier av samspillet mellom barn og deres primære omsorgspersoner, har gjort det mulig å få bedre innblikk i hva det er som gjør at vi formes til den person eller menneske vi er. For at barnet skal kunne utvikle seg til et selvstendig menneske er det avhengig av mer enn mat, varme og beskyttelse mot sykdom og skade. Det nyfødte barnet er ikke utstyrt slik at det kan overleve uten omsorg fra andre personer. Omsorgsbegrepet rommer mer enn fysisk tilfredsstillelse og beskyttelse. Barnet har også behov for tilknytning som i dag av de fleste sees på som en livsviktig drivkraft barnet har med seg helt fra sin spede begynnelse (Smith 2002).

Begrepet binding (Eng. *"bonding"*) brukes om omsorgspersonens (oftest mor) tidlige følelser for barnet, mens tilknytning (Eng. *attachment*) benyttes om barnets tidlige atferd mot omsorgspersoner. Begge disse prosessene omtales i studien som *tilknytning* og fører frem til psykisk "bånd" mellom spedbarnet og omsorgspersonen. Bowlby, som er pioneren for studier av tilknytningen, sier at barn vil alltid knytte bånd, men kvaliteten på tilknytningen har stor variasjon i seg. Den primære tilknytningen som barnet en gang har opplevd vil prege de nære relasjoner senere i livet. Tilknytningens kvalitet er derfor ikke uvesentlig. En god tilknytning vil være en viktig faktor med tanke på utvikling av barnets psykiske helse (Hedenbro og Wirtberg 2002).

Denne erkjennelsen er langt fra ny, men de første vitenskapelige studier av barns tilknytning fant sted på midten av 1900- tallet. Det er først etter Bowlby's studier i 1950- og 1960- årene, at andre aktuelle forskere begynte å gjøre direkte observasjonsstudier av tilknytningsrelevant atferd hos spedbarn og småbarn (Smith 2002).

1.3.4 *Marte Meo* som modell

I 1970- og 1980- årene var det en betydelig motsetning mellom individualterapi og familierapi. Tilsvarende motsetninger fant sted mellom psykodynamisk og systemisk tenkning. I dag ser vi ikke de samme spenningene mellom disse forskjellige terapeutiske retningene. I boken *samspillet kraft* blir *Marte Meo* fritt fra latin oversatt til: "ved egen kraft" og forfatterene er opptatt av foreldre-barn-samspill, og viser til *Marte Meo*-modellen. *Marte Meo* som modell lar seg inspirere fra begge leirer. Modellen ble utviklet i Nederland av Maria Aarts, som en modell for styrking og utvikling av samspill som kommunikasjon mellom barn og voksne. *Marte Meo*-modellen er blitt et begrep som er i bruk i mange forskjellige virksomheter der samspillet står i fokus i arbeidet med å fremme barns utvikling, og metoden som brukes er videoarbeid. Det som er spesielt i *Marte Meo* sitt videoarbeid er de grundige vurderinger av hvilke samspills situasjoner det skal gjøres opptak av. Analysens utgangspunkt

er barnets behov og dets evne til samspill hos de involverte parter. Modellen er opptatt av hva det er som skjer fra den ene situasjonen til den andre i samspillet når vi formes til den vi er. Denne kunnskapen viser seg å være en av hjørnesteinene i *Marte Meo*'s analyse.

Modellens filosofi er nemlig at man ved hjelp av dens analyseredskap kan finne den enkeltes unike evne og kraft til utvikling og forandring. Grunntanken er opptatt av barns individuelle utvikling og deres utvikling i samspill med andre. Ideologien i omsorgsarbeidet gjenspeiler et humanistisk perspektiv og modellen har også mye til felles med mange andre behandlingsmodeller. Behandlingsmodellen står for humanistiske verdier som respekt, likeverd, åpen kommunikasjon og tiltro til menneskets iboende krefter. Dette preger modellens implisitte menneskesyn som hevder at mennesket har utviklingsmuligheter og søker etter meningsfylte samspill med andre. Det er styrken og ressursene hos det enkelte individ som fremheves.

Helsefremmende arbeid er et sentralt tema innenfor *Marte Meo*-modellen. De teoretiske kunnskaper og ideer drøftes ut fra et helsefremmende perspektiv. Modellen impliserer derfor et ressursperspektiv fremfor et sykdomsperspektiv. Motstandskraft (Eng. *resilience*) er i dag et viktig begrep innen forskning av barns utvikling og ikke minst med tanke på utvikling av barns psykiske helse. *Marte Meo*-modellen bygger på den enkeltes og familiens egen kraft og arbeider med å utvikle kommunikasjon og sammenhengsforståelse (Hedenbro og Wirtberg 2002).

Björn Wrangsjö sier: "*Det ville være fristende å foreslå at Marte Meo-konsultasjoner burde inngå som et tilbud til alle familier som er i kontakt med helsestasjonene, som et bærende element i en bred, forebyggende virksomhet med sikte på å hjelpe familier til å etablere et godt, utviklende samspill for resten av livet*" (Hedenbro og Wirtberg 2002 s. 8).

1.3.5 Barnekonvensjon

I FNs barnekonvensjon, artikkel 19 står det: "Staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner." Videre står det i artikkel 20: "Barn uten familie, eller utenfor familiemiljø, har særlig rett til beskyttelse og omsorg" (Helsedirektoratet 1987).

Barnekonvensjonen er opprettet for å beskytte barna og det er statens ansvar å håndheve dette. Samtidig vet vi at oppdraget helt og fullt er overlatt til foreldrene eller andre foresatte. Generelt tror jeg at samtlige foreldre i utgangspunktet har en genuin interesse for å gi barna absolutt den aller beste omsorg. Situasjonen er imidlertid slik at flere foreldre ikke har ressurser til å gi den omsorgen barna virkelig trenger, mens andre igjen ikke prioriterer barna fremfor andre valg. Av ulike grunner vil det alltid kunne bli et definisjonsspørsmål om når man for eksempel skal håndheve FNs barnevernskonvensjon artikkel 19 og 20. Hva legger barnas omsorgspersoner i begrepene fysiske eller psykiske mishandlinger eller andre forsømmelser? Der det kommer til uttrykk at foreldre og samfunn har forskjellige forståelser om hva omsorgssvikt er, skaper det store utfordringer for helsearbeiderne. Spørsmålet blir da hvem en skal ta hensyn til og hvem som er den svakeste part?

1.3.6 Tidligere forskningsresultater i et nordisk perspektiv

I Sverige, Finland og Danmark er det gjort forskning som det er aktuelt å vise til i min studie. Den handler om fenomenene tilknytning og samspill mellom foreldre og barn. Resultatene fra forskningen viser hvor viktig disse fenomenene er, og da ikke minst i forhold til utvikling av barnets psykiske helse. I Norge er det blant annet personalgruppen helsesøstre som i stor grad møter foreldre og barn i aldersgruppen 0-3 år. Deres formidling av det gode samspill mellom foreldre og barn blir derfor viktig, og da spesielt til de foreldre som strever med dette.

Studien som er gjort i Sverige (J.fr. punkt 1.1) handler om tilknytningsproblemer mellom foreldre og barn (Sjøstrøm, Hägglöf og Engström 2002). Hensikt og mål med denne studien er å illustrere helse og sosialarbeiderne sine opplevelser med å arbeide med tilknytningsproblemer mellom foreldre og barn. Dette er en kvalitativ studie og informantene er helse- og omsorgspersonell, samt sosialarbeidere som arbeider med tilknytningsproblemer mellom foreldre og barn. Studien viser at der det foreligger en emosjonell brist i tilknytningen mellom foreldre og barn, kan det gi langsiktige problemer for barnet. For et antall nye foreldre kan det initialt finnes problemer som etter en tid løses helt spontant. Dette beror blant annet på en voksende trygghet i foreldrerollen og barnets utvikling. For et antall foreldre vedvarer problemene, noe som kan gi atferdsproblemer og emosjonelle forstyrrelser hos barnet.

Informantene uttrykte at arbeidet med å forebygge, oppdage og behandle tilknytningsproblemer i en familie stiller store krav til de personer som har det som oppdrag. Det kom også frem som et gjennomgående tema, at det kreves mot til å stå for sine iakttagelser og sluttsatser. Informantene beskrev at en god relasjon til familiene er en forutsetning for å kunne arbeide med familiene.

Resultatene fra studien til Sjøstrøm, Hägglöf og Engström er aktuell å drøfte i forhold til målformuleringen i min studie, som nettopp handler om å etablere kjennskap til helsesøsters interesse, kompetanse og muligheter for å gå inn i vanskelige situasjoner i arbeid med foreldres samspill med barn.

I Finland er det gjort to studier (Tarka, Paunonen og Lappala 1999 og 2000) som har til hensikt og mål å undersøke hvilke ressurser og styrke hos førstegangsmødre som gir copingstrategier i omsorgen når barnet er tre og åtte måneder gammelt. Jeg definerer coping her som en prosess grunnet på det enkelte menneskets strategi, og muligheter for å mestre forskjellige situasjoner og krav. Studien viser at de tre første månedene etter fødselen er en krevende tid for førstegangsmødre. Mor må lære barnets behov å kjenne og hvordan hun skal respondere på barnets behov. Studien viser at både mors og barnets karaktertrekk påvirker mors evne til coping med omsorgen til barnet. Mors coping påvirkes av barnets sinnstilstand. Er barnet urolig og sippete (eng. *weepy*), vil dette være mer stressende for mor enn når barnet er rolig og raskt til å tilpasse seg de forskjellige situasjoner. Jo mer komplisert relasjonen mellom mor og barn blir, desto mindre kompetent kjenner mor seg med tanke på hennes coping.

Mors utdanning spiller også en viktig rolle for hennes coping i omsorgen til barnet. Jo høyere utdanning, eller større erfaring mor har, desto bedre coping i de daglige omsorgsoppgaver for barnet, enn for de som har lavere utdanning eller mindre erfaring.

Studien som er utført i Danmark (Elberling og Skovgaard 2002) har som hensikt og mål å beskrive antall og diagnostisk fordeling av 0-3 årige barn som henvises til en barnepsykiatrisk avdeling. Videre ser de på alder og kjønn hos henviste 0-3 årige barn, og forekomst av psykisk sykdom hos foreldrene.

Det ble i alt henvist 159 0-3 årige barn i 1997 og 1998. Ut fra bakgrunnspopulasjonen i København Amt svarer dette til en kumulerte incidensproposition på 0,4 %. Det ble henvist 90 gutter og 69 piker, hvilket svarer til en gutt/pikeratio på 1,3:1.

I min studie er jeg blant annet opptatt av utvikling av barnets psykiske helse og viser derfor til forskningen som er gjort i Danmark. Den viser at barn i alderen 0-3 år som vokser opp med foreldre som er psykisk syk, har en risiko for å utvikle psykisk sykdom selv.

Der foreldre og barn ikke oppnår et godt samspill blir det viktig at de så tidlig som mulig får støtte og hjelp fra den profesjonelle hjelpeinstans. Hvis ingen fanger opp disse problemene risikerer man at det oppstår en uheldig tilknytning som igjen vil kunne prege utviklingen av barnets psykiske helse.

Tidligere forskning som nevnes i dette kapitlet viser at samspillet mellom foreldre og barn er av betydning for barnets tilknytningsevne og at dette vil prege de nære relasjoner senere i livet.

1.3.7 Oppsummering av det aktuelle teoretiske rammeverk

Anvendelsen av dette teoretiske rammeverket skjer i kapittel 4 (drøftingskapitlet) for å drøfte, sammenligne og kritisk granske studiens resultater med resultater fra tidligere forskning.

Jeg velger å anvende tilknytningsteorier som bygger på Bowlby's forskning. Grunntanken i hans forståelse er barnets behov for en tidlig tilknytning mellom barnet og mor. Bowlby mener imidlertid at denne tilknytningen er en forutsetning for at barnet skal våge å utforske verden og kunne utvikle seg til en trygg person. Tilknytningsforskningen sier noe om hvilken rolle tidlige erfaringer spiller for den senere utviklingen (jr. punkt 1.3.3). De tre artiklene i punkt 1.3.6 som også bygger på Bowlby's teori, slik jeg forstår det, anvendes også som en del av studiens teoretiske rammeverk.

Videre anvendes *Marte Meo* (jr. punkt 1.3.4) og den salutogenetiske modell (jr. punkt 1.2.5). Den salutogenetiske modell diskuterer generelle helsefaktorer som anvendes mer allment når en forstår de forskjellige situasjoner. Modellen er utviklet gjennom vitenskapelige arbeider. *Marte Meo*-modellen er blitt dannet gjennom klinisk arbeid med barn og deres familier. Trass i at de er utviklet i ulike sammenhenger kan de imidlertid komplimentere hverandre. *Marte-Meo* har tatt opp i seg det salutogenetiske og har det som et overordnet perspektiv i sine arbeider. Ottawa Charteret (jr. punkt 1.2.3) og Barnekonvensjonen (jr. punkt 1.3.5) er også et aktuelt teoretisk rammeverk som anvendes i denne studien. Til slutt vil jeg nevne at min anvendelse av teorien i sin helhet vil gjøres ut fra et helsefremmende perspektiv, det vil si innen rammen av folkehelsevitenskap.

1.4 Helsesøsters og helsestasjoners plass i Norge

Norge fikk sin første Helsesøsterutdanningen i 1947 og ble etablert i statens regi i Oslo. Lov om helsesøstertjenesten kom i 1957, men den ble opphevet da Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) trådte i kraft i 1984. Helsetjenesten skal i henhold til denne loven fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Helsesøstertjeneste er en lovpålagt tjeneste innenfor kommunehelsetjenesten og helsesøsterutdanning kvalifiserer for tilsetning i Helsesøsterstilling. Helsestasjonens virksomhet og skolehelsetjenesten når de fleste i målgruppene barn, unge og deres familier. Arbeidet omfatter alle aspekter ved helse, og innebærer utstrakt kontakt og nært samarbeid med barn og unge, familiene og nærmiljøene. Virksomheten stiller krav til tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid. Spesielt gjelder dette i forhold til barnehager og skoler, og i forhold til barnevern. Samarbeidet kan gjelde enkeltbarn og familier og nettverks- og nærmiljøarbeid. Det stilles derfor økte krav til helsesøsters evne til samarbeid og samhandling om barnet, sammen med barn, unge og deres familier.

I målformuleringene for helsesøsterutdanningen uttrykkes at studentene skal tilegne seg kompetanse i å planlegge, iverksette og evaluere tiltak som bidrar til å ivareta helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor helsestasjonens og skolehelsetjenestens virksomhetsområder i kommunen (Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning 1998).

Helsesøstrene er gruppen helsearbeidere i Norge som møter bortimot samtlige foreldre og barn. De skal i henhold til loven fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Jeg mener derfor at det er svært viktig at nettopp denne yrkesgruppen i sitt arbeid ytterligere bevisstgjøres kunnskapens betydning om tilknytningen mellom barn og foreldre. Senere i kapitlet vises det til forskning som sier at kvaliteten på tilknytningen mellom omsorgspersoner og barn er vesentlige faktorer for hele livsløpet.

Slik jeg oppfatter allerede eksisterende forskning på området, vil man kunne anta at helsesøstrene sine interesser, kunnskaper og handlingsredskaper om foreldre-barn- samspill i et helsefremmende perspektiv er avgjørende for utvikling av barnets psykiske helse.

1.5 Problemformulering og forskningsspørsmål som overgripende perspektiv

I lys av foregående introduksjon formuleres følgende problemstilling: Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år?

1. Hvordan opplever helsesøstrene i sitt daglige arbeid samspillet mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år i samtalene med foreldrene?
2. Hvordan vurderer helsesøstrene sin egen interesse for og kompetanse om foreldre-barn-samspill?

3. Hvilke muligheter opplever helsesøstrene de har for å gå inn i situasjoner som uttrykker foreldre-barn-samspill der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn?

4. Hvilke muligheter vurderer helsesøstrene at de har for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer?

Disse fire forskningsspørsmålene understreker innholdet i min temaguide for det kvalitative intervjuet med helsesøstrene.

Stern (1985) antar at begynnelsesfasen for dannelse av nye selvområder er mer sensitiv hos spedbarn enn i senere faser av livet. Dette gjelder spesielt i løpet av de tre første leveårene i den forstand at prosessen går hurtigere under barnet første år, og barnet er dermed mer prisgitt det menneskelige miljøet det har til rådighet. Dette er en viktig grunn for mitt valg av barnets tre første leveår som kontekst for mitt studieobjekt.

1.6 Mål

Denne MPH-oppgavens overordnede mål er å undersøke hvilken kompetanse helsesøstrene har og hva de vektlegger i samtalene med foreldre som har barn i alderen 0-3 år. Jfr med problemstillingen: hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn?

Hensikten med denne MPH-oppgaven er å erverve kunnskap om:

Hvordan helsesøstre faktisk arbeider med foreldres samspill med barn i alderen 0-3 år.

Helsesøsters opplevelse av sine muligheter for å gå inn i vanskelige situasjoner i sitt arbeid med foreldres samspill med barn i alderen 0-3 år.

