

Distriktssköterskans upplevelse av medverkan till ökad kvalité i parrelationen i mötet med föräldrar på BVC

FÖRFATTARE

Carolina Roos
Zascha Widegren

PROGRAM/KURS

Distriktssköterskeutbildningen /
Examensarbete avancerad nivå

HT 2010

OMFATTNING

15 Högskolepoäng

HANDLEDARE

Leeni Berntsson
Helene Lindfred

EXAMINATOR

Solveig Lundgren

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien



Titel:	Distriktssköterskans upplevelse av medverkan till ökad kvalitet i parrelationen i mötet med föräldrar på BVC
Titel:	The district nurse' experience of contribution to increased quality in the couple's relationship in the meeting with parents at child health care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Distriktssköterskeprogrammet/ OM5220, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	41 sidor
Författare:	Carolina Roos, Zascha Widegren
Handledare:	Leeni Berntsson, Helene Lindfred
Examinator:	Solveig Lundgren

SAMMANFATTNING

Inledning: Parrelationens kvalitet kan försämrats efter transitionen till föräldraskap. Barnet påverkas negativt av konflikter mellan föräldrarna. Inom barnhälsovården är ett av distriktssköterskans mål att stödja föräldrar i deras föräldraskap. Det finns studier som beskriver transitionen till föräldraskap. Det saknas dock studier från BVC om distriktssköterskans upplevelse hur de bidrar till ökad kvalitet i föräldrarnas parrelation. För att inom barnhälsovården kunna främja hälsa och välbefinnande för familjen är kunskap om just detta viktigt. Föreliggande arbete är en forskningsplan.

Syfte: Att beskriva hur distriktssköterskan på BVC upplever att de medverkar till ökad kvalitet i föräldrars parrelation för att därigenom främja barnets hälsa och välbefinnande.

Metod: En pilotstudie som bygger på två intervjuer har genomförts för att testa metoden. Innehållet i intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys

Resultat: Vid textanalysen framkom två huvudkategorier: Parrelationens roll i distriktssköterskans arbete och Strategier/Stöd och sex underkategorier: Hur parrelationens kvalitet uppmärksammas, Utrymme för parrelationen, Integritet utifrån parrelationen, Lyssna, Sociala nätverk, Förmedla kontakt.

Diskussion: Resultatet har bidragit med en förståelse för hur distriktssköterskor upplever att de kan medverka till ökad kvalitet i föräldrars parrelation för att kunna främja barnets hälsa och välbefinnande. Det saknas riktlinjer på organisationsnivå för parrelationens utrymme. Hur kvalitén i föräldrarnas parrelation uppmärksammades baserades på individuell erfarenhet, förmåga och kunskap. Distriktssköterskorna ansåg inte att det svåra var att gå rakt på sak, utan att frigöra tid till att ställa frågorna.

Nyckelord. Distriktssköterska. Barnhälsovård. Parrelation. Transition. Integritet.

ABSTRACT

Introduction: The quality of the relationship can get worse after the transition to parenthood. The child is afflicted negatively both psychologically and physiologically by conflicts between the parents. In child health care one of the goals for the district nurse is to support parents in their parenthood. There are studies that describe the transition to parenthood, but there's lacking studies from children's health care about the district nurse's experience about increasing the quality of the parent's relationship. The knowledge about this is important to be able to promote health and well-being for the family. This work is a research plan.

Purpose: To describe the district nurse' experience of their contribution to increased quality of the parents' relationship in order to promote families' health and well-being for the family.

Method: A pilot study to test the method has been conducted. It is based on two interviews. The content of the interviews have been analysed with qualitative content analysis.

Results: Two main categories emerged from the text analysis: The role of the couple's relationship within the work of the district nurse and Strategies/Support. These were further divided into six subcategories: How the quality of the parents' relationship was observed, Time for the family relationship, Integrity viewed from the family relationship, Listen, Social networks and To convey contact.

Discussion: The result has contributed to an understanding for how the district nurse experience their contribution to increased quality of the couples' relationship in order to promote the child's health and well-being. There are missing guidelines on an organisational level about the couple's relationship. How the quality of the parents' relationship was experienced was based on individual experience, ability and knowledge. The district nurses thought that the difficulty wasn't within being straightforward about the matter, but about having the time to ask the questions.

Keywords: District nurse. Child health care. Couples' relationship. Transition. Integrity.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Barnhälsovård och sjuksköterskans roll	2
Hälsosamtal	3
Föräldrautbildning	4
Familj	5
Transition	5
Anknytning	6
Teoretisk referensram	8
TEORETISKA BEGREPP	8
Hälsa	8
Holism/ Helhetssyn	9
Integritet	10
TIDIGARE FORSKNING	11
Litteratursökning	11
Föräldrautbildning	11
Transition	13
Parrelationens kvalitet	15
Påverkan på barnet	16
PROBLEMFÖRMULERING	17
SYFTE	17
METOD	17
URVAL	18
DATAINSAMLING	18
DATAANALYS	19
PILOTSTUDIEN	20
Urval	21
Datainsamling	21
Dataanalys	21
FÖRFÖRSTÅELSE	22
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	22
Risk-/nyttaanalys	24
RESULTAT	24
PARRELATIONENS ROLL I DISTRIKTSSKÖTERSANS ARBETE	24
Hur parrelationens kvalitet uppmärksammas	25

Utrymmet för parrelationen	26
Integritet utifrån parrelationen	27
STRATEGIER / STÖD	28
Lyssna	28
Sociala nätverk	28
Förmedla kontakt	28
DISKUSSION	29
METODDISKUSSION	29
RESULTATDISKUSSION	32
KONKLUSION	36
Förslag till fortsatt forskning	36
LITTERATURREFERENSER	37
BILAGOR	
I INFORMATIONSBREV	
II INTERVJUGUIDE	

INTRODUKTION

INLEDNING

”Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.”

(Artikel 3.1. FN:s konvention om barnets rättigheter, 1991).

Forskning visar att parrelationen förändras och påverkas av att få barn (Ahlborg, 2002; Möller, Hwang & Wickberg, 2006), både kvinnor och män upplever en minskad kvalitet i relationen (Ahlborg, 2002). Barn påverkas psykiskt (Ablow, Measelle, Cowan & Cowan, 2009; Crockenberg, Leerkus & Lekka, 2007) och fysiologiskt (Moore, 2010) av föräldrarnas parrelation. Konflikter mellan föräldrarna utgör en riskfaktor för barns hälsa. Föräldrarnas relation ska därför också ses som betydelsefull för barnens hälsa och insatser för att tidigt stärka föräldrarelationen utgör en väsentlig del av föräldrastödet (SOU 2008:131).

För att uppleva hälsa och välmående är det viktigt för människan att må väl i sin parrelation. Forskning visar att hur individen mår i sin parrelation är den viktigaste faktorn för välbefinnande i sin livssituation (Glenn & Weaver, 1981).

Distriktssköterskan möter på barnavårdscentralen (BVC) en stor andel barnfamiljer och får på så vis en unik inblick i hur föräldrarna mår i sin parrelation. Att främja barnens hälsa, trygghet och utveckling är barnhälsovårdens övergripande mål. Genom att stödja föräldrarna i deras föräldraskap bidrar distriktssköterskan till detta (Socialstyrelsen, 2001). Författarna är intresserade av hur distriktssköterskan på BVC arbetar med detta ämne då forskning styrker att kvalitén i föräldrarnas parrelation har en stor och betydelsefull inverkan på barnets hälsa och välbefinnande.

Barnkonventionen talar om rättigheten för föräldrar att få stöd i sitt föräldraskap. Barn har rätt att överleva, leva och utvecklas. Barns rätt till hälsa innefattas av en andlig,

moralisk, psykisk och social utveckling (FN:s Barnkonvention, 1991). FN:s barnkonvention, artikel 24, erbjuder ett stöd för en barnhälsovård med helhetssyn, hälsopedagogiska ambitioner och föräldramedverkan.

”Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.”

(Artikel 24.1. FN:s konvention om barnets rättigheter, 1991).

BAKGRUND

Barnhälsovård och sjuksköterskans roll

På BVC arbetar sjuksköterskor vidareutbildade till distriktssköterskor och/eller barnsjuksköterskor. Sjuksköterskan möter barn i åldern 0-6 år tillsammans med sina föräldrar på regelbundna hälsokontroller. Sjuksköterskan är en av nyckelpersonerna inom barnhälsovården och samarbetar med andra verksamheter och professioner såsom läkare, psykolog, kurator, barnklinik, barn- och vuxenpsykiatri, barnhabilitering, logoped, barnomsorg, skola, socialtjänst, öppen förskola, spädbarnsverksamhet med flera. Under barnets första levnadsår träffar sjuksköterskan barnet och familjen minst 12-15 gånger på mottagningen och dessutom vid första hembesöket och föräldrautbildningen. Därefter sker ca 1-2 kontakter per år (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).

Ingen annan offentlig verksamhet får så tät kontakt med barn och familjer under småbarnsåren då barnet ännu inte börjat i förskola. På grund av detta ges det stora möjligheter till kännedom om familjernas sociala situation och hälsa. De hälsofrämjande och hälsoförebyggande insatserna är riktade mot hela familjen och innefattar vaccinationer och hälsoövervakning, där barnets fysiska utveckling följs över tid. Barnhälsovårdens huvudmål är att minska barns dödlighet, sjuklighet och handikapp (Hagelin m.fl, 2001). Programmet för hälsoundersökningar i kombination med vaccinationsprogrammet utgör en stomme för hälsovårdsarbetet inom barnhälsovården.

Dessutom bör kontakttillfällen som uppstår genom programmet användas för hälsoupplysning, föräldrarådgivning och stöd till barnfamiljen. (Socialstyrelsen, 2008).

Föräldrar erbjuds stöd i föräldraskapet med målet att bidra till en för barnet gynnsam och allsidig utveckling. Hur föräldrar och barns samspel fungerar har stor betydelse för barnets utveckling och är något som sjuksköterskan har möjlighet att observera vid BVC-besöken (Socialstyrelsen, 2008). I en studie av Lindström (2007) beskrivs att distriktssköterskan särskilt vid hembesök har möjlighet att nå båda föräldrarna och att denne lägger stor vikt vid den kontinuerliga kontakten med föräldrar och barn. Distriktssköterskorna i studien uppger att de bedriver ett relationsstödjande arbete, men i den stora mängd information som ges till föräldrarna är det lätt att komma in på sidospår och utrymmet för att ge stöd till föräldrarna i deras parrelationen minskar (Lindström, 2007).

Distriktssköterskans uppdrag knyter även an till Världshälsoorganisationens (WHO) folkhälsomål vilket innebär att främja människors hälsa under hela livet. Distriktssköterskan har kompetens att möta, stödja, förebygga och vårda personer utifrån den och dess familjs fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa och sjukdom (Distriktssköterskans kompetensbeskrivning, 2008).

Hälsosamtal

För distriktssköterskan på BVC innebär alla hälsoundersökningar och kontakttillfällen med barnfamiljen ett möte där lyhördheten för familjens individuella behov och önskemål står i centrum (Socialstyrelsen, 2008).

Varje hälsosamtal är en form av hälsovägledning som kan ses som en undervisningsprocess där ett lärande sker. Processen sträcker sig från de styrdokument som påverkar utformningen av hälsosamtalet till BVC sjuksköterskans egna tankeprocesser före, efter och under själva samtalet. En etisk medvetenhet krävs hos dem som arbetar med hälsosamtal, likaväl som en förmåga att kunna medvetandegöra

och reflektera över hur det egna förhållningssättet kan hindra eller möjliggöra ett möte i samtalet (Olander, 2003). En samtalsmodell som använts mycket i Sverige utgår från Banduras sociala inlärningsteori, särskilt från begreppet ”self-efficacy”, det vill säga patientens egna förmåga att genomföra beteendeförändring. Modellen vill främja en dialog i samtalet och den bygger på ett patientcentrerat förhållningssätt (Bandura, 1978).

Föräldrautbildning

Sveriges Riksdag beslutade 1979 att en allmän föräldrautbildning (FUB) skulle utformas i anslutning till graviditet och förlossning och att den främst skulle vara riktad till de par som väntar sitt första barn (SOU, 2008:131).

Föräldrastödet/utbildningen inom barnhälsovården riktar sig till föräldrar som nyligen har fått barn och erbjuds vanligtvis föräldrarna fram till barnet uppnått ett års ålder. Syftet är att ge kunskap och information, bidra till att förstärka föräldrarna i deras föräldraroll och ge dem möjlighet till kontakt och gemenskap med andra föräldrar, bryta isolering och öka gemenskapen i bostadsområdet. Syftet är också att bidra till att föräldrarna blir mer bekanta med barnhälsovårdens personal. En föräldragrupp inom barnhälsovården leds i allmänhet av en barnsjuksköterska eller distriktssköterska. Gruppen består av 4–5 föräldrapar som träffas mellan 4 och 10 gånger under barnets första år. Föräldrarna erbjuds i regel både muntligen och skriftligen att delta i föräldragrupp. Föräldrarna informeras om att de kan delta i en föräldragrupp på BVC vid någon av de sista träffarna på mödravårdscentralen (MVC) (SOU, 1997:161).

Vanliga teman i en föräldragrupp på BVC är frågor kring det nyfödda barnet och dess utveckling, amning, kost, risker med tobak, barnets skötsel, olycksrisker i hemmet och sjukdomar hos barnet. Föräldrarnas roll, relationer i den nya familjen, att bli förälder och att klara den nya situationen kan också diskuteras. Många BVC-sjuksköterskor har fått fortbildning i frågor om att leda grupper, ta vara på gruppdeltagarnas kompetens och att bygga upp tryggheten i gruppen. Detta kan bidra till att även de svårare frågorna kommer upp till diskussion (SOU, 1997:161).

I en rapport som tagits fram av bland andra distriktsjuksköterskeföreningen framhålls att föräldrastödets målsättning inom mödra- och barnhälsovården är att erbjuda kunskap, reflektion och möjlighet till kontakt och gemenskap till blivande och nyblivna föräldrar samt att generella och riktade stödinsatser ska erbjudas alla föräldrar individuellt eller i grupp (Svenska barnmorskeförbundet m.fl, 2007).

Sjuksköterskor på BVC belyser att föräldragrupper är betydelsefullt och lärorikt och menar att dessa grupper kan leda till en bättre kommunikation mellan föräldrar och sjuksköterskor (Hallberg, Lindblad, Råstam & Håkansson, 2001).

Familj

Begreppet familj kan definieras olika med varierande innebörder. En systemteoretisk syn innebär att familjen är bestående av individer förenade genom blodsband, äktenskap eller vänskap. Detta synsättet ser familjen som en komplex organisation, bestående av individer förenade genom känslomässiga band (Mallinger, 1989). Det systemteoretiska perspektivet lämpar sig väl i ett familjecentrerat vårdarbete och är även ett vanligt förekommande synsätt inom familjeterapin. Familjen ses som en helhet där alla individer i familjen har ett egenvärde där han/hon utifrån sitt eget synsätt försöker skapa en tillvaro med mening. Ur barnets synvinkel innebär det att barnets hälsa till stor del hör samman med föräldrarnas känslomässiga, sociala och kognitiva resurser. I familjecentrerad vård fokuserar sjuksköterskan på det individuella barnet utifrån det barnets specifika familjesystem. Dualiteten gör processen komplex då det inte går att bedöma hur en familj fungerar genom att bara se till en medlem av den (Betz, Hunsberger & Wright, 1994).

Transition

Transition är enligt Schumacher & Meleis (1994) ett socialpsykologiskt begrepp som betyder förändring i livet. Transition kan exempelvis yttra sig i förändrat hälsostatus, roller, relationer, förmågor och förväntningar. Att genomgå transition innebär således en definitionsförändring för individen i det sammanhang han/hon befinner sig i. Några

faktorer har identifierats som påverkar transitionen mot en positiv hälsosam riktning. Individens subjektiva välbefinnande under transitionsprocessen styrs av hennes förmåga att hantera känslor och tillämpa effektiva bemästringsstrategier. Aspekter som individens upplevelse av integritet, värdighet och livskvalité är viktiga. Att kunna hantera sin roll i förhållande till sin omgivning och känna sig tillfreds med de krav den nya situationen innebär ger en positiv upplevelse av transitionsprocessen (Schumacher & Meleis, 1994). Att bli förälder är positivt men omtumlande. För parrelationen innebär föräldraskapet utvecklingsmöjligheter inte minst angående ansvar och samarbete. De positiva sakerna med att bli förälder kan dock skuggas av nya krav och oväntade påfrestningar i parrelationen (SOU 1997:161).

Transition är på olika plan en ständigt pågående livsprocess där man förflyttar sig från en fas till en annan. Att bli förälder är en av de största transitionsprocesser en människa kan genomgå och för många upplevs denna förändring överväldigande och svår att hantera (Houts, Barnett-Walker, Paley & Cox, 2008). Kvalitén i föräldrarelationen har stor betydelse för barnets utveckling. Konflikter mellan föräldrarna kan påverka föräldraförmågan. Föräldrar med mycket konflikter i sin parrelation har t ex visat sig vara mindre konsekventa, mer negativa och kontrollerande, uttrycka mindre värme och vara mindre lyhörda för barnets signaler än andra föräldrar (Davies & Cummings, 1994).

Anknytning

De tidiga uppväxtåren har stor betydelse för barns utveckling. Förhållanden under barndomen påverkar barnet emotionellt och kunskapsmässigt för hela livet och påverkar barnets framtida möjligheter att hantera ett krävande samhälle (SOU 1997:161).

Anknytning tar sin början redan hos det nyfödda barnet. Ett centralt begrepp i anknytningsteorin är trygg bas. Trygg bas innebär att föräldrarna uppfattas som en trygg tillflykt, en bas från vilken barnet kan utforska världen, övertygad om att bli välkomnad när det finns behov av fysisk och emotionell närhet, tröst och trygghet (Bowlby, 2006). Om kriterierna för en trygg bas uppfylls vågar barnet utsätta sig för nya situationer därför att det skapat en inre tillit om att det kan återvända till basen när någonting blir

för hotfullt. När barnet vet att föräldern finns tillhands, väcks nyfikenhet till att utforska världen. Trygg bas och säker hamn är därmed två sidor av samma mynt; en trygg bas uppfyller barnets behov av närhet och beskydd vilket i sin tur väcker nyfikenhet för utforskande; en säker hamn uppfyller behovet av att kunna återvända till föräldrarna om någonting skrämmande inträffar. Anknäytningssystemets ändamål är att uppnå fysisk närhet till anknäytningssystemens personer. Vid en trygg anknäytning byggs inre arbetsmodeller upp som ökar barnets känsla av värde och tilltro till sig själv och andra (Karlsson, 2010).

Tidiga och nära relationer är betydelsefulla för psykisk hälsa. Trygg anknäytning under den tidiga barndomen har ett samband med social förmåga, effektiv emotionell reglering och följsamhet i relationen med föräldrarna. De barn som får möjlighet att utveckla en relation till sina anknäytningssystemens personer där de använder dessa som en trygg bas för utforskande och som en säker hamn vid påfrestningar betecknas ha en trygg anknäytning (Karlsson, 2010).

Barn som inte får möjlighet att skapa en trygg anknäytning, dvs. som saknar en trygg bas/säker hamn, utvecklar istället en otrygg anknäytning. Otrygg anknäytning hos barn har visat sig vara en riskfaktor vid utvecklandet av psykisk ohälsa. Likaså har otrygg anknäytning visat sig vara relaterat till förhöjd ilska, dåliga kamratrelationer och sämre självkontroll. Vid en trygg anknäytning klarar barn omvärlden och relationer bättre än vid en otrygg anknäytning (Deklyen & Greenberg, 2008).

För att kunna ge en trygg uppväxt till barn är det av stor betydelse att föräldrar är trygga. Forskning visar att det är den tidiga kontakten mellan barn och förälder som präglar barnets utveckling, trygghet, empatiska förmåga och självtillit (SOU 1997:161). Föräldrar som inte har en bra relation till varandra kan ge påverkan på barnets hälsa. Resultat från en studie av Katz och Gottman (1993) visar på att barn som lever i familjer där föräldrar har låg kvalitet i sin parrelation i högre utsträckning uppvisar utåtagerande beteende.

Teoretisk referensram

Ontologin är den filosofiska läran om alla tings innersta väsen. Hur människan förhåller sig till sig själv, sin omgivning och andra människor är exempel på ontologiska problemställningar. Epistemologin är läran om hur vi får kunskap om vår verklighet (Alvesson & Sköldberg, 1994). Inom vårdvetenskaplig forskning inriktar sig forskaren på utvecklande av metodfrågor samt att öka förståelsen för vad exempelvis vårdandet är (Wiklund, 2003). Katie Erikssons holistiska människosyn och hälsoperspektiv stämmer väl in på vårt problemområde och är föreliggande studies vetenskapsteoretiska utgångspunkt. I distriktssköterskans kompetensbeskrivning framgår att man ska ha ett holistiskt förhållningssätt (Distriktssköterskans kompetensbeskrivning, 2008). Katie Eriksson framhåller att all vårdpersonal ska arbeta utifrån en helhetssyn på människan. Det finns ingen given helhet utan helheten varierar i förhållande till människans yttre och inre gränser samt till tid och rum. Helheten ska ses utifrån den unika människan, situationen och det aktuella perspektivet. Eriksson menar att alla vårdare måste ha förståelse för att de arbetar utifrån ett specifikt kompetensområde för att därmed på ett adekvat sätt se helheten hos individen (Eriksson, 1996).