2. METODE

2.1 Valg av metode

I følge Bjarne Berulfsen og Dag Gundersen (1991) er ordet "metode" blitt oversatt til "planmessig fremgangsmåte". Med andre ord kan en si at metoden er en systematisk fremgangsmåte som omfatter strategiene for blant annet å samle og bearbeide data. Det finnes mange ulike metoder, og man skiller dels mellom a) formelle eller generelle metoder og b) informelle eller spesifikke metoder (Barbosa da Silva og Andersson 1996). Med a) formelle eller generelle metoder menes induksjon, deduksjon hypotetisk deduktiv metode (Popper 1997). Metode av type a) kan i prinsipp anvendes på alle typer materiell. Derfor kaller man dem generelle og formale (abstrakte). Med b) informelle eller spesifikke metoder menes slike metoder som må tilpasses til et bestemt materiell. Disse klassifiseres i to ulike typer: kvantitativ og kvalitativ metode. *Kvantitative* metoder kjennetegnes ved innsamling og

bearbeiding av opplysninger etter strikte regler og kriterier. Disse skal kunne tallfeste forekomster av ulike fenomener, sammenligne disse, uttrykke statistiske sammenhenger eller korrelasjon mellom egenskaper. Den mest brukte kvantitative metoden for å samle data innen samfunnsfag og folkehelsearbeid er spørreskjema, som gir mulighet for å fremskaffe informasjon fra et stort antall informanter. Dette gir muligheter for statistisk analyse av materialet og antydninger om mulige årsakssammenhenger mellom de fenomener som undersøkes.

Kvalitative metoder anvendes i forskning som er opptatt av å beskrive helheter og å analysere dem i forhold til deres deler. Dette bygger generelt på det hermeneutiske prinsippet at den kvalitative helheten er større enn summen av delene. En kvantitativ helhet derimot er lik summen delene (jr. $5 = 2+3$). Kvalitative metoder er brukbare for å studere (samle, tolke, analysere, systematisere, etc.) kvalitative data, det vil si det som Dagfinn Føllesdal (2002) kaller meningsfullt materiell, som er produkt av menneskelig bevissthet som uttrykker mening, intensjon, motiv, hensikt, affektiv betydning, innhold, ønsker, vurdering og ulike former for subjektiv opplevelser, som kun kan forstås i interaksjon med det opplevende subjekt. Eksempel på kvalitative metoder er: hermeneutikk, fenomenologi, Grounded theory, fenomenografi, innholdsanalyse, tekstanalyse, argumentasjonsanalyse, feltarbeid, deltakende observasjon, kvalitativ eller dybdeintervju. En del av disse metoder anvendes for å samle kvalitative data (for eksempel. kvalitativ intervju og feltarbeid), mens en del andre anvendes for å tolke, analysere og systematisere data (for eksempel. grounded theory, hermeneutikk og hermeneutisk fenomeneologi). I denne studien skal kvalitative metoder anvendes på følgende måte:

Som metode for å skape kvalitative data har jeg valgt det kvalitative forskningsintervju hvor jeg i hovedsak anvender min temaguide i lys av Steinar Kvaales (2001) metodetilnærming. Det kvalitative forskningsintervjus hensikt er å innhente beskrivelser fra informantenes livsverden for å muliggjøre tolkning av meningen i de fenomener som beskrives. Tolkning av informasjon står i forgrunnen. Det gjelder både informantene og intervjuerens fortolkning av informasjonen. Det representerer imidlertid to ulike tolkningsnivåer eller kontekster (jfr Kvale 2001).

Valg av metode blir gjort med bakgrunn i temaets særpreg og forskningsspørsmålenes art, (Holme & Solvang 1996). Det ligger store utfordringer i det metodologiske arbeidet med å finne frem til gode arbeidsredskaper, som gjør at en får hentet frem den aktuelle kunnskapen som problemstillingen befatter seg med. Det sentrale i denne studien er å undersøke hvordan helsesøstrene oppdager og formidler et godt samspill mellom foreldre og barn. Jeg søker ikke å kartlegge noen "objektiv sannhet" men helsesøsters subjektive erfaringer om deres interesse i samspillet mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år, slik de selv beskriver og fremstiller det.

Denne studien benytter et *deskriptivt design*. Ettersom det ikke finnes tilsvarende forskning på dette området skal materialet skapes av studiens forsker (meg) gjennom å utføre kvalitative intervjuer av helsesøstre ved offentlige helsestasjoner for å skape relevante kvalitative data. Denne type metode er relevant i studier av ukjente fenomener. Den er også relevant der fenomenene er kjente, men der man søker en utdypet kunnskap om fenomenene. Jeg har en antagelse om at helsesøstrene er opptatt av samspillet mellom foreldre og barn. På hvilken måte og hvordan de oppdager og formidler dette, er imidlertid ukjent for meg.

I den deskriptive metode starter man med et eksplisitt teoretisk rammeverk, med klare spørsmål og med klare mål (Parse, Coyne & Smith, 1985). Dataenes kvalitet vil generelt preges av forskerens forforståelse og kunnskaper om temaet som studeres. I punkt 1.5 (problemformulering og forskningsspørsmål) gis eksempel på fire viktige spørsmål som ble brukt, som intervjuguide i de kvalitative intervjuene. Alle informantene fikk de samme spørsmålene, og dataanalysen ble utført fra det teoretiske rammeverket, som i denne studien i hovedsak er tilknytningsteorien.

Metoden for å analysere datamaterialet i dette studie er den kvalitative *innholdsanalyse* som er en måte å systematisere og strukturere kvalitativ informasjon på. Metoden legger vekt på reliabilitet, gjengivelse av observasjoner og påfølgende fortolkning. For å analysere *kvalitative data* ble det foretatt kvalitativ innholdsanalyse av hvert spørsmål, slik de relateres til forskningsspørsmålene. Her dreier det seg om å beskrive, fortolke og forstå respondentens svar, og å søke variasjonsbredde og dybde.

Denne studien har en fenomenologisk tilnærming som beskriver fenomener (opplevelser) hvor målet er en systematisk problematisering og refleksjon over fenomener, som ved første blick kan betraktes som selvsagte (Kvale 2001). Perspektivet er anvendelig for å studere et praksisfelt. Tolkningen av kvalitative data skjer med henblikk på å komme tett på deltakernes eget perspektiv, "det fenomenologiske perspektiv" (Hummelvoll og Barbosa da Silva 1998).

For klarhetens skyld vil jeg her skjelne mellom det fenomenologiske perspektivet som kan kombineres med flere kvalitative metoder og to følgende typer av fenomenologisk studie.

Man kan dele inn fenomenologi i 1) deskriptiv og konkret fenomenologi og 2) essensiell (strukturell, morfologisk, typologisk) fenomenologi. Typen 1) fenomenologien beskriver opplevelser eller erfaringer så fordomsfritt som mulig (innenfra perspektiv, det vil si det fenomenologiske perspektivet). Essensiell fenomenologi anvendes ikke primært for beskrivelse. Den anvendes i stedet ved analyse av data for å abstrahere /avlede det essensielle fra det partikulære og konkrete. Det man får frem er temaer i betydningen av *essens*, *substans* eller *kategori* (på gresk kalles det for *Eidos* eller *typos*). Det man mener er grunnleggende egenskaper hos ett og samme fenomen som flere eller mange har en felles opplevelse av. Jeg bør være bevisst på min egen forforståelse (forutsetninger og fordommer) som kan påvirke informanten, enten positivt eller negativt. Kirsti Malterud (1996) sier at spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan.

Denne MPH-oppgave, som har fokus på helsesøsters opplevelser anvender en fenomenologisk tilnærming i betydning deskriptiv og essensiell fenomenologi, hvor betydningen av å lytte og beskrive så korrekt som mulig det man lytter til, er en viktig faktor.

2.2 Materieell / utvalg / gjennomføring av datainnsamlingen

Studiets empiriske materieell er data fra kvalitative intervjuer med ti helsesøstre som representerer fire forskjellige kommuner, og fra åtte forskjellige helsestasjoner i Norge.

Alle informanter unntatt en har tatt sin helsesøsterutdanning for mer enn ti år tilbake. De har stort sett arbeidet som helsesøstre siden de tok utdanningen. For å utdanne seg til helsesøster, må man først være autorisert sykepleier. Flere av dem har tilleggsutdannelse ut over helsesøsterutdanningen

Jeg forsøker å forstå verden fra informantenes side, få frem betydningen av deres erfaringer og å avdekke deres opplevelser av verden forut for vitenskapelige forklaringer. Helsesøstre har som oppgave å utføre helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene for og med barn, unge og deres familier. Dette er begrunnelsen for å velge denne yrkesgruppen som informanter for min studie. Disse informanter ble rekruttert ved at jeg kontaktet ledelsen ved de respektive helsestasjoner. Datainnsamlingen har skjedd ved forskjellige helsestasjoner i Norge som er aktuelle praksisplasser for studenter ved Høgskolen i Agder. Utvalget blir ikke statistisk representativt og grunnlaget for statistisk generalisering er derfor ikke til stede. Jeg vil derfor ikke kunne si noe om *frekvens* og utbredelse av eventuelle funn. I kvalitative undersøkelser er muligheten for forståelse og anvendelse viktigere enn generalisering. Mine antagelser er at disse samtaler kan åpne for ny kunnskap og gi ny innsikt, som kan danne grunnlag for å formulere fruktbare hypoteser for kvantitativ forskning, der statistisk analyse er sentral (Kvale 2001).

2.3 Instrument / intervjuguide og transkribering

Jeg anvendte *halvstrukturerte* intervjuer fordi det er viktig med åpenhet i gjennomføring av kvalitative intervju. Innholdet i intervjuguiden var spørsmål om hvilke temaer helsesøstre allment anvender i arbeid med familier som omfatter foreldre – barn – samspillet. Intervjueren (heretter, jeg) tilstrebet trygg atmosfære og et mest mulig folkelig språk slik at informantene skulle kjenne seg vel i intervjusituasjonen, og at de i størst mulig grad ble gitt mulighet for å uttrykke sine egne opplevelser og erfaringer så spontant som mulig (Maunsbach og Dehlholm-Lambertsen 1997).

Intervjuene ble tatt opp på minidisk. Dette var et godt hjelpemiddel for å få med seg helheten av den verbale kommunikasjon. Jeg kunne konsentrere meg om hva informantene sa, noe som ga meg bedre muligheter til å komme med oppfølgingsspørsmål. Underveis måtte jeg gjøre meg notater angående intervjusituasjonens dynamikk og kontekst for å fange både det verbale og nonverbale aspekt av kommunikasjonen. Det ble også umiddelbart etter intervjuet notert ned momenter som minidisken ikke fanget opp, men som ble registrert gjennom deltagende observasjon (Repstad 1998).

2.4 Gjennomføring av tolkning og analyse

I det følgende vil jeg skille mellom tre tolkningsnivåer som motsvarer det Kvale kaller for tolkningskontekst, nemlig a) *selvforståelse*, b) *kritisk forståelse basert på sunn fornuft* og c) *teoretisk forståelse*.

Jeg vil benytte Kvaless (2001) tre tolkningsnivåer i tolkningen, analysen og validering av de kvalitative data. På tolkningsnivå a) *selvforståelse* forsøker tolkeren å formulere det

informanten selv oppfatter som meningen med sine uttalelser som blir en omskrivning av informantenes egne synspunkter, slik forskeren forstår dem. På tolkningsnivå a) er kriteriet for korrekt tolkning de intervjuede personers selvforståelse. Derfor får informantene tilbud om å lese den transkriberte tekst, slik at de gjenkjenner og godkjenner intervjuresultatet (ikke forskerens tolkning av det). Tolkningsnivå b) *kritisk forståelse, er basert på sunn fornuft*. På dette nivået går tolkningen lengre enn til å omformulere informantenes selvforståelse. Den holder seg likevel innenfor konteksten av det som er en allmenn fornuftig eller *rimelig* tolkning. Videre vil det si at tolkningen omfatter også en kritisk lesning, basert på sunn fornuft. På nivå b) er det sunn fornuft som er kriteriet på korrekt tolkning. Som Kvale påpeker fins det ikke en art uten en gradsforskjell mellom nivå a) og nivå b). På nivå c) *teoretisk forståelse* benyttes en teoretisk ramme (jr. den aktuelle rammeverk/tolkningsrammen i punkt 1.3 ovenfor) og tolkningen vil gå lengre enn a) og b) (Kvale 2001). På nivå b) er det sunn fornuft som er kriteriet på korrekt tolkning, mens på nivå c) er det forskeren i de fag som studien er plassert i, som er kriteriet på vitenskapelig tolkning. For at tolkningsresultatet som oppnås på nivå c) skal ha validitet, forutsetts det at a) og b) utføres på en vitenskapelig måte. På nivå c) står jeg som forsker i *en kritisk* dialog med andre forskere innenfor same fag, nasjonalt og internasjonalt. Analysen ble gjort på følgende måte:

Intervjudataene ble transkribert fra muntlig framstilling til skriftlig tekst. Innspillingene ble lyttet til gjentatte ganger slik at transkriberingen ble så korrekt som mulig. Informantene fikk tilbud om å lese igjennom den transkriberte teksten for eventuelle kommentarer (Kvale 2001).

Tekstene ble lest gjennom flere ganger, med henblikk på å finne temaer som svarene kunne gå inn i. Svar som kunne sorteres under samme temaer ble gitt en bestemt farge eller andre tegn. Det ble foretatt eliminering av svar som ikke hadde relevans for de aktuelle spørsmålene. Deretter ble det talt opp antall svar for hvert tema. Dette for å se hvor fremtredene de enkelte utsagnene fra informantene var. Utvelgelse av utsagnene i de forskjellige temaer, var neste steg. Det enkelte tema ble eksemplifisert med utsagn for å synliggjøre meningsvariasjon som temaene omfatter. Temaene ble så tolket ut fra Kvales tre tolkningsnivåer i tolkningen, analysen og validering av de funne kvalitative data som beskrevet ovenfor.

Etter utarbeidelsen av intervjuguiden, og gjennomført intervju foretok jeg en refleksjon over egne forutinntatte holdninger med tanke på intervjuguidens og intervjuets innhold. Dette er en bevisstgjøring på egne holdninger i analyseprosessen. I drøftingene forsøker jeg å være bevisst på hva informantene formidler i intervjusituasjonen. I boken *Qualitative Methods in Public Health* (2002) stiller Helena Willén spørsmål om hvilken stemme er det som blir hørt i historiene som fortelles? Er det forskerens autoritative og/eller subjektive stemme som forteller hans/hennes egne erfaringer og tolkninger av materialet? Er det en vitenskapelig, formell stemme eller er det informantenes stemme som får lov til å komme frem (Willén 2002)?

2.5 Etiske overveielser

Studiets fokus er helsesøsters opplevelser i en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming hvor betydningen av å lytte er en viktig faktor. Fenomenologien beskriver opplevelser eller erfaringer så fordomsfritt som mulig (innenfra perspektiv), og hermeneutikken innebærer en

tolkende lytting av opplevelsens dypere mening. For å oppnå dette, må man la informantene selv fritt og så detaljert som mulig beskrive sine egne opplevelser og erfaringer. Jeg bør, så langt som mulig, være bevisst på min egen påvirkning og forforståelse.

Kvalitativ forskning fordrer at en hele tiden har en reflektert holdning til forskningsprosessen. En bør ikke la egne følelser flomme fritt, men må enten *bevisstgjøres* dem eller bruke dem kontrollert for å oppnå en ønsket effekt. Balanse mellom nærhet og distanse er nødvendig. Nærhet trengs for å få tak i det autentiske, og distanse for å se dataene i et upartisk perspektiv (Repstad 1998).

Grunnsynet i denne studien bygger på et humanistisk menneskesyn. Det betyr blant annet at jeg viser respekt for informantenes språk og uttrykksform, hvilket innebærer respekt for deres *autonomi*, verdighet, integritet og grunnleggende rettigheter.

Jeg har kontaktet datatilsynet for å innhente en eventuell godkjenning. Svaret jeg fikk var at det ikke er behov for noen godkjenning, så lenge jeg ikke skal benytte noen form for registre. Videre er det heller ikke nødvendig med noen tillatelse fra den etiske regionale komité på grunn av at jeg kun skal intervju helsearbeidere. De foreliggende etiske retningslinjer som informert samtykke, konfidensialitet og anonymisering er fulgt (World Medical Association Declaration of Helsinki 2000).

Informasjon om studiens mål ble gitt til helsesøstrene både skriftlig og muntlig i god tid før samtykke. Deltagerne fikk informasjon om bakgrunn og hensikt med undersøkelsen, og hvem som administrerer og finansierer undersøkelsen. Deltagelsen er frivillig og samtykke foreligger skriftlig. Det fremkommer i samtykke at informantene kan når som helst trekke seg fra studie uten negative konsekvenser for dem.

3. RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultater fra intervjuene med helsesøstrene. De viktigste og mest relevante deler av intervjudataene presenteres gjennom utvalgte sitater og sammendrag som illustrerer de temaer som klart kom til uttrykk i denne studien. Resultatet presenteres videre i fire punkter som gjenspeiler de fire forskningsspørsmålene beskrevet under punkt 1.5.

Funnene i denne studien viser at helsesøstrene er opptatt av å formidle hvilken betydning samspillet mellom foreldre og barn har for barnets emosjonelle utvikling. Helsesøstrene sier at samspillet kvalitet er viktig for tilknytningen til foreldrene og for barnets evne til å danne relasjoner til andre. Helsesøstrene opplever dette samspillet når de observerer foreldrenes fysiske og psykiske nærhet til barnet. Samtlige helsesøstre viser interesse og kompetanse innen området foreldre-barn-samspill. Deres kompetanse varierer og forskjellen på deres kompetanse kommer klart til uttrykk i situasjoner der det oppstår emosjonell brist i samspillet mellom foreldre og barn. Enkelte helsesøstre sier at det er vanskelig å vite hvor aktive de selv skal være i slike situasjoner med tanke på å gripe inn overfor foreldrene. Dette begrunner de med at de er redde for å støte foreldrene fra seg. Andre sier det er viktig å gå aktivt inn for å kommunisere budskapet så direkte som mulig.

3.1 Hvordan opplever helsesøstrene i sitt daglige arbeid samspillet mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år i samtalene med foreldrene?

To av informantene gav følgende svar til dette forskningsspørsmålet:

"[...] jeg tror jeg kan si at alle helsesøstre er opptatt av samspill mellom foreldre og barn [...]" (informant 6, s.1).

"[...] samspillet mellom barnet og foreldrene, synes jeg er viktig at de begynner å tenke på allerede fra det øyeblikket de er født [...]" (informant 2, s.1).

Disse svar er representative for mine øvrige informanter. Alle helsesøstrene viser et stort engasjement omkring temaet samspill mellom foreldre og barn. Samspillets karakter opplever de med å observere foreldre og barn i forskjellige situasjoner. De situasjoner som spesielt nevnes er: hvordan foreldrene holder barnet, ser på barnet og prater med barnet. Disse tre temaer samles under hovedtemaet: samspill mellom foreldre og barn.

Samspill mellom foreldre og barn

Helsesøstrene møter foreldre og barn allerede en uke etter at mor og barn er kommet hjem fra sykehuset etter fødselen. Det mest interessante de da observerer, er å se på mors væremåte og hennes reaksjon overfor barnet. Helsesøstrene er engasjert av foreldrenes empatiske evner. Disse evner gjenspeiles gjennom hvordan foreldrene takler de forskjellige situasjoner med sine barn. Det igjen sier noe om samspillets kvalitet mellom foreldre og barn. Helsesøstrene er opptatt av å vise foreldrene at den viktigste oppgaven i de første månedene, er å skape trygghet hos barnet. Videre å gi foreldrene konkrete tips på hva dem skal gjøre for å roe barnet når det gråter, og prøve å finne ut hvorfor barnet gråter. Barnet må få en oppfattelse av at noen er tilstede og at de bryr seg om det, selv om ikke barnet kan gi konkrete tilbakemeldinger. At foreldre formidler ro og trygghet til barnet, er noe av det mest betydningsfulle de kan gjøre i den første tiden.

• Hvordan foreldrene holder barnet

Samtlige helsesøstre er opptatt av hvordan foreldrene holder barnet sitt. De mener dette er et uttrykk for hvordan relasjonen mellom foreldre og barn er. Når foreldrene har barnet i armene sine og holder det på avstand, opplever helsesøstrene at foreldre og barn ikke får den fysiske og psykiske nærheten de har behov for. Dermed får de heller ikke opplevelsen et godt samspill. Det kommer tydelig frem i intervjuene at denne kunnskapen ønsker helsesøstrene å formidle i samtalene med foreldrene. En av helsesøstrene uttrykker følgende:

"[...] viktigheten av det å ha barnet nært seg [...] Å holde godt på barnet, et fast grep så barnet føler trygge rammer. [...] at det er følelser og fysisk kontakt og om de tar i barnet med gode hender" (informant 3, s. 2).

- **Hvordan se på barnet**

Når helsesøstrene forteller om hvordan foreldrene ser på barnet, merker de seg blikkontakten som oppstår mellom dem. I forbindelse med blikkontakten beskriver de barnets smil til foreldrene. En av informantene sier at dette smilet bør mor få frem hos barnet innen rimelig tid. Hvis det ikke er kommet innen seksukers kontroll, får mor beskjed om at hun må kommunisere mer med barnet sitt. Disse observasjoner gjør helsesøstrene seg med bakgrunn i at også dette forteller mye om samspillet mellom foreldre og barn. En av informantene sier:

"[...] de er jo veldig opptatt av blikkontakt, ikke sant? Det er jo liksom det første: ser barnet på meg? Og da har vi jo en fin mulighet til å fortelle dem at det er jo ikke bare en blikkontakt. Allerede da forteller du barnet, at du er verdens beste. Du gir det den tryggheten allerede fra første stund som er så viktig opp igjennom hele tiden. Og signaliserer til barnet, at du er verdens beste og de får den tryggheten i seg og selvtilliten blir allerede lagt. Sånn snakker vi med foreldrene når de kommer til oss og det er veldig spennende og fint" (informant 4, s.1).

Informantene formidler at de er opptatt av hvordan foreldrene ser på barnet sitt. Noen poengterer at foreldrene bekrefter sine barn ved å se på dem, og at de dermed også anerkjenner sine barn. I slike situasjoner bygges relasjoner og som er vesentlig for utviklingen av barnets psykiske helse. Nettopp den opplevelsen artikuleres fra samtlige helsesøstre. En av dem hevder:

"[...] Og dette tror jeg har med psykisk helse å gjøre, fordi det har med trygghet å gjøre. Det handler om å bli sett og det å bli anerkjent som person" (informant 2, s. 4).

- **Hvordan prate med barnet**

Helsesøstrene uttrykker viktigheten av at foreldrene fører dialog med barnet, helt fra første stund. Dialogen kan bestå av at de småprater med barnet. De lager lyder, trøstelyder og babler og gurgler sammen med barnet. Informantene må forklare foreldrene at selv om ikke barnet gir tilbakemeldinger, så er likevel språket de bruker med på å skape ro og trygghet for barnet. I løpet av de første fire ukene kan man i en slik dialog oppleve å få det første smilet fra barnet. Barnet begynner å lage lyder til foreldrene og når barnet begynner å lage lyder, så skal foreldrene bare være stille og de skal gjenta de lyder barnet lager. Det oppstår da en dialog mellom dem, og barnet vil høre de samme lydene fra foreldrene. Slik dannes det et språk mellom dem. Foreldrenes evne til å kommunisere med barna avspeiler samspillet mellom foreldre og barn. De beretter at foreldrene må prate med barna, på barnas premisser og at det først da blir en dialog. Noen av dem bruker ordet "turtaking". Dette er et begrep som helsesøstrene bruker i sin forklaring til foreldrene om hvordan de skal føre en dialog med barna. Foreldrene skal lære seg å vente på sin tur, slik at barna først får anledning til å uttrykke seg. Om hvordan foreldrene bør oppføre seg sier en av informantene:

"[...] man må ikke bare prate, men stoppe og la barnet få anledning til å svare og at de ofte ikke svarer med en gang, men at det kommer etter hvert. Og når barnet da svarer, må du være stille og la barnet få snakke ferdig så kan du svare igjen" (informant 3, s. 2).

Jeg vil vise til et sitat nedenfor hvor en av informantene gir et eksempel på sin del av en dialog mellom foreldre og barn. Situasjonen handler om grensesetting:

"[...] Og etter hvert som ettåringene og toåringene kommer, [...] snakker vi. Da har de begynt å legge seg på gulvet og sparke og bli sint. Og da raser jo hele verden sammen for dem, når de blir sint for de det kanskje er en feil farge på sokken [...] Ja nå skjønner jeg at du er sint og det får lov til, men du får likevel ikke viljen din. [...] Dette snakker vi masse om" (informant 2, s. 3 og 4).

Informantene påpeker nødvendigheten av at foreldrene formidler trygghet hos barna i situasjoner som beskrevet ovenfor. Verden raser ikke sammen fordi om barnet kjenner seg oppløst. Når barna møter fasthet tilbake får de en fornemmelse av at de voksne takler sånne situasjoner. Dette handler om samspill, en gjensidig kommunikasjon mellom foreldre og barn som skaper relasjoner. Etter at helsesøstrene har tatt i bruk *Marte-Meo*-modellen har de i større grad begynt å reflektere over at gode relasjoner er avhengig av alle parters delaktighet. Derfor vil relasjonens kvalitet være rotfestet i både barnas og foreldrenes evner til å knytte relasjoner. Helsesøstrene bemerker at disse kunnskapene om foreldre-barn-samspill har påvirket deres synspunkter på barna.

3.2 Hvordan vurderer helsesøstrene sin egen interesse for og kompetanse om foreldre-barn-samspill?

Alle uttrykker både interesse og at de har en viss kompetanse i foreldre-barn-samspill. Det skjer stadig utvikling i dette kunnskapsfeltet. Derfor beskriver flere helsesøstre også behov for kompetanseheving innen dette området. Mulige tiltak som spesielt nevnes i forbindelse med økt kompetanse er: *videreutdanning og kursing, teamarbeid og tverrfaglig samarbeid*. Disse temaer samles under hovedtemaet: *kompetanse om foreldre-barn-samspill*.

Kompetanse om foreldre-barn-samspill

Helsesøstrene er mest opptatt av å fortelle om hva som øker deres kompetanse i forhold til deres observasjoner av foreldre-barn-samspill. De er mindre tydelig i å fortelle om sin opplevelse av egen kompetanse. Betegnelsen nyere kunnskap anvendes i forbindelse med foreldre-barn-samspill. Hvis man går noen år tilbake, så var bevisstheten om temaet ikke så uttalt som i dag. Bevissthetsgraden har økt via videreutdanninger, kursing og i samhandling med andre fagpersoner. *Marte-Meo*-modellen fremheves av flere som et godt arbeidsredskap i observasjon av foreldre-barn-samspill. Helsesøstrene har i løpet av de siste åra blitt mer bevisst på at både mødre og fedre helt fra fødselen av kan ha en aktiv rolle til barnet. De fødselsforberedene kursene, omtaler også både mødre og fedre som viktige aktører. Der helsesøstrene vet at det er mange alenemødre som ikke har kontakt med barnefaren, forsøker helsesøstrene å stimulere andre (familie, venner) til å delta sammen med mor og barn helt fra fødselen av. En av helsesøstrene sier at mødre og fedre får en helt annen oppfølging fra helsestasjonene i dag, enn hva som var tilfelle for noen år tilbake. Det kan være flere grunner til dette. Årsaken kan nettopp være grunnet i økt kompetanse på området foreldre-barn-samspill. En viktig faktor vil derfor være at tjenestene har et innhold som svarer til mødres og

fedres behov. Tjenestenes innhold vil være avhengig av om helsesøstrene er rimelig faglig oppdatert. Derfor vil tjenestens kvalitet påvirkes av helsesøsters kompetanse.

Som undertema om kompetanse nevnes to områder: *videreutdanning og kursing, teamarbeid og tverrfaglig samarbeid.*

- **Videreutdanning og kursing**

Videreutdanninger i psykisk helsearbeid fremheves av flere som kompetansegivende spesielt i forbindelse med relasjonsarbeid. Disse videreutdanninger vektlegger nettopp relasjonskompetanse, en kompetanse som fører til at helsesøstrene opplever en kvalitetsbedring i arbeidet med forholdet mellom foreldre og barn. Videreutdanninger informantene spesifiserer som nødvendig for deres kompetanse innen temaet foreldre-barn-samspill er: *Marte Meo*-terapeut, Barn av psykisk syke foreldre, Psykisk helsearbeid, Psykososialt arbeid, Veiledningspedagogikk, Rus og forebyggende arbeid og Psykososialt arbeid med barn, ungdom og deres familier.

Yrkesgruppen har stort sett godt kjennskap til hvilket utdanningstilbud og kurstilbud som svarer til deres kompetansebehov. Alle utdanningene som fremheves er tverrfaglig og fellesnevneren er relasjonskompetanse. Kursene de nevner handler om samspill og kommunikasjon. Foreldreveilederen er ett av kursene som angis og dette er et statlig opplegg. Nedenfor gis det et eksempel fra Foreldreveilederen:

"Ja, jeg kan bare ta et eksempel fra to års konsultasjonen. Det er jo en veldig viktig konsultasjon [...] da har vi et par sider i det opplegget (foreldreveilederen) som går på hvordan en to åringer er [...]det synes jeg er en god måte å få i gang samtalen på, fortelle hvordan en to åring vanligvis er. De er verdensmestere og skal greie alt selv, og så er de plutselig hjelpeløse [...] så skjærer det seg og man vet ikke hvorfor det skjærer seg (informant 4, s. 2).

- **Teamarbeid og tverrfaglig samarbeid**

Det tverrfaglige samarbeidet understrekes av alle informanter som betydningsfullt og omtales som meget berikende. I møte mellom forskjellige fagpersoner skjer det gjerne en bekreftelse på egen fagidentitet. En lærer av hverandres fag og ikke minst at en gjennom den andre opplever bekreftelse på sin egen fagidentitet. Teamarbeid med egen profesjon og i tverrfaglige team presiseres som god kompetanseutvikling. Dets nødvendighet og nytte framheves på følgende måte:

"Så det er nok på trappene det at helsesøstrene jobber i team. Slik lærer man jo av hverandre, det har vært nyttig [...]" (informant 1, s. 3).

Når det gjelder tverrfaglig teamarbeid spesifiseres gruppene: leger, psykiatriske sykepleiere, familierapeuter, jordmødre, psykologer og psykiatere. Etater som opplyses er: familiesentre,

pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevern, sosialkontor og barnehave som de mest aktuelle samarbeidspartnere. Alle disse har de behov for å samarbeide med. Helsesøstrene gir også uttrykk for at det til tider oppleves som belastende å koble barnevernet inn i behandlingen. Årsaken til dette er redsel for familiens reaksjoner. En av informantene sier hun ønsker å avdramatisere barnevernets tilstedeværelse og sier:

"Tverrfaglig samarbeid er jo veldig viktig, det er fokusert veldig på det nå. Og da pleier jeg å gjøre det sånn, at jeg spør en fra barnevernet om de vil komme hit til helsestasjon sammen med meg, mor, far og barnet [...] og at vi da tar en samtale sammen. Og da kan de se at den fra barnevernet ikke er en farlig person. De får se hva denne person står for, og hva de kan tilby av hjelp, og da blir det enkelte ganger en helt naturlig melding der og da" (informant 4, s. 3).

En annen yrkesgruppe som nevnes som fruktbar i det tverrfaglige team er barnelegene. Spesielt gunstig mener de dette er, der dem er usikre på hvordan samspeillet mellom foreldre og barn er. Sitatet nedenfor forteller om en slik samarbeidssituasjon:

"[...] du vet da får vi masse ekstra informasjon. For når jeg snakker med foreldrene kan legen observere, og når legen snakker kan jeg observere [...] og det har vært kjempespennende. [...] jeg husker i ett tilfelle var vi enige om at vi skulle prøve å holde på en positiv og god kontakt, bakke opp mor på morsrollen og ikke melde bekymringen vår til noen. [...] mor var så moden at hun i en sammenheng tok kontakt med sin fastlege for å komme til psykolog, så var det åpent for at barnevernet kunne komme inn, psykologen kunne komme inn og hele apparatet. Vi har evaluert det etterpå og vi tror faktisk at det var viktig for oss å være der med en positiv faktor for moren og det var to år før hun kom så langt at ho var moden for å få ekstra hjelp" (informant 2, s. 7).

3.3 Hvilke muligheter opplever helsesøstrene de har for å gå inn i situasjoner som uttrykker foreldre-barn-samspill der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn?

Flere informanter opplever at de har kunnskaper om temaene som er beskrevet ovenfor, og at disse er viktige og relevante for forståelse av den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Ett av målene for helsesøstrene etter endt utdanning er at de skal kunne vurdere barn og unges fysiske og psykososiale utvikling. Utviklingspsykologi er et sentralt tema i deres utdanning og det skal legges særskilt vekt på kunnskap om og forståelse for barn og unges vekst og utvikling (Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning 1998). Noen av informantene ser behovet for å styrke sin kompetanse innen fagområdet psykisk helsearbeid nettopp for å kunne gå inn i situasjoner der det foreligger en emosjonell brist i tilknytningen mellom foreldre og barn. De viser til at flere helsesøstre har en videreutdanning innen psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid/psykososialt arbeid med barn, unge og deres familier.

Enkelte informanter opplever at de har både kunnskaper og muligheter for å gå inn i situasjoner der de ser at det er en brist i den emosjonelle tilknytningen. Andre informanter gjør seg observasjoner om at det foreligger en brist, men opplever at det er vanskelig å gå inn i

disse situasjoner. De begrunner dette med at foreldrene er svært sårbare. Informantene sier de er redde for å støtte foreldrene fra seg, det vil si de ønsker å vise dem respekt:

"For jeg synes det er veldig viktig å respektere foreldrene for de ressurser som de har, for du kan ikke forvente det samme fra alle foreldrene, sånn er det bare" (informant 8, s. 5).

Sitatet ovenfor presiserer at alle foreldre har forskjellige utgangspunkt. Enkelte beskriver at det oppleves komplisert å gå aktivt inn i de situasjoner der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn. Mens andre opplever at de har muligheter for å gå aktivt inn i situasjonene.

Hovedtemaet i materialet under dette forskningsspørsmålet kan formuleres slik: *Helsesøstrenes mulighet for å hjelpe til med å skape tilknytning mellom foreldre og barn.* Måten dette kan skje på uttrykkes ved å peke på tre undertemaer: *Gi støtte til foreldrene som gode rollemodeller, betydningen av at det er et godt forhold mellom foreldrene og støtte til foreldrene under sykdom.*

Helsesøstrenes mulighet for å hjelpe til med å skape tilknytning mellom foreldre og barn

Tidsfaktoren er flere opptatt av når vi samtaler om hvilke muligheter de har for å gå inn i situasjoner der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. En sier hun synes det er vanskelig å snakke så mye om samspill på en vanlig konsultasjon. Hun refererer til alle de tekniske tingene som må gjennomføres slik som observasjoner av barnets motoriske utvikling, vekt, amme problemer, etc. Videre sier samme informant at hun selv opplever å inneha den kompetanse som må til for å se de foreldre som ikke har det gode samspillet. Andre informanter opplever at de nå er mer opptatt av å komme inn på den totale livssituasjon med foreldre og barn enn hva de var tidligere. Derfor går disse informantene inn i situasjoner hvor de ser at det er fare for at det kan utvikle seg en brist i relasjonen mellom foreldre og barn. Der går de inn og gir råd og veiledning. I det følgende punktet er det temaet rollemodeller som presenteres. Informantene fastslår at foreldrene i større eller mindre grad er rollemodeller for sine barn Enkelte fremhever denne iakttagelse som en viktig del av samspillet prosess og som igjen påvirker tilknytning mellom foreldre og barn.