TEORETISKA BEGREPP

Teoretiska begrepp som valts ut för att passa vårt syfte är: Hälsa, Integritet och Helhetssyn/Holism.

Hälsa

WHO definierar hälsa som definierar hälsa som ett fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder (WHO, 1948). Människan är med denna definition, inte bara en biologisk utan även en mental och social varelse (Medin & Alexandersson, 2001).

Katie Eriksson förklarar hälsan vara mångdimensionell. Enligt hennes ontologiska hälsomodell förklaras hälsa utifrån en rörelse mellan olika dimensioner av *görande*,

varande och *vardande* hälsa. Hälsa är mer än frånvaro av sjukdom. Hälsa är något man är inte något man har och förstås i relation till andra begrepp som välbefinnande, livskvalité, resurser, lidande och helande. Hälsa som *görande* innebär tankar i form av att ha hälsa utifrån yttre kriterier medan hälsa som *varande* kännetecknas av strävan efter välbefinnande, att hitta balans i det inre. Exempelvis att känna harmoni i olika livssituationer och relationer. I Hälsa som *vardande* har livsfrågorna en central roll. Vardande hälsa innefattas av en djupare integrationsnivå. Livets kriser och lyckliga stunder kan leda till en djupare insikt och förståelse för livets villkor, individen kan på vardandets nivå känna en försoning med olika omständigheter i livet. Vardande möjliggör på så vis människans upplevelse av livskraft och helhet (Eriksson, 1995). Ett hälsoförebyggande arbete innebär enligt Anonovsky (2005) att fokusera på de faktorer som utvecklar hälsa snarare än de som orsakar ohälsa/sjukdom. Antonovskys salutogena hälsofaktorer KASAM (känsla av sammanhang). Innebär att människan som känner ett sammanhang, *begriplighet* i tillvaron, ser sin livssituation som *hanterbar* och sina handlingar som *meningsfulla* har störst möjlighet till hälsa (Antonovsky, 2005). Med det salutogena perspektivet är det intressanta inte huruvida man har hälsa eller inte, utan istället vad det är som utvecklar hälsa eller vad det är som förhindrar hälsoutveckling. Hälsa innebär alltså en resurs som utvecklas i relation hos individen och dess omgivning (Antonovsky, 1996).

Holism / Helhetssyn

Holism kommer från grekiskans *holos*, ”hel”, ”odelad”. Det kan filosofiskt beskrivas som att helheten, summan av individerna, är mer än delarna. Inget kan beskrivas skiljt från sitt sammanhang var för sig (Birkler, 2007).

Dahlberg (2003) skriver att helhetssyn innebär att se patienten som en unik person. Människan är det centrala i vården och vården ses utifrån patientens perspektiv. Vårdaren bör se vad som påverkar en patient, hennes olika sociala och kulturella kontexter. Det är viktigt att inte människan försvinner bakom rutiner, behandlingar, symtom och diagnoser. Att bli sedd som unik person innebär att få ett individuellt värde. Helhetssynen på människans behov bör inte utgå ifrån ett enskilt tillfälle utan

hänsyn tas till den totala situationen. Vidare skriver Dahlberg att helhetssyn innebär att behov synliggörs även då patienten inte tydligt kan beskriva behovet, människan kan ha svårt att uttrycka önskemål eller behov. Helhetssyn behöver inte innefatta all kännedom om patienten och dennes livsvärld, alla har en privat sfär som andra människor inte alltid får tillgång till. Sjuksköterskan behöver ha självförståelse och en sund uppfattning av sig själv och sitt bemötande till andra människor, först då byggs förtroende och ett etiskt patientperspektiv (Dahlberg m.fl., 2003).

Ett holistiskt perspektiv är grunden för att ge föräldrar och barn bästa omvårdnad. Distriktssköterskan har fördjupade kunskaper inom omvårdnad för att förstå individens/familjens resurser i ett hälsofrämjande perspektiv. Utöver det finns kompetens att förstå den sociala kontextens betydelse för hälsa samt förstå och agera på psykosociala förhållandens påverkan på hälsa (Distriktssköterskans kompetensbeskrivning, 2008). Detta utgör viktiga grundstenar i mötet med barn och föräldrar på BVC.

Integritet

Ett av sjuksköterskans viktigaste omvårdnads mål är bevarandet av patientens integritet. I hälso – och sjukvårdslagen står det tydligt beskrivet att all sjukvård skall byggas på en respekt för patientens integritet och rätt till självbestämmande (Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763).

Eftersom det är frivilligt för föräldrar att gå till BVC är det viktigt att de känner sig väl till mods och inte upplever sig kränkta avseende sin integritet, då risken finns att de i såna fall avstår från att komma. Barbosa da Silva och Ljunqvist (2003) betonar vissa egenskaper som sjuksköterskan bör ha såsom förmågan att bry sig om och att vara förstående. En positiv personlighet är en egenskap som ger uttryck för moralisk integritet. Detta innebär enligt författarna att sjuksköterskan inte skall vara dömande utan vara positiv och trevlig i sitt bemötande. Ytterligare egenskaper för att patienten ska känna respekt gällande integritet och värdighet är ödmjukhet, omtanke, förmåga att skapa dialog och lyhördhet (Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003). En moralisk integritet hos vårdaren förutsätter en holistiskt mångdimensionell människosyn med

empati, lyhördhet och en önskan, förmåga till etisk reflektion (Andersson, 1996). I enlighet med vårdvetenskapens grundantaganden om människan och hälsa är vårdens värdegrund kännetecknad av värdighet och integritet. Patienten/vårdtagaren ses som främsta expert på sig själv, sin livssituation, sitt lidande och välbefinnande (Dahlberg m.fl.,2003).

TIDIGARE FORSKNING

Litteratursökning

Litteratursökningarna påbörjades i databaserna PubMed och Cinahl. Artiklarna vi fann i PubMed hade alla en medicinsk komponent som inte överensstämde med vårt ämnesområde. Därför utvidgade vi vår litteratursökning i databasen Scopus. Cinahl och Scopus passade bra till vårt ämnesval. Vi har även sökt och funnit artiklar manuellt i andra studiers referenslistor. Sökord som vi använde oss av i olika kombinationer var: child health services, nurse, transition, relationship, parental education, infant, parent conflict. Begränsning i sökning var engelskspråkiga artiklar. I Scopus gjordes begränsningar till ;life sciences, health sciences, physical sciences och social sciences. Urvalskriterier var att artiklarna skulle vara peer reviewed, innehålla abstract, publicerade från år 2000 och framåt samt härstamma från Sverige eller områden/länder med liknande förhållanden. De artiklar vi slutligen bestämde oss för bedömer vi passar in och väl beskriver vårt syfte och problemområde. Artiklar som valdes bort i litteratursökningen berörde parrelationen i andra kontexter. Det var svårt att hitta artiklar om just parrelationens kvalitet och hur den påverkar barnet. Många artiklar handlade om skilsmässors påverkan på barnets välbefinnande och dessa valdes bort. Samtliga litteratursökningar utfördes mellan 2010-08-23 och 2010-10-02.

Föräldrautbildning

I en svensk studie (Pettersson, Pettersson & Håkansson 2004) intervjuades föräldrar om deras upplevelse av föräldrautbildning på BVC. Syftet var att belysa erfarenheter och förväntningar som svenska föräldrar har på barnhälsovården. Efter att ha fått information av sjuksköterskan på BVC skickades ett brev ut till föräldrar som

genomgått den traditionella föräldrautbildningen på BVC. Totalt 61 föräldrar accepterade att delta i studien, varav 46 var förstagångsföräldrar. Av förstagångsföräldrarna intervjuades 17 stycken och av de 15 föräldrar som redan hade barn accepterade 8 stycken att intervjuas. Intervjuerna genomfördes när barnen var över två år gamla. Intervjuerna genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. De analyserades sedan med kvalitativ holistisk innehållsanalys.

Resultatet kunde delas in i två kategorier - "innehåll i föräldrautbildningen" och "strukturen av föräldrautbildningen". Dessa kunde senare delas in i ytterligare fyra respektive två kategorier – kunskap om barnets utveckling, samspel inom familjen, kontakt med andra föräldrar och kunskap om samhällsstöd respektive organisationen av gruppmötena och sköterskan som en gruppleddare. Huvudresultatet från intervjuerna indikerade att föräldrarna på det stora hela var nöjda med innehållet i utbildningen avseende barnets fysiska och psykosociala utveckling. Däremot uttryckte förstagångsföräldrarna en viss osäkerhet vad gäller de nya föräldrarollerna och parrelationen. Man föreslog att föräldrautbildningen borde fokusera mer på problem inom föräldrarelationen, stress inom familjen och samspelet mellan barn och vuxna. Dessutom var det endast några få pappor som deltog i föräldrautbildningen, och föräldrarna betonade att man på utbildningen mer borde betona faderns behov och deltagande i föräldraskapet (Petersson, Petersson & Håkansson 2004).

I en studie från 2000 där ”grounded theory” användes som metod intervjuades 15 sjuksköterskor på BVC om vad de trodde att mödrarna hade för förväntningar på BVC-sjuksköterskan. Det visades att sjuksköterskan ofta får en väldigt betydelsefull och personlig roll för mödrarna. Sjuksköterskorna trodde att mödrarna i vissa frågor hellre rådfrågade dem än sina egna mödrar, särskilt när det fanns relationsproblem med maken. Det sjuksköterskorna upplevde som svårast att hantera var de dolda problem som kunde finnas inom familjen, problem som var svåra att föra på tal men där sjuksköterskan med sin intuition kunde känna att det var något som tyngde modern. Sjuksköterskorna använde sin erfarenhet och intuition för att försöka förstå de problem som fanns inom familjen men som ofta var svåra att få grepp om och få fram i ljuset. De

upplevde att det var lättare att ge stöd till mödrarna när de lärt känna dem och att kommunikationen behövde vara positiv för att kunna ge bra stöd och hjälp åt mödrarna för att på så sätt stärka barnets välmående (Fägerskiöld, Wahlberg & Ek, 2000).

År 2003 gjordes en vidareutveckling på ovan nämnda studie av Fägerskiöld & Ek, ytterligare en "grounded theory"-studie där man undersökte 20 mödrars förväntningar på BVC-sjuksköterskan. Syftet var att finna likheter och olikheter. Datan från dessa två studier analyserades med hjälp av tematisk innehållsanalys. Bland annat fann man att flera mödrar som hade nära förhållanden till familj och vänner gärna ville få stöd av sjuksköterskan eftersom denna inte var involverad i möjliga familjeproblem, det vill säga hon var en tredje part (Fägerskiöld & Ek, 2003).

Transition

Ahlborg (2002) har i en avhandling intervjuat föräldrar om upplevelsen av kvalitet i parrelationen och samlivet efter första barnets födelse. I första studien intervjuades 5 föräldrapar vid två tillfällen. Första intervjun gjordes då barnet var 6 månader och andra vid 18 månaders ålder. I studie II intervjuades 10 föräldrapar ca 9 månader efter förlossningen. Resultatet visar att både män och kvinnor upplevde en minskad kvalitet i parrelationen redan sex månader efter förlossningen (Ahlborg, 2002).

Hur parrelationen var innan barnets födelse inverkar på hur relationen påverkas efter transitionen till föräldraskapet. Är man inte trygg i sin relation upplevs den redan påfrestande rollen som föräldraskapet innebär än mer ansträngande. Relationen upplevs då sämre jämfört med de som beskriver sin parrelation som trygg (Möller, Hwang & Wickberg, 2006).

Barnets första år är enligt Nyström & Öhring (2004) en viktig period där grunden för barnets vidare utveckling läggs. Distriktssköterskan har då en viktig funktion på BVC i att stötta de nyblivna föräldrarna att anpassa sig till sin nya roll. Föräldraskapet omfattas av känslor som glädje och kärlek till barnet, men även känslor av stress och maktlöshet. (Nyström & Öhring, 2004). Föräldrar som upplevt sämre kvalitet i relationen under

graviditeten uppger att försämringen även fortsatt efter barnets födelse (Knauth, 2000). Då de första månaderna efter barnets födelse har stor betydelse för relationens fortsatta kvalité är det viktigt att dessa par får stöd i sin transitionsprocess (Nyström & Öhrling, 2004; Knauth, 2000).

I en amerikansk longitudinell studie (Lawrence, Cobb, Rothman, Rothman & Bradbury, 2008) följdes 156 par från de första 6 månaderna av giftermålet till och med 12 månader efter födseln av första barnet. Syftet var att särskilja de två härskande perspektiven över synen på parrelationen vid transitionen till föräldraskap. Det ena perspektivet ser transitionen till föräldraskapet som ett stort, omfattande och bestående skifte i den äktenskapliga kvalitén, och det andra perspektivet som ett betydelsefullt men övergående stadium i äktenskapets och familjernas utveckling. Genom det första perspektivet betonas nödvändigheten av intervention för att terapeutiskt hjälpa paren att navigera genom denna kritiska transition. Genom det andra perspektivet betonas utbildning och prevention för att hjälpa par förutse förändringarna som kan komma att inträffa när barnet anländer. Författarna skriver att det perspektivet som används påverkar hur en studie designas avseende transitionen till föräldraskap. Det som undersöktes var den äktenskapliga tillfredsställelsen och i vilken utsträckning graviditeten planerades. Resultatet visade att de par som fick barn de första fem åren av äktenskapet beskrev en högre tillfredsställelse i äktenskapet än de par som inte fick barn. Dessutom associerades transitionen till föräldraskap med en försämring i relationen under barnets första år. Hos kontrollgruppen sågs ingen liknande kraftig försämring, och författarna konstaterade då att försämringen berodde på att föräldrarna fått barn. Bland de par som var mer äktenskapligt tillfredsställda innan graviditeten fanns det för mannen ett samband med ökad graviditetsplanering. Till sist framkom att de par som upplevde en högre grad av äktenskaplig tillfredsställelse innan barnet kom genomgick en högre grad av försämring under transitionen till föräldraskap. Studien visar att man bör se transitionen till föräldraskap som en viktig händelse i relationens utveckling och inte som en isolerad händelse (Lawrence m.fl., 2008).

Parrelationens kvalitet

Kommunikation och ett fungerande samliv visade sig vara viktiga faktorer i parrelationens kvalitet och välbefinnande. Samlivet var även i sin tur påverkad och beroende av en god kommunikation. Resultatet från Ahlborgs (2002) studie visar att det uppstår en sorts ”uppmärksamhetskonflikt” efter barnets födelse. Från att tidigare haft uppmärksamheten riktad till tvåsamheten hamnar nu barnet i centrum. Det uppstår en spänning mellan rollen som förälder och rollen som partner där olika behov och önsksningar styr. Båda föräldrarna uttryckte ett behov att bli bekräftad som partner och inte bara som förälder. Det sexuella samlivet visade sig i studien dock inte vara lika viktigt som behovet av sensuell och känslomässig bekräftelse av den andre. Vid bristfällig, dåligt fungerande kommunikation blev spänningen konfliktfylld och vid fungerande kommunikation, där föräldrarna kunde samtala och delge varandra sina behov och önsksningar skapades en bättre balans i föräldra-/partnerrollen. (Ahlborg, 2002). Stress är en annan faktor som uppkommit i och med föräldraskapet och som påverkar parrelationens kvalitet (Ahlborg, 2002; Möller m.fl., 2006; Möller, Hwang & Wickberg, 2008; Nyström & Öhrling, 2004).

Möller m.fl (2008) har i en enkätstudie med 251 svenska föräldrar undersökt hur parrelationen påverkas efter transitionen till föräldraskapet och vilken påverkan hushållsarbetet har på relationen. Resultatet visade att män och kvinnor upplevde orsakerna till stress olika men gemensamt var även där att en ömsesidigt välfungerande kommunikation föräldrarna emellan minskade stressen och gjorde konflikthanteringen lättare. Kvinnor förknippade stress med för lite sömn, mycket hushållsarbete och att inte räkna till (Möller m.fl, 2008). Pappor beskrev orsakerna till stress som en känsla av osäkerhet inför sin nya roll som förälder. Men också brist på tid både för sig själva och tid tillsammans i parrelationen skapade känslor av stress (Nyström & Öhrling, 2004).

I en kvantitativ studie med 663 tyska gifta par framkom att copingstrategier har en viktig roll i hur stress hanteras. Syftet med studien var att undersöka sambandet mellan kvalitet i parrelationen och parets copingstrategier. Paren fick frågeformulär som handlade om vardagliga saker som ekonomi, fritid, hushållsarbete, kommunikation,

kärlek, sexualitet och föräldraskap. Ett frågeformulär handlade om parets copingstrategier och ett tredje formulär handlade om graden av tillfredsställelse i parrelationen. Det framkom att parets copingstrategier spelar en viktig roll i hur man hanterar och reducerar stress för att kunna stärka det positiva i parrelationen (Wunderer & Scnewind, 2008).

Houts m.fl., (2008) har i en studie studerat strategier att lösa problem i familjer vid olika tillfällen upp till barnets tvåårsålder. Konstruktiva och destruktiva konfliktlösningsmönster identifierades. De föräldrapar som upplevde sämst kvalitet i relationen var också de som hanterade problem med ett genomgående destruktivt förhållningssätt. Dessa relationer visades också i stor utsträckning leda till separation.

Påverkan på barnet

I en amerikansk studie av Moore (2010) undersöktes relationen mellan föräldrars konflikt och spädbarns fysiologiska reaktion. Hjärtats vagala tonus, mätt genom graden av "respiratoriska sinusarrytmier" (RSA), tros spela en central roll i organisationen av beteende, känslor och uppmärksamhet. Genom att mäta RSA hos spädbarn har man kunnat förutse senare beteende- och känsljusteringar. Man har även hos ungdomar och vuxna sett att mindre effektiv RSA-kontroll länkas till beteende – och känsloproblem. Det framkom att högre grad av konflikt mellan föräldrarna korrelerade med försämrad RSA-kontroll, och alltså tros barn som utsätts för konflikter mellan föräldrarna påverkas negativt (Moore, 2010).

I en longitudinell prospektiv studie följdes 110 familjer och deras äldsta barn när de var fyra- fem- och sex år gamla. Barnen intervjuades och videofilmades enligt en speciell metodologi för att bedöma deras uppfattning av sina föräldrars relation och även deras uppfattning om sig själva. Föräldrarna fyllde oberoende av varandra i ett formulär för att bedöma sin relation. Slutligen fick barnens lärare fylla i ett formulär där de fick gradera barnens symptom som tydde på a/ en kombination av depression och ångestsymptom ("internalizing symptoms") och b/ kombination av antisociala och trotsymptom ("externalizing symptoms"). Sammanfattat såg man ett samband mellan

att barn som upplever konflikter i föräldrarnas parrelation kan få problem av olika karaktär, såsom depressiva/ångestbesvär om de skyller konflikten på sig själva och antisociala/trotsbesvär om barnen blir involverade i föräldrarnas konflikt (Ablow m.fl, 2009).

PROBLEMFORMULERING

Sammanfattningsvis finns det sedan tidigare forskning om orsaker och samband mellan transitionen till föräldraskapet och minskad kvalitet i föräldrarnas parrelation. Forskning visar att barn påverkas negativt av konflikter i föräldrars parrelation. Utifrån barnkonventionen är det en skyldighet att se till barnets bästa och att i barnhälsovårdens mål är att främja familjens hälsa. Parrelationens plats på BVC innebär ett helhetsperspektiv, där familjen ses utifrån alla delarna. Arbetar man med parrelationen främjas hela familjens hälsa och välbefinnande. Vi har inte funnit studier som undersöker distriktssköterskans upplevelser av föräldrars förändring i parrelationen. Därför är det viktigt att undersöka hur distriktssköterskor på BVC upplever föräldrars förändrade parrelation och parrelationens kvalitet och eventuella problem.

SYFTE

Att beskriva hur distriktssköterskan på BVC upplever att de medverkar till ökad kvalitet i föräldrars parrelation för att därigenom främja barnets hälsa och välbefinnande.

METOD

Det är svårt att mäta människors upplevelser, känslor och tankar. Trots det måste det kunna beskrivas. Med tanke på syftet ansågs en kvalitativ metod med induktiv ansats vara mest relevant. En kvantitativ metod hade inte lika djupt kunna beskriva distriktssköterskornas upplevelser. Kvalitativ forskningsansats utgår från en empirisk-holistisk syn på världen och kunskap. Detta innebär att man har en holistisk utgångspunkt och strävar efter en förståelse av helhet och sammanhang. Avsikten är att förstå det specifikt mänskliga. Kvalitativa studier strävar efter att utveckla en rik förståelse för något som existerar i den verkliga världen och hur det upplevs av olika

individer som befinner sig i den värld som valts att studeras. Kvalitativ metod rekommenderas om forskningsfrågan avser individers uppfattningar och upplevelser (Polit & Beck, 2010). Granskär & Höglund (2008) beskriver den kvalitativa innehållsanalysens induktiva ansats som en förutsättningslös analys av texter. Vilka bland annat som i denna studie, baseras på människors berättelser av sina upplevelser (Granskär & Höglund, 2008).