• **Gi støtte til foreldrene som gode rollemodeller**

Informantene forteller foreldrene at det er viktig for barnets utvikling at de er forutsigbare og at de gir barna sin kjærlighet. Foreldrene har også behov for å få bekreftet sitt forhold til barnet. De må få vite at det å være en god mor, eller en god far er viktig for barnets utvikling. En informant understreker at foreldrene gjør mot sine barn, det de selv fikk som barn fra sine foreldre. Ballasten foreldrene har med seg fra barndommen, er viktig med tanke på hvilken ballast de makter å gi sine egne barn. Dette viser hvor stor påvirkning foreldre har på sine barn. Helsesøstrene kjenner til disse mekanismer og er opptatt av å bryte eventuelle onde sirkler som er ødeleggende for samspillet mellom foreldre og barn.

Helsesøstrene fornemmer at de fleste foreldre er opptatt av å være gode rollemodeller for sine barn og at det er vesentlig med tanke på å danne gode relasjoner. Gode relasjoner mellom foreldre og barn skjer når det utvikler seg kvaliteter, bånd og gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre. Dette er et viktig skritt mot å skape tilknytning mellom foreldre og barn. En informant forteller om en mor som klaget over at barnet gråt så meget. Helsesøster fikk en opplevelse av at mor og barn strevde med sitt samspill. På hjemmebesøket fikk helsesøster anledning til å filme situasjoner der mor, søsken og det lille barnet var sammen. Mor fikk se situasjonene som ble filmet og utbryter:

"Jeg snakker veldig høyt, og jeg kjefter hele tiden" (informant 1, s. 4).

Helsesøster fikk en samtale med mor hvor de snakket om at det ble en aggressiv atmosfære hjemme hos dem når mor så høylydt kjefter på barna.

En annen helsesøster forteller om en situasjon hvor foreldrene i perioder ruset seg og ble borte fra hjemmet. Barnet var da ikke fylt to år. Det gråt mye, var utilpass og henvendte seg til helsesøster i sin lek fremfor å gå til sine foreldre. Barnet neglisjerte sine foreldre, og helsesøster fikk gjennom sine observasjoner en følelse av at tilknytningen ikke var til stede. Gjennom å oppleve sånne eksempler uttrykker en av helsesøstrene at de psykososiale problemer går i arv. Utgangspunktet for å hevde dette er at foreldre som selv ikke hadde gode forbilder som barn har mindre forutsetninger for å være gode forbilder selv. En helsesøster uttrykker det slik:

"[...] at det intuitive ligger i oss som har hatt det greit selv når vi var små [...] men de som ikke har hatt det, der ligger det jo ikke" (informant 3, s. 3).

En annen informant uttrykker at de fleste foreldre intuitivt gjør de rette tingene mot sine barn:

"[...] jeg pleier å si det sånn at når det blir født et barn, blir det født et par foreldre som har et instinkt i seg til å se barnet og de rette tingene med barnet. De aller fleste gjør det, de holder barnet fint, de ser på det og prater med det, og stiller godt med det den første tiden" (informant 4,s.1).

Betydningen av at det er et godt forhold mellom foreldrene

Forholdet mellom mor og far spiller også en viktig rolle i foreldre-barn-samspillet. Temaet er nærgående og berører det private livet, og oppleves derfor som besværlig å ta opp i samtalene. En av informantene skildrer utviklingen fra å være nyutdannet til en mer erfaren helsesøster med og si at hun som erfaren helsesøster opplever en vesentlig større grad av trygghet i sin yrkesrolle. Hennes bevissthet er styrket med tanke på å kommunisere de etiske dilemma som oppleves i jobben. Det hun beskriver er prosessen fra novise til ekspert og utvikling av det kliniske blikk. Hun kjenner de bakenforliggende faktorer som utløser de forskjellige situasjoner. Dette gir henne en opplevelse av at valgene som tas er begrunnet i aktuelle kunnskapsområder.

Selv om det er barnet som er i fokus, så er det jo foreldrene og samspillet med barnet som er viktig hevder en informant. Flere poengterer at samspillet foreldrene i mellom, påvirker deres samspill med barnet. Der helsesøstrene oppdager et problemfylt samspill mellom foreldrene, tar de fleste dette direkte opp med de berørte og forteller dem hvor viktig denne kontakten er for barnets utvikling. Informantene får spørsmål om hva de gjør i de tilfeller der foreldrene ikke makter dette samspillet trass i om dette påpekes. Helsesøstrene gir da tilbud om en tettere oppfølging ved at foreldre og barn kommer oftere til helsestasjonen. I slike situasjoner blir det også foretatt hjemmebesøk. Et slikt forhold blir eksemplifisert med en mor som ble mishandlet av sin ektefelle. I såne tilfeller gjør de seg observasjoner som viser at barnet ofte gråter, er ustelt, apatisk, mimikkfattig, ukonsentrert, aggressivt, søker til andre i stede for til sine foreldre og lar seg ikke grensesette.

Et annet eksempel handler om at barnet gråt hver gang helsesøster møtte dem. Barnet var 14 dager gammelt og virket veldig utrygg. Ved et hjemmebesøk ga begge foreldrene uttrykk for at barnet gråter veldig mye. Etter hvert fikk helsesøster en telefon fra krisesenteret og det viste seg at mor var utsatt for mishandling fra sin ektefelle. Følgende viser ett av utsagnene som sier noe godt og nødvendig om foreldreforholdet som informantene vurderer har gode konsekvenser for barnet:

"[...] den tryggheten som skapes den første levemåned kan vare hele livet. [...] barnet senser hvis foreldrene kjefter og høylydt krangler, og at det virker negativt på barnet [...] Ja det er faktisk mer viktig hvordan foreldrene har det sammen [...] mange tror at bare barnet får riktig fysisk omsorg så er alt greit, men det er faktisk ikke slik" (informant 1, s. 1).

I intervjuet bes informantene om å konkretisere hva de ser etter, når de observerer den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Enkelte svarer med å si at de ser etter hvilket samspill foreldrene har med barnet (punkt 3.1). De observerer også barnets trivsel. Etter hvert som barnet blir litt større, er de nysgjerrig på hvordan foreldrene samarbeider med barnet. Ut over dette er det flere av informantene som betegner aktuelle årsaksfaktorer som kan føre til en brist i tilknytningen mellom foreldre og barn. Videre viser de til aktuelle tiltak som iverksettes og de fleste begrunner sine handlinger ut fra en praktisk viten.

Informantene har i dette punktet fortalt om foreldreforholdets betydning i prosessen av den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn. Det kan være flere grunner til at foreldreforholdet skranter og en sak som fremheves er syke foreldre og syke barn. Sykdom vil i de fleste tilfeller kreve ekstra energi og som ofte fører til at en ikke har overskudd til andre enn seg selv.

- **Støtte til foreldrene under sykdom**

Enkelte barn blir observert mer enn andre, og flere informanter sier at det gjelder spesielt barn med kompliserte nettverk og deprimerte mødre. Denne type saker kan lett føre til at barna blir understimulert og slett ikke få den kontakten det har behov for. Spesielt antydes at foreldre med rus- og psykiatriske problemer har et mangelfullt samspill med sine barn, noe som videre kan gi tilknytningsproblemer. Noen av informantene sier at barn av foreldre som ruser seg

ikke får med seg den trygge gode ballasten som må være i bunnen for å utvikle en stabilitet i den psykiske helse.

I de tilfeller hvor mor er deprimert (fødselsdepresjon), eller psykisk syk, opplever de fleste av informantene at de har gode muligheter for gå inn i situasjonen og gi støtte til foreldrene under deres sykdom. De gjør en kartlegging av graden av mors depresjon eller av eventuelle andre psykiske problemer. Der de ser at mor ikke makter å opprette et nært forhold til sitt barn, blir far og andre familiemedlemmer utfordret til å ta ekstra omsorg for barnet. Ut over dette kontaktes annen profesjonell hjelp, som sammen med helsesøstrene utgjør et tverrfaglig team. Barnet blir fulgt opp ekstra med at helsesøster har tettere kontakt enn normalt.

"[...] har jobbet med rusmisbrukere. Da med barn som har mødre med rusproblemer. At barn får den rette ballasten og at den kategori med barn som ikke har fått den ballasten vi ser er så viktig, noe som har gjort at jeg er blitt oppmerksom på at den ballasten er nødt til å være i bunnen for utviklingen videre [...]" (informant 7, s. 2).

Det bør også nevnes at syke barn kan også påvirke samspillet. Barn med kolikksmerter nevnes spesielt, og de mener at dette kan i perioder være stor nok belastning i foreldre-barn-samspill:

"[...] særlig forhold til barna som har kolikksmerter, og hva er det de trenger mer enn andre barn. Jo de trenger at foreldrene orker å høre at barna griner, og har det vondt. At foreldrene har en trygghet og stabilitet i seg selv som dem formidler til barna. Jeg skjønner at du har vondt men det skal gå bra" (informant 2, s. 1).

3.4 Hvilke muligheter vurderer helsesøstrene at de har for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer?

Ut fra datane som fremkommer i forbindelse med spørsmål 3.4 er det temaene: *henvisninger til aktuelle hjelpetilbud/behandlingsopplegg og kommunikasjon* som klarest kommer til uttrykk. Disse to emnene kan samles i hovedtemaet: *å gi hjelp til mestring*.

Informantene har lettere for å fortelle om de konkrete hjelpetilbud/behandlingsopplegg som finnes, fremfor å konkretisere hva deres selvstendige arbeid består av. Når de utfordres på egne observasjoner blir enkelte mer konkret på sine opplevelser av mestringsstøttende arbeid til foreldre med tilknytningsproblemer.

Å gi hjelp til mestring

Helsesøstrene svarer ut fra forskjellige perspektiver på spørsmålet om hvilke muligheter opplever de at de har for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer? Enkelte helsesøstre opplever det som vanskelig å skulle stille krav til foreldre som har et problematisk forhold til sine barn, i redsel for å støte dem fra seg. Begrunnelsen for dette er at foreldre som har tilknytningsproblemer med sine barn er i en sårbar situasjon, og at en ikke kan stille like store krav til alle. Kravene må tilpasses foreldrenes ressurser og helsetilstand. Helsesøster må også kunne korrigere sine egne krav. En av mine følgespørsmål var: Hvis det er mistanke om

at det skjer en eller annen alvorlig mishandling i hjemmet, hva gjør helsesøster i såne situasjoner? Et eksempel på helsesøstrenes svar på dette spørsmål kan illustreres som følger:

"Ja det er alltid det vi føler oss mest usikre på [...]. Det med seksuelle overgrep er jo veldig vanskelig å se og oppdage, men du vet dette med blåmerker er jo noe vi kan se og oppdage. Ser jeg, eller hører at foreldrene sier at da gir jeg dem en smekk, eller da gir jeg dem ris. Så sier jeg faktisk at det ikke er måten å gjøre det på (informant 8, s. 5).

Andre informanter sier de må være direkte i sin *kommunikasjon* til foreldre som viser tilknytningsproblemer, fortelle og vise dem hvordan de samspiller med barnet. En informant sier at hvis helsesøstrene har gode øyner så kan de se barnets adferd allerede fra toårsalderen. Den adferd barnet viser da, har barnet har tatt opp i seg helt fra starten av. Derfor er det svært viktig at foreldrene får en god og saklig veiledning, også på området som handler om tilknytningsproblemer. Veiledningen består blant annet av å fortelle foreldrene at de må befinne seg på barnets kanal, gi barnet positive tilbakemeldinger, skryte av barnet og vise det kjærlighet. Foreldrenes forutsigbarhet og tydelige grenser fremheves også som viktige faktorer.

I forbindelse med mestringsstøttende arbeid til foreldre med tilknytningsproblemer forteller alle informanter om de forskjellige hjelpetilbud som foreldrene kan benytte seg av. Det vises til mange forskjellige instanser.

- **Henvisning til aktuelle hjelpetilbud/behandlingsopplegg**

Alle informanter kommer inn på konkrete tiltak, som kan iverksettes for å støtte de foreldre som har tilknytningsproblemer med sine barn, slik at de kan mestre sin situasjon. Disse tiltakene kan være: nettverksarbeid, mødregrupper, besøkstjenester, familieklubben, tverrfaglige behandlingsgrupper, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), trening i foreldreferdigheter (TFF), etc. Familie, venner og nærmiljø må også nyttes som støtte til de foreldre som har behov for det. Til foreldre som har tilknytningsproblemer, må profesjonell behandling til ved siden av å benytte andre nettverk. I de mer alvorlige tilfeller opprettes det et samarbeid med barnevernet.

"Det spørres jo litt hva årsaken er, for eksempel hvis det er noen som ikke har noe nettverk, som nettopp er kommet flyttet til byen prøver vi å tipse de hvor dem kan treffe folk for å være sammen med andre voksne som har barn. Nå tenker jeg på dem som egentlig ikke er syke, men som ikke har det så bra likevel. De som virkelig feiler ett eller annet, må vi jo få videre i systemet slik at dem kan få hjelp. Enten til sin egen lege, psykolog, psykiater, BUP, familiesenteret og forskjellige andre ting en kan tenke" (informant 6, s. 5).

- **Kommunikasjon**

"Mange av disse foreldrene er veldig vare altså og trå meg ikke for nær [...] de er veldig vare for kritikk, og man kan veldig fort støte de i fra seg" (informant 5, s. 2).

I forbindelse med foreldrenes mestring sier enkelte informanter at det er vanskelig å vite hvor direkte de kan kommunisere sine bekymringer der det allerede er svikt i tilknytningen. De ønsker primært å gi foreldrene fornemmelse av at nettopp de er verdens beste foreldre for sine barn. Denne balansegangen opplever helsesøstrene som utfordrende.

Når foreldrene går fra helsestasjonen bemerker en av informantene, at det er om å gjøre at foreldrene har en god følelse av at de mestrer sin rolle. Videre sier samme informant at ved å ta utgangspunkt i de situasjoner foreldrene allerede behersker, økes mestringsevnen ytterligere.

"Vi er forskjellig utstyrt, men jeg har alltid sagt at alle foreldre gjør så godt de kan, det beste de kan ut fra sine forutsetninger. Med mindre vi ser at det er helt tydelige overgrep ute og går synes jeg det er viktig å vektlegge at de er gode foreldre" (informant 8, s. 5).

Som tidligere sagt har helsesøstrene forskjellige perspektiver på sin tilnærming i forhold til hva som kan uttrykkes og ikke uttrykkes til foreldre med tilknytningsproblemer. Enkelte opplever det er svært viktig å kommunisere budskapet mest mulig direkte tilbake.

"Det sier vi alltid til foreldre at vi skriver alltid ned hva vi er bekymret for og sier til mor at nå skriver vi ned at vi er bekymret for det og det. Det må du prøve å jobbe med til neste gang, slik at det blir helt konkret. Og det har vi hatt veldig mange runder på under personalmøtene, hvor viktig det er å være konkret. Så vi ikke bare sitter der og jatter med, liksom. At vi må gå på det som er vanskelig, jeg ser at barnet ditt gråter mye, jeg ser at det ikke har skikkelig blikkontakt, jeg ser at ikke barnet smiler, sånn og sånn må du gjøre. Det og det må du jobbe med til neste gang. Sånn at det blir skikkelig profesjonelt, det er jo ikke bare en sånn husmorklubb dette her" (informant 1, s. 5).

4. DRØFTING

I resultatkapitlet fremkommer de mest aktuelle funnene fra intervjuene. Disse vil jeg gi en teoretisk tolkning av i drøftingskapitlet. Enkelte tendenser i funnene fra hovedtemaene løftes frem, samtidig som jeg ser dem i sammenheng med funn relatert til andre temaer for å belyse en større helhet. Som tidligere nevnt er studiens problemstilling: *Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år?* For å presisere studiens problemstilling, har jeg benyttet fire forskningsspørsmål (jr kap. 1.5). Jeg forsøker å fortolke og dokumentere sammenhenger i temaer i materialet og se om annen forskning bekrefter denne studiens funn.

Drøftingen følger samme fremgangsmåte som anvendes i presentasjonen av funnene i resultatkapitlet, det vil si at jeg tar for meg de fire forskjellige forskningsspørsmålene i samme rekkefølge som kapittel 3. Etter drøfting av de svar som kom fram under hvert forskningsspørsmål, foretar jeg en avsluttende kommentar. Disse fire avsluttende kommentarene vil bli samlet i ett kapittel (jr. kap.5) og drøftet i forhold til studiens målformuleringer jr.1.6 ovenfor).

4.1 Hvordan opplever helsesøstrene i sitt daglige arbeid samspillet mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år i samtalene med foreldrene?

Det kommer tydelig frem i studiens funn at helsesøstrene i stor grad er opptatt av samspillet mellom foreldre og barn. Allerede på de fødselsforberedende kursene fokuseres temaet. Hvilke observasjoner karakteriserer helsesøstrene som betydningsfulle med tanke på å forstå foreldre-barn-samspillet? De sier at samspillet gjenspeiles blant annet ved å observere *hvordan foreldrene holder barnet, ser på barnet og prater med barnet*. Disse tre omsorgssituasjoner drøftes samlet i hovedtemaet: *samspill mellom foreldre og barn*. Observasjon av disse tre situasjoner gir helsesøstrene informasjon som gjør at de danner seg et bilde av hvordan de tror samspillet mellom foreldre og barn er.

Samspill mellom foreldre og barn

Et samspill må nødvendigvis skje mellom to, eller flere parter. Det har en gjensidighet, det vil si at både foreldrenes og barnets relasjonelle karakter observeres. Helsesøstrene sier at både den fysiske og psykiske helse til begge parter påvirker samspillet dem i mellom. Foreldrenes psykiske helse og modenhet nevnes spesielt som betydningsfulle for samspilletets kvalitet. I tilfeller der foreldrene av en eller annen grunn er ustabile, vil dette kunne føre til at de ikke evner å gi barnet den omsorgen det har behov for. Helsesøstrene opplever at de har en stor oppgave i å støtte foreldre som i perioder har mer enn nok med å takle egne problemer. Videre vurderer de at umodne foreldre har behov for ekstra anerkjennelse. Hvis foreldrene selv blir bekreftet vil de ha større muligheter for å sette barnets behov i sentrum, fremfor sine egne behov. Helsesøstrene erfarer at et godt samspill mellom foreldre og barn gir barnet en god start i livet og dets forutsetninger for å oppnå god helse styrkes.

Helsesøstrene uttrykker at de får mye informasjon om relasjonen mellom foreldre og barn, ved å observere *hvordan foreldrene holder barnet og ser på barnet*. Slik jeg ser det, er de emosjonelle forbindelsene mellom fysisk og psykisk kontakt avhengig av hverandre i dannelsen av relasjoner og samspill.

Ved å holde barnet tett inn til seg, gir de barnet trygghet. Dette med å ta i barnet handler både om fysisk og psykisk kontakt. Hvis det faste grepet skal gi barnet trygge rammer, kreves også en emosjonell tilstedeværelse fra foreldrenes side. Det er nettopp den fysiske kontakten og den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn som helsesøstrene opplever som gjennomgripende i samspilletets kvalitet. En av helsesøstrene sier at enkelte *foreldre holder barnet sitt* på en teknisk måte. Slike omsorgssituasjoner gir henne en opplevelse av at det skapes en avstand mellom foreldre og barn. For å få et helhetsbilde av omsorgssituasjonen observeres både det fysiske og psykiske nærvær.

Monica Hedenbro og Ingegerd Wirtberg (2002) poengterer nødvendigheten av at spedbarnet blir holdt og berørt av mennesker. Dette blir sett på som en forutsetning for at barnet skal kunne utvikle seg selv og denne utviklingen kan bare skje i relasjon til andre mennesker.

Informantene understreker at det skjer en bekreftelse blant annet gjennom blikkontakten mellom foreldre og barn. Det som ikke kommer frem i intervjuene, er at også foreldrene blir bekreftet når barnet ser på dem. Slik jeg ser det, innebærer blikkontakten mellom foreldre og barn en gjensidighet og det er ikke kun foreldrene som bekrefter barnet, men barnet bekrefter også sine foreldre. Dermed skjer det en gjensidig bekreftelse, fremfor alt på det emosjonelle plan som gjør at både foreldre og barn utvikler seg sammen. Signalene barnet sender til foreldrene påvirker foreldrenes budskap som sendes tilbake til barnet. Da er samspillet i gang.

Helsesøstrene er spesielt inspirert av samspillet som skjer mellom foreldre og barn gjennom blikket. Når barnet viser interesse og får respons tilbake er samspillet i gang. En av informantene sier: "[...] se som han kikker, se så interessert han er [...]" (informant 5, s. 4). Informantene er opptatt av å formidle kunnskapen om barnets evne til samspill fra første stund. Denne kunnskapen ønsker de å bringe videre til foreldrene. Barnet utvikler seg i samspill med andre, det vokser seg inn i forhold til andre og ikke ut av symbiosen som for eksempel Margaret Mahler (1989) viser i sin forskning. Tidligere ble det hevdet at barnet ikke ser og hører noe særlig, og ikke fester blikket før det er flere uker gammelt. Nyere forskning viser at dette ikke er tilfelle. Stern (1985) sier at barnet helt fra starten av er aktivt deltagende og at det i stor grad påvirker sin egen utvikling. I det statlige programmet Foreldreveilederen skriver Karsten Hundeide (1996) at barnet allerede fra første dag etter fødselen kan feste blikket på et ansikt. Sterns (1985) empatisk introperspektive synspunkt (jr. punkt 1.3.2) viser behovet av den "betydningsfulle andre." Hvis det skal kunne oppstå et samspill, må dette være tilstede. Det dreier seg om å fremstille barnets subjektive verden slik at den utvikles sammen med "betydningsfulle andre." Viten om dette synliggjør hva som skjer i blikkontakten mellom foreldre og barn. Hvis foreldrene ikke får del i dette, vil de ha et dårligere utgangspunkt for gjensidig bekreftelse og anerkjennelse.

I forrige punkt drøftet jeg gjensidigheten som skjer ved: *hvordan foreldrene hoilder barnet og hvordan se på barnet*. Den samme gjensidighet kan sies å skje i verbal kommunikasjon, men med forskjellig uttrykksform. I kommunikasjon mellom foreldre og barn, er det barnets "prating" informantene uttaler seg om. Informantene er opptatt av gjensidigheten i forbindelse med *hvordan prate med barnet*. Dette kommer ikke så godt frem i temaet *hvordan se på barnet*. Med gjensidighet menes at både foreldre og barn deltar i dialogen. For å få i stand en dialog med spedbarnet må det skje på barnets vilkår. De voksne må tilpasse tempoet ut fra barnets behov. Informantene sier at når dette skjer, kommer man frem til en rytme som fører til gjensidighet.

Flere av informantene trekker frem at kommunikasjon med barn må skje på barns premisser. En av informantene uttrykker det slik: "[...] man må ikke bare prate, men stoppe og la barnet få anledning til å svare og at de ofte ikke svarer med en gang, men at det kommer etter hvert. Og når barnet da svarer, må du være stille og la barnet få snakke ferdig så kan du svare igjen" (informant 3, s. 2). I spedbarnsforskningen omtales sitatet ovenfor som turtaking. En av informantene sier at man forklarer barnet verden via kommunikasjon. Ved å fortelle hva som skjer gjør man situasjonen forutsigbar for barnet. Det handler om å bekrefte både de onde og de gode følelser hos barnet. Helt fra fødselen av er barnet i stand til å inngå i en dialog. Det lille barnet "grugler" og lager små lyder og viser forskjellige ansiktsuttrykk. Foreldrene må være varsom for barnets uttrykksform først da kan den gode dialog oppstå.

Bowlby (1973, 1980) sier at emosjonsregulering handler om å mestre emosjonelle uttrykksformer. Foreldrenes stemmebruk, om de har variasjon i tonefallet, var en av informantene opptatt av. I tonefallet kan forskjellige sinnstilstander avspeiles og dette vil forsterke samspillet på det emosjonelle plan. Dette gir grunnlag for etablering av meningsfull samhandling mellom foreldre og barn. Emosjonsreguleringen skjer ved både ytre og indre prosesser. De ytre reguleres ved de voksnes initiativ til å tolke og regulere barnets emosjonelle uttrykk. Ved at for eksempel foreldrene forsøker å forstå hvorfor barnet gråter, kan foreldrene tilfredsstillende barnets behov og derigjennom regulere barnets emosjonelle tilstand. Noen av informantene er svært opptatt av at foreldrene må være tilstede både fysisk og emosjonelt når barnet gråter. En av dem sier at foreldrene forklarer verden for barnet med at de bekrefter barnets opplevelse. Den indre prosess omhandler at når barnet vokser til, blir det bedre i stand til å regulere situasjoner som utløser emosjonelle reaksjoner. Her spiller både barnets kognitive og motoriske ferdigheter en rolle i kvaliteten av denne reguleringen.

Noen av informantene er opptatt av at ikke alle foreldre skjønner at de skal kommunisere med barna helt fra fødselen av. Mange foreldre tror at barna ikke er i stand til å kommunisere, sier en av informantene. Derfor er dette ny kunnskap for flere og det blir viktig at helsesøstrene tar temaet opp i samtalene med foreldrene. Jeg mener at kommunikasjon må ses på som en viktig faktor med tanke på foreldre-barn-samspillet.

Kunnskapen som presenteres i dette kapitlet har helsesøstrene i stor grad tilegnet seg gjennom utdanning, nyere litteratur og kursing. I sine observasjoner er de bevisst på hva som skjer mellom foreldre og barn på det emosjonelle planet. Helsesøstrenes beskrivelse av sine iakttagelser om barnets emosjonelle utvikling samsvarer med blant annet teoriene til Bowlby (1973, 1980), Kohut (1977) og Stern (1985). Dette tyder på at de har tilegnet seg denne kunnskapen og at de har tatt den i bruk.

Bowlby (1973, 1980) definerer tilknytning i spedbarnsalderen som et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og personen det knytter seg til. Videre er Bowlby opptatt av tilknytningens kvalitet. Det skjer alltid en tilknytning sier han, så sant det finnes én eller flere omsorgspersoner som er tilgjengelige for et minimum av kontakt og samspill med barna. Kvaliteten på tilknytningen varierer og påvirkes av flere faktorer. Foreldrenes og barnas relasjonelle egenskaper påvirker samspillet og tilknytningens kvalitet. Kohut (1977) er i sin forskning opptatt av foreldrenes empatiske evne og sier at barnet er avhengig av foreldrenes innlevelse for å kunne få dekket sitt psykologiske behov. Stern (1985) sier at omsorgsgiverens evne til emosjonell tilgjengelighet er en betingelse for barnets evne til organisering og strukturering av følelsesmessige opplevelser. En annen betingelse er at omsorgsgiverne også er i stand til å reagere selektivt på barnets følelsesmessige kommunikasjon og samhandling. Stern og andre spedbarnsforskere sier at barnet helt fra starten av i stor grad påvirker sin utvikling ut fra egne bidrag (jr. punkt 1.3.2). Bowlby hevder at både *bonding* (binding) og *attachment* (tilknytning) påvirker samspillet og som igjen betyr noe for tilknytningsprosessens kvalitet (jr. punkt 1.3.3). Han sier videre at disse emosjoner er selve sementen i forholdet mellom barn og tilknytningsperson. Det samme sier Sjøstrøm, Hägglöf og Engström i sin forskning (jr. punkt 1.3.6). Forskning gjort i Finland (Tarka, Paunonen og Lappala) viser at mors evne til omsorg for barnet påvirkes av barnets karaktertrekk og videre at mors selvbilde også påvirker hennes evne til å respondere på barnets behov (jr. punkt 1.3.6). Dette viser at samspillet påvirkes av både barn og foreldre, noe informantene også bekrefter i sine intervjuer.

Punkt a) i Ottawa Charteret (1987) handler om å skape helserettet samfunnspolitikk. Det vises her til at en sunn offentlig politikk er en god investering i helse og bærekraftig menneskelig og sosial utvikling. Både det fysiske og psykososiale miljøet bidrar til å forbedre forutsetningene for helse. Med bakgrunn i dette vil det psykososiale arbeid være viktige prioriteringer med tanke på å motvirke risikofaktorer i utvikling av barnets psykiske helse.

Som tidligere sagt, sier Wrangsjö (Hedenbro og Wirtberg 2002) at det ville være fristende å foreslå at *Marte Meo*-konsultasjoner burde inngå som et tilbud til alle familier som er i kontakt med helsestasjonene. Dette nettopp for å hjelpe familier til å etablere et godt, utviklende samspill for resten av livet. *Marte Meo* bruker skjemaet: "å-være-sammen-med" som viser samspill mellom foreldre og barn. Denne modellen viser både barnets og foreldrenes representasjoner. Daglige situasjoner som viser interaksjoner mellom foreldre og barn tas opp på video. Gjennom disse gjentatte situasjoner blir barnets følelsesmessige, intellektuelle og fysiske behov formet. De utvikler bilder og modeller som preger barnets væremåte og dets samspill med andre. Samspillet kvalitet preger barnets muligheter for senere å kunne danne relasjoner med andre. Kvaliteten påvirkes av om barnet blir møtt eller ikke møtt med kjærlighet.

Flere informanter viser til *Marte Meo*-modellen som et godt redskap for å analysere interaksjonen helt spesifikt for å få innsikt i samspillet mellom foreldre og barn. Få av helsesøstrene har kompetanse til å utføre dette arbeidet, og av den grunn er modellen lite anvendt. *Marte Meo*-modellen har likhetstrekk med salutogen perspektiv som diskuterer generelle helsefaktorer med tanke på en mer helhetlig tilnærming når en skal forstå og analysere for eksempel en familiesituasjon. Som tidligere nevnt er *Marte Meo*-modellen utviklet gjennom klinisk arbeid og den salutogene modell er utviklet gjennom vitenskapelig arbeid og kliniske studier. Disse modeller anses å være komplementær og vil kunne være et godt perspektiv å innføre ved alle helsestasjoner (Hedenbro og Wirtberg 2002).

Oppsummering og konklusjoner på drøfting av hovedtema: samspill mellom foreldre og barn

Noen av informantene fremhever at tilknytningen mellom foreldre og barn er et resultat av samspillet kvalitet. Studiens funn avspeiler at det kan finnes variasjoner blant helsesøstrene på dette punktet. De fleste av informantene gir uttrykk for at de observerer samspill mellom foreldre og barn. Enkelte helsesøstre betrakter seg som kompetente til å se sammenhengen mellom samspillet kvalitet og den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Opplevelsen av å eie denne kompetansen vil ha innflytelse på samarbeidsforholdet og ansvarsfordelingen mellom helsesøster, andre samarbeidsinstanser og familien. Økt kunnskapstilfang og bevissthet omkring verdien av et godt samspill mellom foreldre og barn, kan føre til en tidligere intervensjon i situasjoner der samspillet ikke fungerer godt. Etter at dette teoretiske aspekt har blitt bevisstgjort gjennom nyere litteratur og kursing har helsesøstrene i enda større grad blitt opptatt av den emosjonelle bekreftelse i samspillssituasjoner mellom foreldre og barn.

Jeg mener at samspillet mellom foreldre og barn påvirker barnets helse. Derfor er temaet viktig og vil avslutningsvis peke på at denne studiens funn er i samsvar med tidligere forskningsresultater. Kohut (1977) sier at barnet er avhengig av foreldrenes innlevelse for å få dekket sitt psykologiske behov. Flere informanter har gjort seg positive erfaringer med *Marte Meo*-modellen. Hedenbro og Wirtberg (2002) sier at anvendelse av det salutogenetiske perspektiv sammen med *Marte Meo*-modellen vil stimulere til en større helhetsforståelse. Dette perspektivet vil kunne være et godt redskap for å fokusere helsebringende faktorer. Konklusjonen må være at ved å ta i bruk egnede metoder som viser samspillet mellom foreldre og barn må få en enda større plass hos helsesøstrene.

4.2 Hvordan vurderer helsesøstrene sin egen interesse for og kompetanse om foreldre-barn-samspill?

Som svar på dette spørsmålet sier alle informanter at det er viktig å øke sin kompetanse. Som allerede sagt (jr. punkt 3.2) er temaene som kommer klarest til uttrykk i forbindelse med hovedtemaet, *kompetanse om foreldre-barn-samspill: videreutdanning og kursing, teamarbeid og tverrfaglig samarbeid*. Jeg velger å drøfte disse punkter samlet på grunn av at ingen av dem skiller seg vesentlig ut med tanke på hva helsesøstrene mener det er som øker kompetansen i foreldre-barn-samspillet.

Kompetanse om foreldre-barn-samspill

Når informantene skal beskrive kompetansen om foreldre-barn-samspill, er de mest opptatt av å fortelle om den *generelle kompetansen* som finnes i deres team. Få er opptatt av å beskrive sin *egen kompetanse* og noen er vage med å beskrive hvilken kompetanseheving de selv eventuelt har behov for. Grunnen til dette kan være at de ser på seg selv som et team og at det er en samlet kompetanse og ikke den enkeltes kompetanse de er opptatt av å beskrive. Dette kan ha som grunn at de ikke ønsker å fremheve seg selv og dermed er mer opptatt å fortelle om kompetansen til sine kolleger.

Det er få informanter som sier at de selv deltar i et tverrfaglig samarbeid. Enkelte informanter sier de benytter teamarbeid og tverrfaglig samarbeid, men at det er helst i spesielle situasjoner som for eksempel hvor det tydelig fremkommer svikt i foreldre-barn-samspillet. Samtidig sier alle at tverrfaglig samarbeid er fruktbart. Hva er det da som hindrer dem til å gå aktivt inn i et tverrfaglig samarbeid? Flere er opptatt av at tidsfaktoren er en hindring og sier at de daglige gjøremål stjeler deres tid. Slik jeg tolker dette handler det like mye om prioriteringer. En får inntrykk av at det er en brøkdel av helsesøstrenes tid som prioriteres til tverrfaglig samarbeid.

Her synes jeg at materialet avdekker et spennende forhold: På den ene siden forteller helsesøstrene om en kompetanse som finnes i teamet, men på den andre siden virker det som om de er tilbakeholdne med å benytte tverrfaglig samarbeid og teamarbeid. Et påtrengende spørsmål blir da: Hvorfor prioriterer helsesøstrene ikke det tverrfaglige samarbeidet når de sier at dette er en fruktbar tilnærming i arbeidet med foreldre-barn-samspill?