URVAL

Strategiskt urval görs när forskaren vill ha variation i svaren (Forsberg & Wengström, 2008). I den storskaliga studien rekryteras informanter från olika stadsdelar inom Västra Götalandsregionen. På så sätt får studien en socioekonomisk och kulturell spridning. Enligt Kvale (1997) är det viktigt att finna en variation inom den population som är intressant att studera. Strategiskt urval innebär att de som utgör ett urval delar vissa upplevelser om det fenomen som forskaren vill studera (Forsberg & Wengström, 2008). Inklusionskriterier kommer att vara distriktssköterskor med minst ett års heltids yrkeserfarenhet från BVC. Eftersom det tar tid att komma in i ett nytt arbete är det relevant att informanterna har funnit sin roll på arbetsplatsen.

Kontakt kommer att tas via brev till verksamhetschefen på respektive BVC som informeras om studien. I samråd med verksamhetschefen tillfrågas distriktssköterskor som överensstämmer med inklusionskriterierna. Vi kommer därefter lämna forskningspersonsinformation (bilaga 1) och även informera muntligt om studien till informanterna. Deltagarna i studien kommer vara 10 distriktssköterskor med sin arbetsplats förlagd på olika barnvårdscentraler inom Västra Götalandsregionen.

DATAINSAMLING

Kvale (1997) menar att forskaren försöker förstå världen genom att samla in datamaterial via intervju. Utifrån den intervjuades synvinkel utvecklas innebörden av människans erfarenheter. Intervjun innebär ett samspel mellan två personer som byter synpunkter med varandra (Kvale, 1997). I ett intervjusamtal lyssnar forskaren till berättelser om den intervjuades upplevelser av medverkan avseende kvalitén i

föräldrarnas parrelation. Forskaren försöker såsom Kvale beskriver få fram den intervjuades egna upplevda erfarenheter och förmedlar resultatet till andra utifrån sitt egna perspektiv och med egna ord. Genom samtal lär vi känna andra människor, deras erfarenheter och känslorna i livsvärlden som de befinner sig i just nu. Intervjun är ett samtal med en struktur och har ett syfte, intervjun blir ett sätt för forskaren att genom omsorgsfullt ställda frågor och ett lyhört lyssnande få fram ett grundligt innehåll. En intervju är ett samtal där forskaren har ett syfte att söka information och den intervjuade förmedlar upplevelser (Kvale, 1997).

Innan intervjun kommer kontakt att tas med informanterna för att tillsammans bestämma datum, tid och plats för intervjuernas genomförande. Deltagarna ska ha fått information om studien och dess syfte, gett sitt godkännande, undertecknat forskningspersoninformation samt informerats om användningen av bandspelaren under intervjun.

Intervju är lämpligt när det handlar om att få människor att beskriva sina upplevelser och erfarenheter (Kvale, 1997; Trost, 2005). Datainsamling kommer att ske genom intervjuer med öppna frågor med följdfrågor. En följdfråga kan till exempel vara: ”Kan du utveckla det mer?”. Intervjuerna skall utföras någonstans efter informanternas önskemål och där de känner sig trygga. Enligt Kvale (1997) ska den som intervjuar se till att miljön där intervjun sker är så trygg som möjligt för att informanten ska känna sig lugn.

DATAANALYS

Intervjuerna kommer att transkriberas i direkt anslutning till intervjutillfället. Texterna kommer att läsas av båda författarna och analyseras tillsammans. Intervjuerna kommer att analyseras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans modell (2004).

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i textinnehåll som senare uttrycks i kategorier och teman på olika

nivåer. Innehållsanalys är en empiriskt vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehållet i bland annat intervjuer, observationer och tidningsartiklar. Innehållsanalysens metod består av två riktningar, en kvantitativ riktning och en kvalitativ som ofta tillämpas inom vårdvetenskapen. Innehållsanalys kan utföras på olika abstraktionsnivåer. Forskaren kan se till det manifesta innehållet, det som direkt uttrycks i texten, eller analysera det latent innehåll. Med latent innebär det att forskaren gör en tolkning av innehållet (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim och Lundmans nedanstående beskrivning visar en modell för genomförande av kvalitativ innehållsanalys av intervjutexter i olika steg, vilket är den modell vi kommer att använda oss av i studien.

- Hela texten (analysenheten, det vill säga den transkriberade intervjun) läses igenom upprepade gånger för att skapa en känsla för dess helhet.
- Meningar och/eller fraser som innehåller för frågeställningarna relevant information plockas ut. Dessa blir analysens meningsbärande enheter. Den omgivande texten får dock inte uteslutas utan sammanhanget ska kvarstå.
- De meningsbärande enheterna skall sedan kondenseras, vilket syftar till att korta ned texten men ändå bibehålla hela dess innehåll.
- De kondenserade meningsenheterna skall sedan tolkas och kodas. Koderna jämförs sinsemellan och grupperas i kategorier. Och kategorierna återspeglar intervjuernas centrala budskap och utgör det manifesta innehållet.
- Slutligen formuleras teman där intervjuerna latent innehåll framgår (Graneheim & Lundman, 2004).

PILOTSTUDIEN

Med syftet att undersöka om en storskalig studie kan utföras utifrån vald metod och problemställning, genomförs en pilotstudie. Syftet med studien är att på BVC undersöka

distriktssköterskans upplevelse av hur denna bidrar till ökad kvalitet i föräldrarnas parrelation och hur distriktssköterskan bemöter problem som kan uppstå i parrelationen för att främja barnets hälsa och välbefinnande.

Urval

Genom primärvårdens hemsidor fick vi telefonnummer till distriktssköterskor på olika BVC. Vi tog kontakt med dem på slumpmässigt utvald BVC genom att ringa upp några av de barnavårdscentralerna med anställda distriktssköterskor. I telefonsamtalet gav vi information om studien och dess syfte och informerade om användning av bandspelare under intervjun. Inklusionskriterier var att de skulle vara distriktssköterskor och ha arbetat minst ett år på BVC. Pilotstudien omfattar två informanter.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats. Distriktssköterskorna gav sitt medgivande genom att skriva under forskningspersoninformationen (bilaga I). Intervjuerna utgick från en frågeguide (bilaga II) bestående av öppna frågor och följdfrågor för att spinna vidare på informantens information. Informanten fick prata fritt utan att avbrytas, vilket är viktigt (Trost, 2005). Intervjuerna tog vardera ca 20 minuter och spelades in med bandspelare.

Dataanalys

Intervjuerna skrevs ner kort efteråt och kodades som A och B. En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) användes i analysarbetet för att beskriva distriktssköterskans upplevelse och erfarenhet av hur de bidrar till ökad kvalitet i föräldrars parrelation, för att främja familjens och därmed barnets hälsa och välbefinnande.

Intervjuerna lästes först flera gånger av författarna var för sig och sedan analyserades intervjuerna tillsammans. De meningsbärande enheterna valdes ut från texten vilket innefattade stycken, meningar och ord av text som svarade mot studiens syfte. Sedan kondenserades texten genom att den kortades ner och gjordes mer lätthanterlig. De

kondenserade texterna försågs sedan med koder och grupperades slutligen i underkategorier och kategorier, se tabell I. Analysen omfattar det synliga och uppenbara i texten, alltså det manifesta innehållet. Under analysprocessen gick vi kontinuerligt tillbaka till intervjutexten så att inte viktigt innehåll missades. Banden med intervjuerna förvarades sedan inlåst i ett skåp tillsammans med de påskrivna forskningspersonsinformationerna.

Tabell I. Exempel på analysens olika steg.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>”Man frågar ju alltid hur det är. Hur går det nu och så”</i>	Frågar hur det är	Öppnar till samtal	Hur parrelationens kvalité uppmärksammas	Parrelationens roll i distrikts-sköterskans arbete

FÖRFÖRSTÅELSE

Författarna har personliga erfarenheter av BVC då vi har barn. Båda två har genomfört fältstudiedagar på BVC men saknar erfarenhet av att arbeta på BVC. Att helt bli av med sin förförståelse är svårt men genom att vara medveten om den och sina fördomar är det sedan lättare att förhålla sig neutral.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt International Council of Nurses (ICN) har sjuksköterskan fyra ansvarsområden vilka är att: Främja hälsa, Förebygga sjukdom, Återställa hälsa samt Lindra lidande (ICN, 2007). Sjuksköterskan är skyldig att använda dessa och förbättra sina kunskaper och sina färdigheter samt vara observant på nya möjligheter. Omvårdnadsforskning kan innefatta flera utmaningar med etiska problemställningar (SSN, 2003). De forskningsetiska kraven bygger på de etiska principer som kommer till uttryck i Helsingforsdeklarationen och i FN: s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Vi har i vår studie tagit hänsyn till fyra etiska principer (SSN, 2003).

Principen om autonomi innebär att forskning som omfattar människor ska bygga på individens fulla och informerade samtycke. Principen omfattar även tystnadsplikt. Sjuksköterskorna i pilotstudien har fått både muntlig och skriftlig information samt lämnat ett skriftligt samtycke. Deras identiteter kommer inte att avslöjas vid redovisning av resultatet (SSN, 2003).

Principen om att göra gott innebär att den eller de som forskningen avser ska ha nytta av forskningen får det. Resultatet i vår studie kan gynna föräldrar och barn genom att distriktssköterskor får en kunskap, vilket kan generera en positiv erfarenhet vid eventuellt nästkommande barn och BVC-besök (SSN, 2003).

Principen om att inte skada innebär att forskaren måste tänka igenom åtgärder för att förhindra eller minska risken för skada eller obehag för deltagarna. Distriktssköterskorna i studien meddelades att de när som helst under intervjun kunde välja att avbryta utan att uppge något skäl (SSN, 2003).

Principen om rättvisa innebär att se till att svaga grupper i samhället, till exempel att barn eller dementa inte utnyttjas i forskningen (SSN, 2003).

Vi har också uppfyllt fyra följande krav:

- informationskravet genom att deltagarna har blivit informerade både skriftligt och muntligt om studiens syfte och genomförande.
- samtyckeskravet genom att deltagarna har skrivit under ett samtyckesformulär.
- konfidentialitetskravet genom säker hantering av datamaterialet.
- krav på deltagarens säkerhet genom att deltagarna meddelats om de när som helst kunde välja att avbryta intervjun (SSN, 2003). Se Bilaga I, forskningspersoninformation.

Eftersom lagen om etikprövning av forskning som avser människor, inte ser arbete på högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå som forskning, behöver pilotstudien inte etikprövas (SFS 2003:460). Däremot kommer ansökan skickas till

etikprövningsnämnden inför den storskaliga studien.