Helsesøstrene understreker at de arbeider mye alene. Mesteparten av deres arbeidstid skjer på kontoret med foreldre og barn til stede. I intervjuene bruker samtlige informanter begrepet

konsultasjon når de beskriver møte mellom foreldre og barn. Å konsultere betyr at en søker råd hos eksperter. Her vil det bety at foreldrene søker råd hos helsesøstrene, hvilket betyr at det er disse som besitter kompetansen om foreldre-barn-samspill. Dette kan oppfattes slik at foreldrene oppsøker helsesøstrene for å få råd. Det vil da være naturlig å tenke at helsesøstre oppfatter seg selv som individualkonsulenter og prioriterer dette fremfor teamarbeid og tverrfaglig samarbeid. Flere informanter sier også at foreldrene er eksperter på sine barn. Det kan imidlertid virke forvirrende at helsesøster på den ene siden ser på seg selv som ekspertisen og på den andre siden sier at foreldrene selv er eksperter på sine barn. Min oppfattelse er at ekspertisen finnes hos begge parter.

For en del år siden var tilnærmingen fra helsevesenet preget av at for eksempel helsesøstrene sto i en ekspertise- og maktposisjon overfor foreldrene. I dag er en i større grad opptatt av et samarbeidsperspektiv. Foreldrenes autonomi og frihet til å påvirke sin situasjon er en verdi som settes høyt. De kjenner sine barns behov best og er i den forstand eksperter på sine barn. I de tilfeller der foreldrene ikke er i stand til å la barnets behov komme foran egne behov, oppstår det et dilemma. Her har helsesøstrene en stor utfordring i å sørge for at valgene som tas ikke skjer på bekostning av barna. Dersom helsesøstrene mestrer denne balansegangen, viser de også at de har denne kompetansen. Slik jeg ser det, vil teamarbeid være bedre egnet i å ivareta begge parter kompetanse (foreldre og helsesøstre) hvor man ikke i forkant definerer ekspertisen. Hvem som besitter ekspertisen kan derfor variere fra situasjon til situasjon. Mine tolkninger sier derfor at helsesøstrenes rolleopplevelse som individualkonsulenter kan være en forklaring på at teamarbeid og tverrfaglig samarbeid ikke har større plass. En akseptert begrunnelse for å nedprioritere tverrfaglig samarbeid er kanskje at en antar at det er mer tidkrevende og mindre effektivt. En annen mulig begrunnelse er at en ikke har erfaring med og trening i å arbeide i team. Det kan også, for det tredje, dreie seg om at en er utrygg på en slik arbeidsform.

Et annet moment helsesøstrene trekker fram når det gjelder denne kompetansen, handler om *samspill og kommunikasjon*. Med tanke på å stimulere helsesøstrenes egeninteresse og kompetanse om foreldre-barn-samspill er denne kompetansen aktuell. Enkelte viser til flere kilder for å beskrive hvor denne kompetansen er å finne. Det statlige programmet, Foreldreveilederen, nevnes som viktig med tanke på kompetanseheving innen området. Programmet som henvender seg til begge foreldrene tar for seg flere aktuelle temaer som nettopp går på samspill mellom foreldre og barn. Det poengteres at foreldrene som far og mor i samme familie kan ha forskjellige erfaringer og dermed ha muligheter for å utfylle hverandre.

Informantene nevner at flere videreutdanninger kan være aktuelle med tanke på kompetanseheving, blant annet psykososialt arbeid med barn og unge. Dette stemmer godt med opplysningene i Stortingsmelding nr. 16 (2003) som understreker at det er behov for å etablere formelle videreutdanninger i psykososialt arbeid blant barn og unge. Stortingsmeldingen sier videre at det er behov for ytterligere forskning for å dokumentere effekten av intervensjoner i regi av helsestasjoner og overfor foreldre med nyfødte barn. Jeg vurderer det slik at det er viktig å skape arenaer for dialog mellom helsesøstrenes uttalte behov for kompetanseheving om samspill og kommunikasjon og forskningsbasert fagkunnskap om dette emnet. Det er mye som tyder på at psykososialt arbeid med barn og familier bør styrkes

også i grunnutdanningen til helsesøstrene. Studien viser at *Marte Meo*-modellen gir gode resultater, noe som tilsier at kanskje nettopp den bør være sentral i helsesøsterutdanningene.

Det *helsefremmende* perspektivet er trukket fram i teoridelen i oppgaven. Sett i et helsefremmende perspektiv er det viktig at helsesøstrene har tilstrekkelige kunnskaper innen området tilknytning mellom foreldre og barn. Helsepolitiske prioriteringer i Norge fokuserer i økende grad på barn og unges mentale helse og velferd. Helseministeren påpekte senest i 2002 behovet for tiltak rettet mot barn og unge. I følge prosjektet "Barn i Bergen" basert på professor Christopher Gillbergs forskning vises det til behov for nye metoder for tidlig oppdagelse og intervensjon i forhold til forebyggende arbeid av mentale problemer (<http://www.uib.no/bib/Bakgrunn.htm> 09.04.05).

Økt kompetanse om betydningen av en god tilknytning mellom foreldre og barn vil kunne føre til at de forskjellige instanser kommer inn på et tidligere tidspunkt. Dette avhenger av at helsesøstrene i sitt praktiske arbeid med foreldre og barn lykkes i å overføre denne kompetansen til foreldrene. Foreldrene må veiledes slik at de blir i stand til å fange opp eventuelle faresignaler barnet måtte uttrykke. I dag er situasjonen slik at flere instanser som arbeider med barns mentale helse synes de kommer for sent inn i forhold til problemene. Hvis man ikke prioriterer det psykososiale arbeidet, vil dette prege foreldrenes og barnas helse også på et senere tidspunkt. Hvis en derimot jobber ut fra et *helsefremmende* perspektiv vil dette kunne forebygge senere skader. Informantene kom ikke inn på denne problematikken i forbindelse med behov for å øke sin kompetanse om foreldre-barn-samspill. Mitt inntrykk er at det *helsefremmende* perspektivet godt kan styrkes også ved helsestasjonene. Helsestasjonene har gode *helsefremmende* tiltak med hensyn til sine vaksinasjonsprogram som forebygger forskjellige sykdomsutbrudd. Men det er også ønskelig med samme tilrettelagte tiltak for å fremme barnets psykiske helse.

Helsesøstrene nevner kunnskap om *Marte Meo*-modell spesielt som viktig i forhold til foreldre-barn-samspillet. *Marte Meo*-modellen fremheves av flere som et godt arbeidsredskap i observasjon av relasjonsarbeid. Mye tyder på at dypere kunnskap om bruk av metoden hos flere helsesøstre ville øke kompetansenivået på helsestasjonene. Modellen virker i første omgang å være ressurskrevende. På sikt vil det muligens være en langt bedre utnyttelse av ressursene å ta i bruk denne metoden på grunn av at man da lettere kan få en tidligst mulig intervensjon. På sikt vil det muligens være en langt bedre utnyttelse av ressursene å ta i bruk denne metoden. En tidligst mulig intervensjon tilrettelegger for en best mulig utvikling av barnets psykiske helse. Dette er *helsefremmende* arbeid som forebygger senere skader.

Som tidligere nevnt, omtaler Ottawa Charteret (1987) behov for reorientering av helsetjenestene. Disse består blant annet i å tilpasse tjenestene med utgangspunkt i det samfunnet vi lever i. I takt med samfunnsutviklingen som gir nye helsekrav behøves det ny kunnskap. Dette fordrer at helsetjenesten jobber både tverrfaglig og tverrsektorelt.

Oppsummering og konklusjoner på drøfting av hovedtema: kompetanse om foreldre-barn-samspill

Gjennom å drøfte temaet om kompetanse har jeg forsøkt å svare på forskningsspørsmålet: *hvordan vurderer helsesøstrene sin egen interesse for og kompetanse om foreldre-barn-samspill?* Samtlige informanter bekrefter sin interesse for foreldre-barn-samspill og innser behovet for å øke sin kompetanse innen området. I intervjuene viser helsesøstrene innsikt i betydningen av et godt samspill mellom foreldre og barn. Informantene sier at de ser verdien av det tverrfaglige samarbeidet. Men det kommer ikke spesielt godt frem hvordan dette arbeidet prioriteres fra helsesøstrenes side. Tidsfaktoren er en av begrunnelsene for at dette ikke får høy nok prioritering. Den travle hverdagen krever sitt og de oppgaver som tradisjonelt må gjøres får som regel førsteprioritet.

Slik jeg ser det, er det mye som tyder på at det vil være gode prioriteringer hvis helsestasjonen som institusjon oppprioriterer teamarbeid og det tverrfaglige samarbeidet. Jeg tror dette vil kunne øke helsesøstrenes kapasitet og dermed gi et større rom for tverrfaglighet. Dette tror jeg også vil føre til en større oppmerksomhet omkring foreldre-barn-samspill. Deltagere i dette teamarbeidet kan bestå av flere foreldreprag og aktuelle faggrupper som naturlig hører inn under foreldre-barn-omsorgen. I slike team kan helsesøstrene observere foreldrenes egen kompetanse og erfaringer spesielt rettet mot foreldre-barn-samspill. Videre kan de veilede foreldrene på de områder der dette måtte være nødvendig. Ved å jobbe slik vil både helsesøstrene og foreldrene kunne speile hverandres samspill med barna.

Helsesøstrenes virksomhetsområder (jr. punkt 1.4) kan klart defineres innen *helsefremmende* arbeid, og ikke kun forebyggende arbeid. Slik jeg ser det, vil det være gode prioriteringer i å gå aktivt inn i situasjoner der foreldre-barn-samspill ikke fungerer godt. Det ikke er nok å eie kunnskap om betydningen av det gode samspillet. Men også faktorer som fremmer det gode samspill, eksempelvis at foreldrene viser kjærlighet og anerkjennelse til sine barn, må erkjennes og omsettes i en planlagt omsorgsgivende virksomhet på lik linje med alt annet arbeid som utføres på helsestasjonene. Først da kan det vises til et helhetlig helsefremmende arbeid, hvor både den fysiske og psykiske helse ivaretas.

Informantene er enige om at kompetansen øker ved å videreutdanne seg og spesielt nevnes utdanninger som er rettet mot psykososialt arbeid med barn, unge og deres familier. Dette er i samsvar med stortingsmelding 16 (2003) og studien gjort i Sverige som konkluderer med at det for framtiden vil være behov for å tilgodese utdanning som gir helse- og sosialarbeidere økt kompetanse/ handlingsredskap for å møte familier med tilknytningsproblemer. Min konklusjon på temaet er at økt bruk av *Marte Meo* som modell og tverrfaglighet vil styrke helsesøstrenes kompetanse om foreldre-barn-samspill. Tverrfaglig - og tverrvitenskapelig samarbeid er temaer som ofte debatteres i vår tid. Helsesøstrene har deltatt på en del kurser hvor disse temaene har vært behandlet. De har fått en del teori på disse samarbeidsformene, men grunnen til at de ikke tar denne kunnskapen i bruk, kan være at de mangler praktisk erfaring og trygghet med å jobbe slik. Derfor er dette et tema som i enda større grad kan inngå i helsesøstrenes utdanningsprogram.

4.3 Hvilke muligheter opplever helsesøstrene de har for å gå inn i situasjoner som uttrykker foreldre-barn-samspill der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn?

Når informantene forteller om hvilke muligheter de har for å gå inn i situasjoner der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn, er flere opptatt av å vise til tiltakene som blir gjort i de forskjellige situasjonene. Noen få sier at de aktivt går inn i situasjoner der de ser det er fare for at det kan utvikle seg en brist i relasjonen mellom foreldre og barn. I det neste punkt hvor hovedtemaet er: *helsesøstrenes mulighet for å hjelpe til med å skape tilknytning mellom foreldre og barn*, drøftes følgende punkter samlet: *gi støtte til foreldrene som gode rollemodeller, betydningen av at det er et godt forhold mellom foreldrene og støtte til foreldrene under sykdom.*

Helsesøstrenes mulighet for å hjelpe til med å skape tilknytning mellom foreldre og barn

Flere informanter sier de har muligheter for å gå inn i situasjoner der det er brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Men de opplever det som krevende å gå inn i situasjoner der det er tilknytningsproblemer mellom foreldre og barn. Det krever mot til å stå for sine iakttagelser og sluttsatser. Et viktig poeng de også peker på er at helsesøstrenes gode relasjon til foreldrene er en forutsetning for å gå inn i situasjoner med tilknytningsproblemer. Hvis ikke det foreligger en trygg relasjon mellom helsesøster og foreldre, er det tvilsomt at man kan lykkes i arbeidet.

Som tidligere sagt, påpeker flere informanter at det nettopp er foreldrene som er spesialister på sine barn. Derfor kvier de seg for å gå inn i situasjoner som krever at de må utøve korrigeringer. Dermed står de i fare for å støte foreldrene fra seg. Jeg ser at dette kan reises som et etisk dilemma og vil problematisere dette slik:

På den ene siden ser jeg at det er viktig at helsesøstrene oppmuntrer foreldrene og gir dem en bekreftelse på at de er gode foreldre for sine barn. Jr. en studie i Finland viser at støtte fra blant annet hjelpeapparatet er av stor betydning for at foreldrene skal lykkes i samspillet med barna. På den andre side har en FNs barnekonvensjon (2002) å forholde seg til. Der står det klart uttrykt at staten skal beskytte barnet mot alle typer mishandlinger, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner. Et annet *etisk dilemma* oppstår når det hersker uenighet mellom foreldre og "staten" (helsesøstrene) når situasjonen kan defineres som mishandling og forsømmelse. Jeg mener da med begrunnelse i min teoretiske forståelse, tidligere erfaringer og min forforståelse at "hjelperen" ikke har lykkes når det oppstår en brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Det siste utsagnet kan modifieres med å si at en god emosjonell tilknytning avhenger av flere faktorer og at det ikke er så enkelt å peke på en skyldfordeling.

Helsesøstrenes begrunnelser for å ikke gå inn i situasjoner hvor det er brist i den emosjonelle tilknytningen er flere og varierer fra helsesøster til helsesøster. En sier: [...] *vi skal jo ikke være noen behandler av noen depresjon eller sånt* (informant 5, s. 3). Dette utsagnet kan tolkes dit hen at informanten mener at det ikke er innenfor helsesøstrenes ansvarsområde å gå inn i denne type forhold. Samme informant sier videre at hun kan observere situasjoner hvor for

eksempel mor er deprimert og hennes funksjon er da å henvise mor til andre instanser. Så lenge helsesøster ser muligheter for å kunne hjelpe foreldre og barn som har brist i den emosjonelle tilknytningen, mener jeg det er viktig å avklare deres ansvarsområde i forhold til denne type problematikk. For å kunne gå inn i situasjoner hvor det er brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn, må man ha kunnskaper innen området. Enkelte informanters begrunnelser for ikke aktivt å gå inn i disse situasjonene, er at de kjenner på utilstrekkelighet og manglende kunnskaper. Andre informanter uttaler at de fleste helsesøstrenes eier denne kunnskapen, men at få av dem har frimodighet til å gå aktivt inn i problematikken. Tidsfaktoren blir også brukt som en forklaring på at dette arbeidet ikke prioriteres godt nok. En kan da selvfølgelig spørre om kompetansen er tilstrekkelig. Det kan hende at kompetansen hos enkelte av helsesøstrene er tilstrekkelig men at de har problemer med prioriteringen. Mens at andre som skulle ønske å prioritere denne arbeidsoppgaven, mangler frimodighet. Hva som er hva kom ikke tydelig frem i intervjuene.

Enkelte situasjoner tilsier at barnevernet burde kobles inn, men dette gir flere uttrykk for er krevende. Før de går til dette skrittet, skal det være ganske klart uttrykt at det foregår mishandling av barnet. På den ene siden er det ikke vanskelig å se at det kan være belastende å benytte barnevernet. Media er blant annet opptatt av å synliggjøre prosesser som oppstår mellom foreldre og barn der barnevernet er engasjert. Ofte vil denne type synliggjøring føre til en kritikk av barnevernet og stille "hjelperne" i et dårlig lys. Men av og til er det nødvendig at barnevernet blir kontaktet. Denne type belastning må en derfor være beredt å ta hvis sånne situasjoner oppstår. Andre ser faren med at de kan støte foreldrene fra seg ved å gripe inn i familiemønsteret. En av informantene sier at man kan ikke ha de samme forventningene til alle foreldre. Men man må ta utgangspunkt i de ressurser foreldrene har. Slike etiske valg vil man sjeldent finne lette løsninger på, og derfor er det nødvendig å reflektere over valgene som tas. Hvem sine behov blir ivaretatt? I hvilken grad går de inn i problemområdet? Det blir viktig å klargjøre at valgene som tas blir til barnets beste, og ikke for å beskytte foreldrene eller seg selv som arbeidstaker.

Hvis helsesøstrene unndrar seg ansvaret, vil dette gå utover det helsefremmende arbeidet som helsestasjonene er satt til å utføre. Derfor er det mye som tyder på at å styrke helsesøsters selvforståelse og kompetanse med å gå inn i situasjoner der det er brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn, vil være helsefremmende. Dette kan for eksempel gjøres med å vektlegge denne type problematikk i enda større grad i utdanningsløpet. Dette er nødvendigvis ikke nok. Enkelte informanter viser større frimodighet i dette arbeidet enn andre og man kan derfor tenke at det også handler om egenutvikling. Et godt tiltak kan derfor være at helsesøstrene gis tilbud om å delta i veiledningsgrupper med fokus på egenutvikling.

Studien i Finland (Tarka and Pannonen and Lappila 1999) viser at foreldrene kan mestre sin situasjon bedre med støtte fra det profesjonelle hjelpeapparatet. Denne studien bekrefter resultatene fra min studie. Det er mye som tyder på at det er god investering i å prioritere de foreldre som ikke oppnår nære relasjoner til sine barn. Barnet trenger gode vekstvilkår for å kunne utvikle seg til et selvstendig menneske. Vekstvilkårene er avhengig av omsorg fra andre, både på det fysiske og psykiske plan.

Generelt kan en si at barn som opplever en god tilknytning til sine nære omsorgspersoner utvikler en modell for relasjoner til andre personer. Tilknytningsrelasjoner betraktes som en

viktig faktor for den sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling. I blant skjer ikke denne bindingen mellom barn og foreldre. I følge Stern (1985) kan det være på grunn av at foreldrene selv mangler en god modell for foreldreskapet.

Der det viser seg å være brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn sier informantene at foreldreforholdet er en viktig faktor. Studiene gjort i Sverige og Finland bekrefter disse funn. Studien i Sverige viser til at foreldrenes trygghet og modenhet spiller en viktig rolle i forhold til kvaliteten i den emosjonelle tilknytningen. Informantene sier at der foreldrene har et komplisert forhold seg i mellom stilles det ekstra store krav for helsesøstre som omsorgsarbeidere. Et eksempel som nevnes er hvor begge foreldrene var rusavhengige. I perioder forlot begge foreldrene barnet. Observasjoner som ble gjort av helsesøster i dette tilfelle var at barnet var apatisk og at det ikke først og fremst henvendte seg til sine foreldre. Men barnet søkte kontakt med helsesøster, trass i om hun var en fremmed person for barnet. Disse funn bekreftes fra andre forskere. Som tidligere nevnt sier Bowlby at visse barn til og med kan vise en større respons overfor fremmede enn overfor sine primære omsorgspersoner.

Slik jeg ser det, er det viktig at helsesøstre reflekterer over hva man kan forvente seg av foreldrene, så lenge forskningen viser at foreldrenes samspill med barnet er avgjørende i utviklingen av barnets psykiske helse. Studiet fra Finland viser at emosjonell brist i tilknytningen mellom foreldre og barn, kan gi langsiktige problemer for barnet. For at denne tryggheten skal kunne skapes så er man blant annet avhengig av foreldreforholdet. Samfunnsstrukturen har i løpet av de siste ti årene vært gjennom store forandringer, og ikke minst innen familiemønstrene. Svært mange hjem oppløses og dette påvirker foreldreforholdet på grunn av at foreldre og barn splittes. Helsetjenestene må i større grad tilpasse seg de nye helsekrav (jr. punkt 1.4.2), men det blir viktig at dette ikke skjer på bekostning av barna.

I boken *Samspillet kraft* siteres den legendariske familierapeuten, Murray Brown: "*Når et ungt par møtes, søt musikk oppstår og de stifter familie, oppstår straks en stammestrid om hvilke av stammens forestillinger, vaner og ritualer som skal leve videre*" (Hedenbro og Wirtberg s. 78).

Sitatet forteller oss at vi preges av dem vi har vokst opp sammen med. Vi bærer med oss indre bilder fra våre foreldre og andre omsorgspersoner fra livets begynnelse til livets slutt. Personer barna danner relasjoner til blir rollemodeller for dem. Samtidig må vi også påregne at barns liv i stor grad preges av samfunnsutviklingen. I psykologien betegnes dette som identitetsutvikling.

Flere av informantene er opptatt av rollemodeller. Eksemplene de bruker kan være at helsesøstre er modeller for hverandre, mødre som er sammen i mødregrupper er rollemodeller for barn, etc. I drøftingen tar jeg for meg foreldre som er rollemodeller for sine barn. En av informantene uttaler at de psykososiale problemer går i arv fra foreldre til barn. De foreldre som selv har hatt en trygg god bakgrunn og som har blitt bekreftet fra sine foreldre, er selv bedre rustet for å gi sine barn det de selv har fått. Uttalelsen fra informanten kan bekreftes av teorien som sier at barn som vokser opp med foreldre som er avisende og har manglende omsorgsferdigheter, står i fare for å utvikle en utrygg og unnvikende tilknytning (Immelmann 1981). Min tolkning her er at foreldre som er avvisende overfor sine barn har en lav følelse av å mestre sin forelderrolle. Videre gir dette utslag i at de ikke mestrer å se sammenhengen

mellom sin egen foreldrerolle og tidligere opplevelser. Har barnet en unnvikende tilknytningsrelasjon vil dette ofte føre til at barnet har den samme reaksjonsform overfor en fremmed som mot tilknytningspersonen. I slike tilfeller vil tilknytningspersonen ikke fungere som en trygg base og barnet vil gjerne fremstå utrygg og ambivalent i fremmede situasjoner. I motsetning til der barnet har en god tilknytning som søker tilflukt til tilknytningspersonen i fremmede situasjoner og derigjennom gjør seg gode erfaringer. Mødre med trygge barn vil jevnt over vise sensitivitet i forhold til barnets signaler. De vil reagere på en aksepterende måte og er villige til å samarbeide med barna, og viser stor evne til psykologisk tilgjengelighet. Dette perspektivet fremheves i de salutogenetiske studier. Slik jeg ser det, er dette en viktig kunnskap og et viktig helsefremmende perspektiv for helsesøstrene å ta med seg i sitt arbeid. Kunnskapen vil kunne gi helsesøstrene en enda større sammenhengsforståelse. Dette vil kunne styrke deres kompetanse for å gå aktivt inn i situasjoner der de oppdager brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn.

Oppsummering og konklusjoner på drøfting av hovedtema: Helsesøstrenes mulighet for å hjelpe til med å skape tilknytning mellom foreldre og barn

Det første og viktigste tilknytningsobjektet er vanligvis mor. Denne tilknytningen legger grunnlaget for den videre tilknytning til andre personer. Nyere spedbarnsforskning viser at allerede svært små barn er i stand til å etablere tilknytningsrelasjoner til flere personer. Teorien bygger på at menneskene er genetisk førprogrammert til å knytte seg til sine omsorgspersoner (jr. punkt 1.1).

Mitt inntrykk er at flere av helsesøstrene i denne studien, kvier seg for å gå aktivt inn i situasjoner der de ser at det er en brist i den emosjonelle tilknytningen, ettersom de ikke kjenner til den egentlige årsaken til denne bristen. Enkelte situasjoner tilsier at barnevernet bør kontaktes. Det gjøres av og til. Men terskelen for å ta kontakt med barnevernet er ganske høy med begrunnelse i at mange foreldre opplever barnevernet som truende.

Informantenes uttalelser om viktigheten av at det dannes en trygg emosjonell tilknytning mellom foreldre og barn med tanke på utvikling av barnets psykiske helse underbygges også av annen forskning (jr. punkt 1.3.). På tross av at helsesøstre har denne kunnskapen, tror jeg at arbeidet lett kan bli underprioritert på grunn av alle andre krav og gjøremål som må utføres i løpet av en arbeidsdag. Helsestasjon som institusjon må også være sitt ansvar bevisst. Deres oppdrag er å arbeide ut fra et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Hvis dette tas på alvor, må forholdene legges til rette slik at helsesøstrene både får styrket sin kompetanse og gitt ressurser for å gå inn i dette arbeidet.

I lys av det som er sagt ovenfor er min konklusjon på dette punktet at helsesøstrene har muligheter for å hjelpe til med å skape tilknytning mellom foreldre og barn. Men for å kunne gripe inn, behøver de å få styrket sin kompetanse også etisk, gjennom å få større frimodighet. Jeg vil da anta at helsesøstrenes vil kunne være svært viktige omsorgspersoner for å gå inn i situasjoner der det er en emosjonell brist i tilknytningen. Som tidligere sagt sier flere av informantene at de synes dette arbeidet er krevende. De er redde for å støte foreldrene fra seg.

4.4 Hvilke muligheter vurderer helsesøstrene at de har for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer?

Flere av informantene sier at foreldre med tilknytningsproblemer trenger profesjonell hjelp. Noen nevner behovet for tverrfaglig samarbeid og familieklinikken fremheves som et godt tilbud. Mødre med depresjoner og andre psykiske lidelser fremheves som spesielt viktig for videre henvisning. Den samme tendensen kommer frem i dette forskningsspørsmålet som ved drøftingen av forskningsspørsmål 4.3, nemlig at flere informanter viser til andre instanser fremfor å vise at de selv aktivt går inn i de forhold der det viser seg å være brist i tilknytningen mellom foreldre og barn. Jeg velger derfor å begrense drøftingen av dette forskningsspørsmålet. Begrunnelsen for dette er at det ellers vil bli mange gjentakelser fra forrige forskningsspørsmål. Følgende temaer drøftes her: *henvisning til aktuelle hjelpetilbud/behandlingsopplegg* og *kommunikasjon*. Begge punkter handler om kommunikasjon. Det første sier noe om kommunikasjon utad og den andre omtaler kommunikasjon direkte med foreldrene. Temaene er samlet i hovedtemaet: *å gi hjelp til mestring*.

Å gi hjelp til mestring

Informantenes opplevelse av sin mulighet til å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer varierer. Variasjonene består i at enkelte er tydelig på at de selv aktivt går inn i disse situasjoner, mens andre er mer opptatt av å henvise disse foreldrene til andre hjelpeinstanser. Begrunnelsen for helsesøstrenes valg samstemmer: nemlig at alle foreldre med tilknytningsproblemer har behov for hjelp til mestring. Forskjellen er at enkelte informanter føler seg mer kompetent til å gå inn i denne type situasjoner. Andre igjen kjenner på utilstrekkelighet. De fleste opplever det vanskelig å gå inn i situasjoner der det er mistanke om overgrep. Uansett om de velger å gå aktivt inn i situasjonene selv eller henvise til andre instanser, er målet økt mestring hos foreldrene. Kommunikasjon er et stikkord i denne sammenhengen. Enkelte informanter sier at de velger å føre en direkte kommunikasjon med foreldre som har tilknytningsproblemer. Dette kan skje både skriftlig og muntlig. De tar frem konkrete situasjoner som de øver på sammen med foreldrene. En av informantene fremhever at blikket til helsesøster er viktig. Er dette blikket godt, er muligheten for å gi støtte til foreldrene på et tidlig stadium tilstede. Dette vil øke foreldrenes mestringsevner. Det gode blikk i denne sammenhengen betyr et kyndig blikk. Et kyndig blikk er et blikk som ser og forstår situasjonen og som handler ut fra sine kunnskaper. Denne kunnskapen gir helsesøstrene muligheter for å kommunisere dette direkte med foreldrene eller til andre hjelpeinstanser. Det viktigste må være at foreldre med tilknytningsproblemer får støtte til å mestre foreldrerollen. Men jeg ser også at helsesøstrene som selv opplever å ha kompetanse for å gi mestringsstøtte til foreldre med tilknytningsproblemer, vil styrke sin selvfølelse og selvoppfattelse. Dette vil igjen gi gode ringvirkninger tilbake til foreldrene.

Annen forskning viser også at ved å gi foreldrene støtte, øker deres opplevelse av mestring. Dette vil kunne føre til større mestringsevne. Studien gjort i Finland bekrefter dette og viser at mors mestringsevne påvirker tilknytningen mellom mor og barn. Studien i Finland omtaler stress som en viktig faktor i mestringsopplevelsen. Richard S. Lazarus, (1984) sier at effekten stress har på personen baseres mer på personens følelse av trussel, sårbarhet og mulighet for å

mestre situasjonen enn på den stressfylte hendelsen i seg selv. Johan Cullberg (1999) sier at hendelser som å føde barn kan blant annet oppleves som stressfylte situasjoner. Denne viten viser nødvendigheten av at helsesøstrene legger forholdene til rette slik at foreldrene får den støtte og omsorg de har behov for. Alle informanter nevner flere instanser og nettverk som kan være med på å bedre foreldrenes opplevelse av mestring.

Psykiske lidelser hos foreldrene kan gi seg utslag i tilknytningsproblemer mellom foreldre og barn. Informantene er opptatt av denne gruppe foreldre er svært sårbare. Jeg vil her vise til en studie gjort i Danmark som tar for seg antall barn i alderen 0 – 3 år som var henvist til psykiatrisk avdeling med henblikk på fordeling av diagnoser, alder, kjønn og forekomst av psykisk syke foreldre. Studien viser en relativ overhyppighet av sosial funksjonsforstyrrelse, herunder reaktiv tilknytningsforstyrrelse hos de yngste barna: av i alt 14 barn med denne diagnosen var syv eller halvdelen med diagnosen under ett år. Opplysninger om psykisk sykdom hos foreldre forekom hos 95 barn (60 %) av samtlige henviste. Sosial funksjonsforstyrrelse, herunder reaktiv tilknytningsforstyrrelse fantes signifikant hyppigere, og spiseforstyrrelser og tilpasningsreaksjoner fantes likeledes overrepresentert om enn ikke signifikant hos barn med psykisk syke foreldre. Samlet fantes der signifikant flere barn med psykisk syke foreldre blant de 0-1-årige og de 1-2 årige enn blant de 2-3 årige.

Studien i Danmark bekrefter informantenes uttalelser om at barn av psykisk syke foreldre er utsatt for tilknytningsproblemer og er i behov av henvisning til aktuelle behandlingsopplegg (jr. punkt 3.4). Flere informanter fremhever kommunikasjon som viktig innen begrepet mestring i forhold til å støtte foreldre med tilknytningsproblemer. Noen informanter sier det er viktig å føre en direkte kommunikasjon og gir foreldrene bestemte oppgaver å jobbe med frem til neste samtale. Hvis helsesøstrene skal kunne avdekke situasjoner som viser tilknytningens kvalitet, er god kommunikasjon helt nødvendig. For å danne seg et bilde av tilknytningen mellom foreldre og barn, vil som allerede tidligere nevnt *Marte Meo*- modellen være et godt redskap for å synliggjøre tilknytningsprosessen.

Oppsummering og konklusjoner på drøfting av hovedtema: å gi hjelp til mestring

Som nevnt under punkt 4.4, er det flere berøringspunkter i drøftingen under punkt 4.3 og 4.4. Jeg har derfor konsentrert meg om temaene knyttet til henvisning til aktuelle hjelpetilbud/behandlingsopplegg og kommunikasjon. Å gi hjelp til mestring handler for helsesøstrene mye om å bruke seg selv og sin kompetanse i møte med foreldrene. Men en del av informantene kjenner seg usikre og utilstrekkelige overfor denne oppgaven og har derfor en tendens til å henvise til andre hjelpeinstanser. Når de bruker seg selv og sin kompetanse, gir de imidlertid foreldrene støtte til å mestre foreldrerollen. Dette er ikke minst viktig når foreldrene sliter med psykiske lidelser. Samtidig er det i slike situasjoner at informantene vurderer henvisning til andre hjelpeinstanser.

Disse funnene stemmer med studien utført i Danmark (Sjøstrøm og Hæggløf og Engström 2002) hvor en finner holdepunkter for at reaktiv tilknytningsforstyrrelse finnes hyppigere hos barn med psykisk syke foreldre. Dette stemmer overens med annen forskning (jr. punktene 1.1 og 1.5 ovenfor) som også sier at kvaliteten på tilknytningen mellom omsorgspersoner og barn er vesentlige faktorer for hele livsløpet. Hvis man skal jobbe ut fra disse teoriene, blir tiltakene

helsesøstrene iverksetter i forhold til tilknytningsproblemer av betydning. De nevner nettverksbygging i tillegg til henvisning til det profesjonelle behandlingsapparatet, nettverksbygging. Studien fra Finland (Tarka and Paunonen and Lappala 1999) viser at foreldrenes nettverk, ikke minst for de yngste mødrene, er av betydning for mors mestringssevne. Sosial støtte og oppmuntring er viktige faktorer for mors selvsikkerhet. Dette kan i dag by på store utfordringer med tanke på dagens samfunn, hvor det tradisjonelle lokalsamfunnet ikke er så stabilt som tidligere (jr. punkt 1.2.3).

I Ottawa Charterets erklæring er det et eget punkt som omhandler utvikling av personlige ferdigheter. Her påpekes at våre personlige valg eller type livsstil har innvirkning på vår helse. Disse valgene kan påvirkes gjennom tiltak for å styrke de mest sårbare. Barna lærer å mestre ulike situasjoner og følelser ved at foreldrene takler barnas problemer. Helsefremmende arbeid skal støtte individets personlige og sosiale utvikling, slik at de gis muligheter til å foreta helsefremmende valg og i varetta egen helse. Min konklusjon her må bli at det vil være gode prioriteringer at helsesøstre setter inn ressurser som kan stimulere foreldrenes potensielle mestringsressurser i foreldre-barn-samspill. I hvilken grad dette lykkes, er avhengig av foreldrenes ressurser og av helsesøsters kompetanse innen området.

4.5 Metodekritikk

For å kvalitetskontrollere min studie velger jeg å anvende Kvales validering i syv stadier: *tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering* (Kvale 2001, s.165).

I den empiriske presentasjonen har jeg søkt å finne frem til de mest utbredte trekkene i datamaterialet og foretatt en *tematisering* ut fra dette. Jeg anvendte den kvalitative innholdsanalyse som metode for å systematisere og strukturere dataene.