Risk- / Nyttanalyt

De risker vi kan se med studien är att deltagarna kan uppleva ett obehag under intervjuerna av någon anledning. Vi har försökt att förebygga den risken genom att noga tänka igenom de frågor som kommer att ställas. Den nytta vi kan se med studien är att deltagarna får möjlighet att berätta om sina erfarenheter, vilket kan upplevas positivt. I ett vidare perspektiv kan deltagandet medverka till att distriktssköterskor får upp ögonen för problemet och blir bättre på att stödja föräldrar. Vi bedömer risken för att deltagarna ska uppleva obehag som liten. Därför anser vi att fördelarna med studien överstiger nackdelarna. Informanterna kommer efter intervjuerna att ges möjlighet att vid behov kontakta intervjuerna (SFS 2003:460).

RESULTAT

Vid textanalysen framkom följande två kategorier: Parrelationens roll i distriktssköterskans arbete och Strategier/Stöd. Dessa kategorier beskriver distriktssköterskans upplevelse och erfarenhet av hur de bidrar till ökad kvalitet i föräldrars parrelation genom sitt arbete på BVC. Resultatet presenteras genom redovisning av de två kategorierna med underkategorier, se tabell II.

Tabell II. Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Parrelationens roll i distriktssköterskans arbete	<ul style="list-style-type: none">- Hur parrelationens kvalitet uppmärksammas- Utrymme för parrelationen- Integritet utifrån parrelationen
Strategier/ Stöd	<ul style="list-style-type: none">- Lyssna- Sociala nätverk- Förmedla kontakt

PARRELATIONENS ROLL I DISTRIKTSSKÖTERSANS ARBETE

Distriktssköterskans upplevelse och erfarenhet av förändring i parrelationens kvalitet blev central genom intervjuerna. Det ledde fram till en förståelse för vilken plats eller

roll som parrelationen har i distriktssköterskans arbete på BVC. Underkategorierna som framkom var: Hur parrelationens kvalitet uppmärksammas, Distriktssköterskans utrymme för parrelationen, Integritet utifrån parrelationen.

Hur parrelationens kvalitet uppmärksammas

Sjuksköterskan på BVC kommer i kontakt med föräldrar som genomgår transition till föräldraskap. Detta medför också förändrade roller i parrelationen. En av sjuksköterskorna upplever att hon hela tiden möter föräldrar som har problem i sin parrelation medan en annan sjuksköterska inte upplever att det framkommer som ett direkt problem under hälsobesöken.

En av distriktssköterskorna ansåg att initiativ till samtal om parrelationen fanns med i alla hälsosamtal.

”Man frågar ju alltid hur det är. Hur går det nu och så”

Den andra sjuksköterskan upplevde att hälsosamtalet inte inkluderade parrelationen direkt.

”...alltså lite kommer man ju in på det då man pratar om, när man gör PDS som postpartum screening det gör man ju när barnet är ungefär 6 veckor. Det är ju framförallt hur kvinnan mår men det kan ju leda in i också, sen hur det är i familjen. Det kanske inte direkt är det där mellan mannen och kvinnan som har med deras relation att göra men mer hur familjen mår”

Det varierar vem som tar initiativ till samtal om parrelationen, en del föräldrar bara brister ut i gråt som en distriktssköterska uttryckte det. Medan det andra gånger är distriktssköterskan som tar upp ämnet.

”många gånger kommer paren tillsammans så det kan vara så att de berättar att de

har det jobbigt av sig själva eller att det bara brister”

En av sjuksköterskorna menar att parrelationen tas upp i samband med bekymmer omkring barnet där föräldrarna har olika synsätt.

”en sån där klassisk sak som att barnet ska sova i egen säng men att det blir lätt att barnet skriker och då tar kvinnan upp, och så man märker att då har dom diskuterat mycket kring detta att dom har väldigt mycket olika åsikter och det är klart att när dom sitter här märker man att det har varit en lite känslig fråga och så.”

Utrymmet för parrelationen

Distriktssköterskan planerar in tid för hälsosamtal och hälsoundersökningar till familjer och barn i sitt arbete. Tidsutrymmet för samtal om parrelationen i hälsosamtalet upplevde båda distriktssköterskorna vara begränsat.

”Nej, alltså besöket är ju tids bokat/.../men jag tycker att man försöker att ta sig tiden. Man säger att man får bryta för den här gången och att de får komma tillbaka”

”Här finns väldigt mycket nyfödda, det är nya barn hela tiden/.../och då blir det mycket av det som man måste gå igenom och då lägger man kanske det åt sidan”

Föräldrautbildning är ett forum där föräldrar träffas och där sjuksköterskan ger kunskap och information. Utifrån en av sjuksköterskorna fanns en lång erfarenhet av parrelationen i föräldrautbildning. På sista utbildningstillfället då barnet är ca ett år tar man vid ett helt tillfälle upp parrelationen. I den andra sjuksköterskans erfarenhet fanns avsaknad av föräldrautbildning överlag.

”dom gånger då det försökts så har det... blir ingen uppslutning. Så för tillfället har vi lagt ner det”

Integritet utifrån parrelationen

Som BVC sköterska kommer man nära föräldrar. Integritet i samband med samtalsämne om parrelationen var inget som sjuksköterskorna upplevde som svårt att bemästra. Parrelationen var inget ämne som de upplevde svårt ur den synvinkeln att det kunde vara för känsligt eller vara pinsamt för sjuksköterskan att diskutera.

”jag tycker att det är en naturlig del att fråga hur de har det, jag frågar hur det känns därhemma och hur de fungerar i de nya rollerna/.../ Integritet är viktigt men det är inget jag upplever förhindrar mig i mitt förhållningssätt till parrelationen eller som känns jobbigt varken för mig eller för dem”

”/.../det är nog snarare så att man är dålig på att fråga, så att de... och de gånger man frågar så märker man ju om det är någon som tycker att det är för mycket, men det är väldigt sällan”

Båda sjuksköterskorna upplevde att deras bemötande gentemot föräldrar och familjer förändrats över tid och med erfarenhet.

”Alltså människokänedom , mina egna erfarenheter, alla föräldrar som man har mött/.../och innan jag själv fick barn, då hade man ju ingen aning om vad man pratade om och kände inte till vilka påfrestningar det är i förhållanden efter att ha fått barn”

En sjuksköterska tycker att hennes förhållningssätt har förändrats men uttryckte att hon kände att det hade varit för lite om BVC verksamheten i utbildningen och att hon inte hade egna barn.

”Ja, jag har ju inga egna barn själv/.../jag har ju lärt mig när jag jobbar, pratar med kolleger och gått kurser”

STRATEGIER/STÖD

Båda distriktssköterskorna förmedlade betydelsen av att ge stöd till föräldrarna, och därmed familjen, vid problem i parrelationen för att främja hälsa och välbefinnande. De stödjande åtgärderna föll under följande underkategorier: Lyssna, Sociala nätverk och Förmedla kontakt.

Lyssna

Att föräldrarna får komma utan barn och prata var en av distriktssköterskornas sätt att ge stöd. Ett stödjande sätt var att lyssna.

”ibland så kanske det räcker att bara få pratat och lättat så kanske saker och ting löser sig”

”jag låter dem få berätta. Hur känns det? helst att de kommer båda två så att hon berättar, han berättar. Så man ser om det har med kommunikationen att göra/.../det är ju så mycket som kan spela in”

”jag mera bara lyssnar på dem båda/.../betonar att det viktiga är att hela familjen mår bra”

Sociala nätverk

Ett sätt att ge stöd är att betona vikten av det sociala nätverket. Sjuksköterskorna uppmuntrade föräldrarna till att be vänner och familj om hjälp med avlastning för att på så sätt få tid för varandra. Ena distriktssköterskan berättar att hon brukar ge rådet att prata med andra småbarnsföräldrar i sin omgivning.

”ibland behöver man bara ventilera med någon som är i samma situation”

Förmedla kontakt

Distriktssköterskorna förmedlade kontakt till andra yrkeskategorier när de kände att det behövdes.

”Ibland vill man ha familjerådgivning och ibland behöver man träffa någon som har mer erfarenhet. Så det finns ju alltid ställen att hänvisa till. Men jag erbjuder alltid att komma till mig först så att man liksom ser vart det ska landa så att säga”

”Är det väldigt bekymmersamt så har vi barnpsykolog här intill eller kurator/.../om man behöver mer samtalsstöd för vi känner inte att vi har den tiden att erbjuda och ägna enbart stödsamtal och så”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Undersökningsmetod och material skall väljas utifrån det område och problem som forskaren avser att besvara och datamaterial kan inhämtas med hjälp av olika insamlingsmetoder (Nyberg, 2000). För att besvara syftet i pilotstudien avsågs först att använda frågeformulär vilket används för att lättare nå ut och få material från en större grupp informanter (Nyberg, 2000; Polit & Beck, 2010; Trost, 2005). Slutligen valdes dock intervju då den som datainsamlingsmetod ger informanterna en större möjlighet att så exakt som möjligt kunna beskriva vad de upplevt och känt (Kvale, 1997). Intervju ger även bäst möjligheter att kunna ställa följdfrågor vid eventuella oklarheter. Efter att ha läst om olika analysmetoder beslutades att kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell passade bäst till att besvara syfte. Kvalitativ innehållsanalys kan användas till att dra slutsatser om det centrala, manifesta och latent innehåll i intervjuer och den kan utföras utifrån olika svårighetsgrader beroende på vad forskaren har för tidigare erfarenhet (Graneheim & Lundman, 2004; Patel & Davidson, 2003; Polit & Beck, 2004).

I pilotstudien har två distriktssköterskor intervjuats. Detta kan tänkas vara ett begränsat antal att kunna dra slutsatser ifrån. Trost (2005) beskriver, att ett fåtal väl genomförda intervjuer är mer värda än ett flertal mindre väl utförda. Det man vill nå fram till i kvalitativa studier är ett mönster. Att mönstret eller varianten finns är det intressanta

och inte antalet individer som påvisade det (Trost, 2005). I pilotstudien anser vi att antalet informanter och det material som framkommit är fullt tillräckligt för uppnå ett tillförlitligt resultat, men tänker att det i den storskaliga studien ska ingå 10 distriktssköterskor för att få större variation och en tydligare bild över hur distriktssköterskorna på BVC uppmärksammar den förändrade parrelationen med syftet att främja barns hälsa till en fysiskt och psykiskt god utveckling.

Inklusionskriterierna till studien var distriktssköterska med minst ett års yrkeserfarenhet på BVC. Utifrån resultat kom reflektioner över yrkeserfarenhetens betydelse för hur distriktssköterskan ser på parrelationens betydelse i relation till barnets hälsa och välbefinnande. I den större studien skall därför inklusionskriteriet vara fem år, då ett år nu i efterhand känns lite kort. I den större studien bör informanter från BVC med olika sociala och ekonomiska förutsättningar användas för att på så sätt få ett mer generaliserbart resultat.

Valet av informanter styrs av forskningsproblemet (Granskär & Höglund, 2008). Vi letade på internet efter BVC inom Göteborg. Utifrån den informationen togs kontakt via telefon med fem distriktssköterskor. Ett problem var inklusionskriteriet att intervjua endast distriktssköterskor då det på många BVC arbetar endast barnsjuksköterskor.

Två distriktssköterskor på två olika BVC anmälde sitt intresse för att delta. Intervjuerna varade i ca 20 minuter. Trots den korta intervjutiden blev kvalitén bra då en mättnad i materialet uppnåddes. En av intervjuerna gjordes under distriktssköterskans lunch. Detta fungerade men kändes inte helt optimalt, varvid intervjutillfällena både vad gäller tid och plats inför den storskaliga studien skall planeras noggrannare och utföras i en lugnare miljö. Datainsamlingen skedde utifrån öppna frågor med följdfrågor. En god kontakt med informanterna skapades genom att vi visade respekt, intresse, förståelse och lyssnade uppmärksamt, vilket anses vara viktigt i intervjusituationer (Kvale, 1997). En intervjuguide med öppna, tematiskt strukturerade frågor sammanställdes och informantens berättelse fick styra valet av frågor som ställdes. Frågorna formulerades på ett sätt som uppmuntrade informanterna till att med egna ord fritt berätta och förklara

(Trost, 2005).

Intervjuerna förbereddes genom att vi provintervjuade varandra samt att frågorna lästes om och om igen. Detta dels för att se om diktafonen fungerade som önskat men också för att "lära känna" frågorna. Papper skall egentligen inte behöva användas, frågorna skall vara så väl förankrade i forskaren att de sitter i ryggmärgen (Trost, 2005). Trost menar vidare på att man inte skall vara rädd och besväras om det uppstår tystnad under intervjun, vilket var något som vi upplevde svårt. Att intervjua på rätt sätt är något som kräver träning (Kvale, 1997). Ambitionen var att ha ett öppet förhållningssätt och ställa öppna frågor med följdfrågor genom hela intervjuerna.

Med mer intervjuträning och erfarenhet av intervjuteknik hade intervjuerna troligtvis mynnat ut i mer konkreta exempel från möten med familjer som upplevt problem i sin parrelation. Det finns en medvetenhet om att det kan ha påverkat resultatet. Den inledande frågan fungerade bra men i den storskaliga studien behöver således följdfrågor utvecklas ytterligare. Syftet var under hela arbetets gång, både vid intervju och analys, ständigt med i tanken, vilket har bidragit till att stärka studiens trovärdighet. I kvalitativa studier används begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att stärka analysens trovärdighet samt bedöma studiens kvalitet (Granskär & Höglund, 2008).

Varje intervju transkriberades kort efteråt och för att minska risken för feltolkningar, sköttes detta av den författare som gjort respektive intervju. Transkriptionen gavs en skriftspråksgrammatisk struktur med alla upprepningar, pauser, suckar, skratt, hummanden med mera, eftersom de har betydelse och kan påverka den underliggande meningen. Sådana transkriptioner är inriktade på att återge det sagdas huvudsakliga innehåll (Graneheim & Lundman, 2004), vilket har gjorts och stärker resultatets trovärdighet. De meningsbärande enheterna plockades ut, kondenserades och fick koder för att beskriva innehållet.

Att vara två författare anser vi vara en styrka, att kunna diskutera svårigheter med

varandra och vara två om att kritiskt granska arbetet stärker även det trovärdigheten och studiens tillförlitlighet. Arbetsfördelningen har varit jämnt fördelad mellan författarna, det enda som har gjorts enskilt är genomförandet av intervjuerna och transkriptionen av denna efteråt.

Graneheim och Lundman menar vidare att författarna kan ge förslag på överförbarhet men att det är upp till läsaren att avgöra huruvida resultaten är överförbara till en annan kontext. För att ytterligare öka trovärdigheten och ge en inblick av innehållet i intervjuerna presenteras resultatet med hjälp av citat från båda informanterna. På grund av informanternas rätt till konfidentialitet namnges inte informanternas citat med koderna A och B. Informanter visade sig ha stor skillnad i yrkeserfarenhet varvid en sådan kodning förtydligar vem som sa vad. I den storskaliga studien med större informantantal kommer citatkodning presenteras för att ytterligare stärka resultatanalysens trovärdighet.

RESULTATDISKUSSION

Distriktssköterskorna tar inte konkret upp just frågan om hur föräldrarna mår eller har det i sin parrelation under hälsosamtalet. En distriktssköterskas sätt att ta upp parrelationens kvalité var att fråga allmänt hur familjen har det. En annan distriktssköterska tyckte inte att ämnet diskuterades alls under BVC besöken.

Enligt socialstyrelsen innebär varje hälsoundersökning ett möte med barnfamiljen som bör användas för att stödja, uppmuntra, frigöra familjens egna resurser och ge service på familjens egna villkor. Det är i detta avseende och ifråga om kunskaper om relationsspelet i familjen som barnhälsovården har brister. Alla nyblivna föräldrar bör få stöd i den normala anpassningen till föräldrarollen (SOU, 1997). Vi anser att det är intressant att se resultatet på ett organisatoriskt plan eftersom det i föreliggande studies resultat framkom att barnvårdscentralerna som medverkande distriktssköterskor var yrkesverksamma i saknade riktlinjer att utgå ifrån då det gäller att ge föräldrar stöd i föräldraskapets transitionsprocess. Hur kvalitén i föräldrarnas parrelation uppmärksammades skedde utefter distriktssköterskans individuella erfarenhet, förmåga

och kunskap.

Det framkom att tidigare forskning som visar på parrelationens minskade kvalitet efter barnets födelse (Ahlborg, 2002; Möller m. fl, 2006; Möller m.fl, 2008; Knauth, 2000; Lawrence m.fl, 2008), förankrades i en av distriktssköterskornas arbete då det fanns information om det i föräldrautbildningen. Men konkret under hälsobesöken fanns avsaknad av frågor om parrelationens kvalitet. Att barns hälsa och framtida välbefinnande påverkas av föräldrarnas relation (Ablow m.fl, 2009), är något som borde uppmärksammas mer på BVC. Hälso- och sjukvårdslagen säger att man skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. (Socialstyrelsen, 1982:763)

Målet med BVC är att främja hälsa för familjen och barnet (Socialstyrelsen, 2001). Men den konkreta frågan hur föräldrarna mår i sin parrelation tas inte upp. Därför kan inte heller information eller hjälp om denna övergång från att vara två till att bli tre eller fler komma upp till ytan. Eriksson menar att hälsa förstås i relation till andra begrepp såsom välbefinnande, livskvalité, resurser, lidande och helande (Eriksson, 1995). Att just livskvalité är ett begrepp som Eriksson betonar tycker vi passar in just på parrelationens kvalitet. Forskning visar att hur individen mår i sin parrelation är den viktigaste faktorn för välbefinnande i sin livssituation (Glenn & Weaver, 1981).

Båda informanterna upplevde att det saknades tid och resurser till parrelationen då det fanns så mycket annat som måste utföras på hälsobesöken och att de är tidsbestämda. En av informanterna menade dock att det var ett problem hon försökte ta sig tid till samt att det gavs ett tillfälle med just information kring förändring i parrelationen i föräldrautbildningen. Tidigare forskning visar att erfarenhet och intuition används av sjuksköterskor på BVC för att försöka förstå de problem som finns inom familjen och att det är något som ofta är svårt att få grepp om och få fram i ljuset (Fägerskiöld m.fl., 2000).

Ingen av distriktssköterskorna upplevde dock det integritetskränkande att gå rakt på sak och ställa frågor om parrelationen, vilket skiljer sig från Fägerskiölds studie (2000), där sjuksköterskorna beskrev en oro över att frågor om parrelationen kunde vara för närgångna och känsliga (Fägerskiöld m.fl., 2000), utan det svåra menade informanterna låg i att kunna frigöra tid till att ställa sådana frågorna. För att patienten skall känna respekt gällande sin integritet och värdighet är ödmjukhet, omtanke, förmåga att skapa dialog och lyhördhet viktigt (Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003).

En distriktssköterskas BVC höll ingen föräldrautbildning eftersom det var så dålig respons och deltagande de gånger det försökts. En svensk studie visade att mammor med annat språk än svenska som modersmål, mammor med låg utbildningsnivå eller där graviditeten inte var planerad, i lägre utsträckning deltog i föräldragrupper (Fabian, Rådestad & Waldenström, 2006).

Arbetar man med barn är barnkonventionen bland de viktigaste styrdokumenterna. Det säger att föräldrar ska styrkas i sitt föräldraskap. Enligt Barnkonventionen har barn och föräldrar rätt till stöd inom barnhälsovården (Barnkonventionen 1991). Kihlbom (1998), överläkare, barnpsykiater och författare, menar att goda relationer mellan föräldrar och barn är en förutsättning för psykisk hälsa och att det även finns goda möjligheter att påverka dessa relationer. Att skydda och stödja föräldraskapet menar han är en av de viktigaste uppgifterna för samhället. Kihlbom beskriver de svårigheter som det kan innebära att gå från att ha varit två personer till att bli tre i samband med ett barns födelse. Att stötta och ge råd till föräldrar för att förbättra deras samspelsförmåga är en viktig del i att stödja föräldrarna i sitt föräldraskap menar han. Både insatser riktade till föräldrar som har problem och generellt riktade insatser i rent förebyggande syfte menar han kan ha stora möjligheter att i framtiden betala sig, genom att ge goda grunder för psykisk hälsa (Kihlbom, 1998).

Det är viktigt att se parrelationen som en del av helheten för att främja barnets hälsa och välbefinnande eftersom forskning visar att en negativ parrelation påverkar barnet negativt (Ablow m.fl, 2009. Moore, 2010). Dahlberg (2003) skriver att helhetssyn

innebär att se patienten som en unik person. Vårdaren bör se vad som påverkar en patient, hennes olika sociala och kulturella kontexter. Vidare skriver Dahlberg att helhetssyn innebär att behov synliggörs även då patienten inte tydligt kan beskriva behovet, människan kan ha svårt att uttrycka önskemål eller behov. Genom att lyssna arbetade distriktssköterskan för att främja hälsa till familjen. Att främja faktorer som utvecklar hälsa istället för att orsaka ohälsa styrks av Anonovsky utifrån hans salutogena perspektiv (Antonovsky, 1996).