Undersøkelsesoppleggets kvalitet og metoder preger gyldigheten av kunnskapen som produseres, sier Kvale (2001). Derfor er det nødvendig med en god *planlegging* og at forskningsdesign som anvendes er egnet for de kunnskaper man ønsker å skape. I ettertid ser jeg at studiens temaguide kanskje ikke var tydelig nok, men i samtalen ble det fulgt opp med tilleggsspørsmål som fokuserte problemstillingen. Jeg tilstrebet å benytte åpne spørsmål og intervjuet fungerte som en åpen samtale. Ut over dette har studiens planlegging vært tilfredsstillende.

Studiens validitet har med intervjupersonens troverdighet å gjøre, samt selve *intervjuets* kvalitet. Relasjonen mellom forsker og informant er avgjørende for resultatet og det henvises til punktene 2.3 og 2.5 som beskriver dette nærmere. Denne relasjonen kan ses på som en viktig pålitelighetsfaktor. Jeg tilstrebet å være sensitiv og forsøkte å sette meg inn i den andres situasjon med å være lyttende. Det var viktig for meg å skape en gjensidighet i relasjonen og samtidig være klar over min rolle, som fordret at jeg la premissene for hvordan intervjusituasjonen skulle arte seg (jr. Kvale). I kraft av min tilstedeværelse hadde jeg innflytelse på informantene og dette forsøkte jeg å være bevisst på. Jeg synes stort sett at jeg lyktes med det og mener at dette styrker dataenes troverdighet.

Umiddelbart etter intervjuene foretok jeg egne refleksjoner hvor jeg gjorde vurderinger av hvordan mine påvirkninger kunne styre prosessene i intervjusituasjonen. Disse refleksjonene gjorde meg enda mer bevisst frem mot de neste intervjuene og påvirket undersøkelsens konsistens.

Det er en fordel at forsker har vært tilstrekkelig i feltet hun/han skal undersøke. Dette for å lære feltets sosiale kultur, eller dets organisasjon å kjenne (Lincoln og Guba 1985). Jeg har imidlertid aldri arbeidet, eller hatt noe større samarbeid med helsesøstre og helsestasjoner. Mitt kjennskap til deres arbeidsfelt har jeg fått via undervisning av helsesøstre i studiet psykisk helsearbeid. I utgangspunktet var jeg spent på om informantene skulle få tillit til meg som ikke er helsesøster. Det viste seg imidlertid at informantene var svært glade for at andre profesjoner viste interesse for deres arbeidsfelt og ønsket ytterligere forskning velkommen. Videre ser jeg at mine forventninger til hvilke svar jeg skulle få nødvendigvis ikke stemte. Dette ga meg mulighet for å stille utdypende spørsmål, noe som igjen styrket min forskeridentitet.

For å sikre en best mulig overføring fra muntlig til skriftlig form ble åtte av ti intervjuer *transkribert* ordrett fra opptaket. To av intervjuene ble skrevet som et sammendrag på grunn av tekniske problemer som oppsto under opptak/avspilling. Jeg foretok all transkribering selv og dette ga meg et godt kjennskap til datamaterialet noe som gjorde analyseprosessen oversiktlig.

Informantene ble muntlig informert om at de kunne få lese den transkriberte teksten, men ingen av dem ga uttrykk for at de ønsket dette. I ettertid kan jeg se det som en svakhet at jeg ikke skrev dette i informasjonsskrivet som de fikk tilsendt i god tid før intervjuet fant sted. En muntlig informasjon i en spesiell situasjon blir ikke nødvendigvis fanget opp på samme måte som en skriftlig informasjon i forkant kunne ha gjort.

I tolkning- og *analyses*prosessen viste det seg at de to siste forskningsspørsmålene gav svar som lå tett opp til hverandre. Årsaken til dette kan være at nyansene i de to spørsmålene ikke kom tydelig nok frem. Dette ser jeg på som en svakhet i intervjuteksten da jeg antar at dette også preger de fremkomne funn i de to siste forskningsspørsmålene. Men jeg kan ikke se at dette har noen stor påvirkning av mitt svar på hovedproblemstillingen. Ut over dette mener jeg forskningsspørsmålene har gyldighet og at dette fremkommer i en rimelig tolkning av tekstene.

Kvale (2001) sier at den kvalitative forskning i prinsippet kan gi *valid* vitenskapelig kunnskap dersom: a) jeg som forsker har formulert informantenes meninger, b) omformulert deres selvforståelse, men holdt meg rimelig innenfor konteksten og c) drøftet dette opp mot mitt teoretiske rammeverk (jr. punkt 1.3). Videre har jeg sammenlignet mine resultater med annen aktuell forskning. Jeg mener selv å ha lyktes i a), b) og c) og sier dermed også at studiet oppfyller nødvendige og relevante validitetskriterier i kvalitativ forskning.

I studiens datamateriell er det flere tekster som kunne vært interessante å bearbeide og *rapportere*. Men jeg har forholdt meg til hovedfunnene. I tolkning av materialet har jeg søkt å finne sammenhenger mellom informantenes utsagn og tidligere teorier som er blitt skapt med bakgrunn i annen forskning. Fører resultatene som fremkommer i studien til nye

spørsmålsstillinger som man bør forske videre på? Svaret her er ja, og det vises til oppsummeringen (jr. kap.5). Denne refleksjonen har vært viktig for meg. Jeg har etter beste evne tilstrebet å gi en valid beskrivelse av studiens funn.

5. OPPSUMMERING

I denne studien har jeg satt søkelys på helsesøsterens oppdagelse og formidling av et godt samspill mellom foreldre og barn. Tidligere forskning viser at det er nødvendig å øke kompetansen innenfor helsestasjonenes tjenester med tanke på å fokusere temaet samspill mellom foreldre og barn. Dette samspillet vil prege den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn og er en viktig faktor i utviklingen av barnets psykiske helse. Ved å velge en *tilknytningsteoretisk fortolkningsramme* representerer det en avgrensning av perspektiv med tanke på måten materialet tolkes, analyseres og teoretisk belyses på.

Problemstillingen har vært: *Hvordan oppdager og formidler helsesøstrene et godt samspill mellom foreldre og barn i alderen 0-3 år?* For å kunne svare på problemstillingen har jeg foretatt ti kvalitative intervjuer av helsesøstre. Som forsker har jeg forsøkt å tilstrebe et innenfra perspektiv (et fenomenologisk perspektiv) og en tolkende lytting av deres dype meningsopplevelse. Hensikten med det kvalitative forskningsintervju har vært, så langt som mulig, å innhente autentiske beskrivelser fra informantenes livsverden for å gjøre tolkning av meningen i de fenomener, det vil si innhold i opplevelser/erfaringer, som beskrives.

Ved å benytte kvalitativ metode for innsamling av data medfører det *begrensninger* for generaliserbarheten av resultatene. Selv om resultatene ikke kan si noe om utbredelse og frekvens, vil kunnskapen kunne ha betydning for deltagerne i studien (Starrin 1994). Videre kan kompetansen benyttes ved helsestasjoner for å øke kunnskapen om foreldre - barn - samspillet betydning med tanke på utvikling av barnets psykiske helse.

I den empiriske presentasjonen har jeg søkt å finne frem til de mest utbredte trekkene i datamaterialet og foretatt en *tematisering* ut fra dette. Jeg anvendte den kvalitative innholdsanalyse som metode for å systematisere og strukturere dataene. I studien har jeg til dels tatt med mange sitater fra intervjuene. Dette har jeg gjort for å komme nærmest mulig informantenes versjon av sine opplevelse.

Resultatet av studien kan oppsummeres som følger: Funnene i studien viser at tilknytningen mellom foreldre og barn er et resultat av samspillet kvalitet. Enkelte helsesøstre betrakter seg selv som kompetente til å se sammenhengen mellom samspillet kvalitet og den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. God kompetanse og bevissthet om dette området kan føre til en tidligere intervensjon i situasjoner der samspillet ikke fungerer godt. Dette vil ha en god innvirkning på barnets psykiske helse.

Helsesøstrene gir uttrykk for at de har interesse for foreldre-barn-samspillet og at det er behov for kompetanseøkning. Det kommer også fram at det er mye kunnskap om dette emnet blant helsesøstrene, men ikke hvordan dette blir prioritert fra helsestasjonens side og implementert i vanskelige situasjoner. Enkelte informanter uttrykker at helsestasjonene og helsesøstrene bør

være enda mer målrettet mot det psykososiale arbeidet. Et godt arbeidsredskap kan være å anvende *Marte Meo* som modell. Andre redskap som fremheves er videreutdanninger. Her nevnes spesielt de som er rettet mot psykososialt arbeid med barn og unge.

En konklusjon i studien sier at helsesøstrene kan være viktige omsorgspersoner i situasjoner hvor det er en emosjonell brist i tilknytningen mellom foreldre og barn. Denne omsorgen kan være i form av å styrke rollemodeller hos foreldre, vektlegge gode foreldrerelasjoner og være en støtte under foreldrenes sykdom. Funnene viser for det andre at flere helsesøstre kvier seg for å gå aktivt inn i situasjoner der det er en brist i den emosjonelle tilknytningen mellom foreldre og barn. Begrunnelsen for dette er blant annet at de er redd for å støte foreldrene fra seg og ødelegge tillitsforholdet mellom helsesøster og foreldre. Dette arbeidet kan lett blir underprioritert på grunn av alle andre krav og gjøremål som må utføres i løpet av en arbeidsdag. For det tredje viser funnene at tidsfaktoren blir brukt som en begrunnelse.

Barn som opplever en god tilknytning til sine nære omsorgspersoner utvikler en god modell for relasjoner til andre mennesker. God tilknytning betraktes som en viktig faktor for den sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling. Barn lærer å mestre ulike situasjoner og følelser ved at foreldrene takler barnas problemer. Helsefremmende arbeid skal støtte individets personlige og sosiale utvikling, slik at de gis muligheter til å foreta helsefremmende valg og i vareta egen helse. Dette kan skje ved at helsesøstrene gjennom et kyndig blikk og direkte kommunikasjon formidler mestringsstøtte til foreldrene. Min konklusjon er at det vil være gode prioriteringer at helsesøstrene setter inn ressurser som kan stimulere foreldrenes potensielle mestringsressurser i foreldre-barn-samspill. I hvilken grad dette lykkes, er avhengig av foreldrenes ressurser og av helsesøstrenes kompetanse innen området.

Jeg har ikke funnet at det er gjort noen tilsvarende studier i Norge. Den allerede eksisterende forskning viser at kvaliteten på foreldre-barn-samspill påvirker barnets og foreldrenes helse. Denne studien antar derfor å kunne belyse viktige områder innen folkehelsearbeid. Den kan dermed bidra til ny relevant kunnskap for helsearbeidere spesielt i nordisk sammenheng, men også internasjonalt. Selv om tidligere studier har behandlet noen av de samme fenomenene denne studie har belyst (jr. punkt 1.1), har de ikke tatt i betraktning de spesifikke aspekter som denne studien har behandlet. Min studie kan slik sett betraktes som kumulativ.

Som *forslag til videre forskning* med bakgrunn i denne studien, vurderer jeg det viktig å utvikle ytterligere kunnskaper innen feltet foreldre - barn - samspill. Jeg har under hele studien bevisstgjort min egen forforståelse og kan se at den underveis har endret seg. Kanskje nettopp derfor reiser studien flere interessante spørsmål for videre forskning:

- 1) *Vil en få andre resultater med å forske på fedre og spedbarn enn hva en er kommet fram til ved den tidligere spedbarnsforskningen som i stor grad omfatter mor og spedbarn?*
- 2) *Hvor går grensen for når helsesøstrene skal gripe inn der de ser det er en brist i den emosjonelle tilknytning mellom foreldre og barn?*
- 3) *På hvilken måte kan helsesøstrene løse det tidligere nevnte etiske dilemma som kan oppstå mellom barnevern og foreldre (jr. punkt 4.3)?*

REFERANSER

- Allwood, C.M., Erikson, G. (1999) (red.) *Vetenskapsteori för psykologi och andra samhällsvetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Barbosa da Silva, A., Andersson, M. (1993) *Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Stockholm: SHSTFs: FOU-rapport nr. 40.
- Barbosa da Silva, A., Wahlberg, V. (1994) Vetenskapsteoretisk grund för kvalitativ metod. Starrin, B. & Svensson P.G. (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Berulfsen, B., Gundersen, D. (1991) *Fremmedord blå ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget. Aschehoug - Gyldendal.
- Borge, L., Hummelvoll, J.K., Ulland, E. (1997) Kompetanse og yrkesidentitet. En evaluering av norske videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. *Vård i Norden* nr.1.
- Bowlby, J. (1969/1982) *Attachment and loss*: bd. 1. *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. *Attachment and loss*: bd. 2. (1973) *Separation, anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss*: bd. 2. *Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1994) *En trygg bas*. Stochholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (1999) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Elberling, H., Skovgaard, A.M. (2002) *Children aged 0 - 3 years referred to child psychiatric department. A descriptive epidemiological study*. *Ugeskr Læger* 2002; 164: 5658-61.
- Espenes, G.A., Smedslund, G. (2001) *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A.S.
- Føllesdal, D., Walløe, L. og Elster, J. (1996) *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Førde, R. (1995) *From antenatal control to antenatal care; a case study in clinical reasoning and methodological fallibility*. Universitetet i Oslo.

Greenberg, M.T. (1999) Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy, J., Shaver, P.R., Bowlby, J. (1999) *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. Jude Cassidy and Phillip R. Shaver (ed.) New York: Guilford Press.

Hansson, K., Cederblad, M. (1995a) Salutogen familjeterapi. *Fokus på familien*, nr. 1: 3-18.

Hansson, K., Cederblad, M. (1995b) Känsla av sammanhång: Studier från et salutogent perspektiv. *Forskning om Barn och Familj*, nr. 6. Skriftserie, Institutionen för barn och ungdomspsykiatri, Lunds Universitet.

Health Promotion Glossary. (1988) Geneva: WHO.

Hedenbro, M., Wirtberg, I. (2002) *Samspillet kraft. Marte Meo - mulighet til utvikling*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Holme, I.M., Solvang, B.K. (1996) *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano.

Hundeide, K. (1996) *Åtte temaer for godt samspill*. Oslo: Pedagogisk forum.

Hummelvoll, J.K. og Barbosa da Silva, A. (1998) The Use of the Qualitative Research Interview to Uncover the Essence of Community Psychiatric Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 16 (4), pp. 1998. 453-378.

Hummelvoll, J.K. (2004) *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hummelvoll, J.K. (1995) *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv*. Nordiska Hälsovårdshöskolan. Göteborg, Sverige.

Justis- og politidepartementet (2002) *Barns prosessuelle rettigheter* [online]. Data. Oslo: <http://www.odin.dep.no> 18.06.04

Karterud, S., Monsen J.T. (red.) (1997) *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Killén, K. (1994) *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lincoln, Y.S., Guba, E. G. (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. (1989) *The Psychological Birth of the Human Infant: symbiosis and individuation*. London: Maresfield.

- Immelmann, K. (1981) *Behavioral development: The Bielefeld Interdisciplinary Project*. Cambridge: Cambridge University Press, 65.
- Malterud, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Maunsbach, M., Dehlholm-Lambertsen, B. (1997) Kvalitative metoder i empirisk sunhedsforskning IV. Det fokuserende gruppeinterevju og deltagerobservation. *Nord Med* 1997; 112: 126-8.
- Medin, J., Alexanderson, K. (2000) *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordenfeldt, L. (1987) *On the nature of health: an action-theoretic approach*. Dordrecht: Reidel.
- Norges offentlige utredninger (1998) Det er bruk for alle. Oslo: Sosial- og helse-departementet 1998:18.
- Ottawa Charteret om helsefremmende arbeid (1987) *Helsedirektoratet* Oslo: <http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2233/ik-2233.htm> 23.04.-04.
- Parse, R.R., Coyne, A.B., Smith, M.J. (1985) *Nursing Research. Qualitative Methods*. Bowie, Maryland: Brady Communications Company.
- Popper, K. R. (1974) *Objective Knowledge. An Evolutionary Approach*. Oxford: Clarendon Press.
- Popper, K. R. (1977) *The Logic of Scientific Discovery*. London: Hutchinson & Co, Ltd.
- Rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanning (1998) *Fastsatt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet*. Oslo.
- Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringsberg, K. (2003) *Självs kattad hälsa*. Materiell fra forelesning ved NHV 6. mai 2003.
- Sanner, M., Dønnestad, E. (2002/2003) *Livet under 18: drømmene, ideene, livet: unge rapporterer til FN om Barnekonvensjonen 02/03*.
- Sjøstrøm, L., Häggglöf, B., Engström, B. (2002) Anknyningsproblem mellan förelrädr och barn. *Vård i Norden* 3/2002. Publ. No. 65 Vol. 22 No. 3 PP 39-44.
- Smith, L. (2002) *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Starrin, B. (1994) Om distinktionen kvalitativ – kvantitativ i social forskning. I: Starrin, B., Svensson P-G (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stern, D. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken. Oslo.

St.prp. 1, 2002/2003, kap. 0743 <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stprp/042001-030004/dok-bn.html>. 23.04.04.

St.prp. 63 (1997-1998) <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stprp/030005-0300014/dok-bn.html> 23.04.04.

Tarka, T. M., Paunonen, M., Lappala, P. (1999) Social support Provided by Public Health Nurses and the Coping of First-Time Mothers with Childcare. *Public-health-Nursing*. Publication year 1999.

Tarka, T. M., Paunonen, M., Lappala, P. (2000) First time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*. Publication year 2000.

Willén, H. (2002) *Personal narrative research in the context of troubled parenthood*. In Hallberg, L. R.-M. (ed.) *Qualitative Methods in Public health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association Declaration of Helsinki. (2000) *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. France. Edinburgh: Scotland.