Dåligt fungerande kommunikation (Ahlborg, 2002) och stress (Ahlborg, 2002; Nyström & Öhrling, 2004; Möller m.fl., 2006; Möller m.fl, 2008) är faktorer som påverkar parrelationens kvalitet negativt. Genom att lyssna kan saker och ting lösas sig menade en sjuksköterska. Forskning visar att parets copingstrategier spelar en viktig roll i hur de hanterar och reducerar stress för att kunna stärka det positiva i parrelationen (Wunderer & Scnewind, 2008). Genom att få ventilera och diskutera kan distriktssköterskan ge verktyg. ”Lust och samliv att må bra i sin parrelation som nybliven förälder” är titeln på en kortfattad broschyr av Tone Ahlborg (2008). Den innehåller korta stycken med frågor och svar och författarens förhoppning var att den skulle delas ut gratis till föräldrar på BVC för att ge information om förändring i parrelationen efter att ha fått barn. Häftet kan vara användbar i föräldrautbildning som diskussionsunderlag. Meningen med häftet var också att underlätta för sjuksköterskan på BVC att samtala om parrelationen genom att kunna utgå ifrån en del redan färdigformulerade frågeställningar (Ahlborg 2008). Enligt författarna är denna skrift precis vad som kan leda till att frågan om parrelationen kommer fram i ljuset. Den ger avslutningsvis konkreta råd på vad man kan göra för att må bra i sin relation. Häftet fanns inte på de två distriktssköterskornas arbetsplats och är heller inget författarna har mött under praktik eller erhållit utifrån egen erfarenhet av BVC.

Båda informanterna förmedlade kontakt när deras egen tid och kunskap inte räckte till. Enligt socialstyrelsen är det viktigt att det sker en metodutveckling med inriktning på relationer och samlevnad. Familjerådgivarnas särskilda kompetens när det gäller samlevnadsfrågor bör tas tillvara i detta sammanhang (SOU, 2008). Dock efterlyser vi

att distriktssköterskor för en diskussion med föräldrar om parrelationens förändring utan att det behöver resultera i att föräldrarna behöver ytterligare stöd. Ett ypperligt tillfälle kan vara att en familjerådgivare håller i ett föräldrautbildningstillfälle precis som tandläkaren kan göra när det gäller barns tänder.

KONKLUSION

Denna studie har skapat kunskap över vilken betydelse/prioritet föräldrarnas parrelation i relation till barns hälsa och välbefinnande har i distriktssköterskans arbete på BVC.

Sammanfattningsvis visar resultatet att den information som föräldrarna får gällande parrelationens förändrade kvalitet efter ett barns födelse beror på den kunskap, förmåga och erfarenhet distriktssköterskan har. Det finns inga generella riktlinjer att utgå ifrån för att ta upp detta ämne och tidsbrist visade sig i resultatet som en genomgående orsak till att detta inte diskuterades. Vår förhoppning är att resultatet skall bidra till ökad kunskap och att parrelationens betydelse för barnets hälsa och utveckling uppmärksammas. Det är önskvärt att detta område ges samma tid och resurser som exempelvis vaccination och tillväxt. Detta oberoende av vilken distriktssköterska föräldrarna möter och oberoende av dennes erfarenhet. Vi tror att det hade varit till stor hjälp om det togs fram generella riktlinjer som stöd i arbetet på BVC.

Förslag till fortsatt forskning

Fortsatt forskning kring att uppmärksamma föräldrar på förändringar i den egna parrelationen efter att de fått barn, samt hur den kunskapen förmedlas av distriktssköterskor på BVC, är angelägen. Förslagsvis bör framtida studier inkludera en större urvalsgrupp samt de områden denna studie missade, det vill säga att distriktssköterskor både på storstadsområdets och glesbygdens barnavårdscentraler intervjuas. Parallellt bör forskning bedrivas utifrån andra infallsvinklar och med andra metodiska ansatser. Det vore intressant att exempelvis även intervjua småbarnsföräldrar angående deras upplevelse av distriktssköterskornas relationsstödjande insatser, och om detta är något de känner behov och saknad av i dag.

LITTERATURREFERENSER

Ablow, J. Measelle, J. Cowan, A. & Cowan, C. (2009). Linking marital conflict and children's adjustment : The role of young children's perceptions. *Journal of family psychology*. 23, (4), 485-499

Ahlborg T. (2002) *First-time parents' intimate relationships – two descriptive phenomenological studies*. Lic.-avh. MScPH. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.

Originalartiklar ingående i avhandlingen:

Ahlborg T., Strandmark M. & Dahlöf LG. (2000). First-time parents' sexual relationships. *Scandinavian Journal of Sexology*, 3, 127-139.

Ahlborg T. & Strandmark M. (2001). The baby was the focus of attention - first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15, 318-325.

Ahlborg, T. (2008). *Lust och Samliv- att må bra i sin parrelation som nybliven förälder*. Gothia förlag.

Alvesson, M. & Sköldböck, K. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur; 1994.

Andersson M. (1996). *Integritet som begrepp och princip- En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Vasa: Åbo Akademi förlag; 1996

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 237-269

Barbosa da Silva, A. & Ljungqvist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

Betz, C.L., Hunsberger, M., & Wright, S. (1994). *Family Centered Nursing Care of Children*. 2 rev ed. Philadelphia: WB Saunders Compan.

Birkler, J (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Bowlby, J. (2006). *En trygg bas – Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Crockenberg, S. Leerkes, E. & Lekka, S. (2007). Pathways from marital aggression to infant emotion regulation: The development of withdrawal in infancy. *Infant behaviour & Development*, 30, 97-113
- Dahlberg, K., Nyström, M., Segestsen, K. & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Davies & Cummings (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Deklyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and Psychopathology in Childhood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red:er.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Distriktssköterskans kompetensbeskrivning. Tillgänglig på internet: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf> . Hämtad 2010-09-06
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist och Wiksell.
- Eriksson, K. (Red.). (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Slutrapport. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi.
- Fabian, H., Rådestad, I. & Waldenström, U. (2006) Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatrica*, 95, 1360–1369.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fägerskiöld, A. Wahlberg, V. & Ek, A-C. (2000). – What child health nurses believe mothers with infants expect of them. *Nursing and Health Sciences*, 2, 83-91.
- Fägerskiöld, A. & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. *International Nursing Review*. 50, 119-128.
- Förenta Nationernas Barnkonvention (UNICEF, 1991). Tillgänglig på Internet: <http://www.unicef.se/barnkonventionen>. Hämtad 2010-09-18
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 161-168
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hallberg, A-C., Lindbladh, E., Råstam, L. & Håkansson, A. (2001). Parents: the best experts in child health care? Viewpoints from parents and staff concerning child health services. *Patient Education and Counselling* 44, 151-159.
- Hagelin, E., Magnusson M. & Sundelin C. (2000). *Barnhälsovård*. Stockholm: Liber
- Houts, R., Barnett-Walker, K., Paley, B. & Cox, M. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*. 15 s.103-122.
- ICN etiska kod för sjuksköterskor. (2007) *ICN etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2010-09-14. Tillgänglig på Internet:
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6), 940-950.
- Karlsson, K. (2010). *Anknytning – om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Kihlbom, Magnus (1998). Föräldrakärlek och psykisk hälsa. Kapitel i Fällman, Margareta & Lagercrantz, Richard. *Föräldraskap och barnuppfostran*. Vårldprojektets skriftserie :Kunskap/idé/enskilda röster nr 15. Stockholm: Norstedts.
- Knauth, M. (2000). Predictors of Parental Sense of Competence For the couple During the Transition to Parenthood. *Research in nursing and health*. 23, s-496-509.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lawrence, E., Cobb, R., Rothman, A., Rothman, M., & Bradbury, T. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of family psychology*, 22, (1), 41-50
- Lindström, A-C. (2007). *Något som inte längre är. Distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv* Kap. Plats och funktion. Barnhälsovård och spindeln i nätet. Sid: 67-. Tillgänglig på internet:
<http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4434/3/1%5B2%5D.pdf> . Hämtad 2010-08-27.
- Mallinger, K.M. (1989). *The American family:History and developmetn*. I Bomar, P.J (red), *Nurses and family healt promoton: Concepts, assessment and interventions*. Baltimore: Willams & Wilkins.
- Medin,J., & Alexandersson, A.K (2001). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande - en*

- litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Moore, (2010). Parent conflict predicts infant's vagal regulation in social interaction. *Development and Psychopathology*, 22, 23-33
- Möller, K., Hwang, P. & Wickberg, B. (2006). Romantic attachment, parenthood and marital satisfaction. *Journal of reproductive and infant Psychology*. 24 (3), 233-240.
- Möller, K., Hwang, P. & Wickberg, B. (2008). Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of reproductive and infant psychology*. 26, (1), 57-68.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.
- Olander, E., (2003). *Hälsovägledning inom barnhälsovården – syntetisering a två uppdrag*. Akademisk avhandling. (Malmö studies in educational sciences, No 8). Malmö: Malmö högskola, lärarutbildningen.
- Petersson, K. Peterson, C. Håkansson, A. (2004) What is good parental education? interview with parents who have attended parental education sessions. *Scandinavian journal of caring sciences*; 2004;18; 82-89
- Polit, D. F. & Beck, C T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7 Uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit D F, & Beck C T. (2010). *Essentials of Nursing Research: methods, appraisal and utilization*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Cop..
- Schumacher ,KL. & Meleis, AI.(1994). Transitions: A central concept in nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 2, 119-27.
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Tillgänglig på internet: <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=1982:763> Hämtad 2010-09-
- Socialstyrelsen. (2001) Åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården. Tillgänglig på internet: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11313/2001-107-13_bilaga.pdf Hämtad 2010-09-05
- Socialstyrelsen. (2008) Författningshandboken. SOSFS 1991:8. Stockholm: Liber.
- SOU 1997:161. (1997) *Stöd i föräldraskapet*. Socialdepartementet. Tillgänglig på

- Internet: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/25100>. Hämtad 2010-09-12
- SOU 2005:73. (2005) *Reformerad Föräldraförsäkring – Kärlek, omvårdnad, trygghet – del 8*. Socialdepartementet. Tillgänglig på internet: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/49766> . Hämtad 2010-09-12
- SOU 2008:131. (2009) *Föräldrastöd – en vinst för alla*. Socialdepartementet. Tillgänglig på internet: <http://www.regeringen.se/sb/d/10057/a/118980> . Hämtad 2010-09-12
- SSN. (2003) *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Vård i Norden. Tillgänglig på Internet: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>. Hämtad 2010-09-25.
- Svensk författningssamling (SFS) Lag 2003:460. (2003) *Etikprövning i forskning som avser människor*. Tillgänglig på internet: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460> . Hämtad 2010-09-07.
- Svenska barnmorskeförbundet, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Distriktsjuksköterskeföreningen i Sverige, Riksföreningen för barnsjuksköterskor, Mödra- och barnhälsovårdpsykologernas yrkesförening samt Svenska Barnläkarföreningen (2007) *Tidigt föräldrastöd – en fördjupad analys av det tidiga föräldrastödet inom mödra- och barnhälsovården*. Tillgänglig på internet: http://www.gothiaforlag.se/gothia/upload/files/digitala_bilagor/tidigt_foraldrastod.pdf Hämtad 2010-09-25
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur
- WHO. (1998). *Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet – En introduktion* Tillgänglig på internet: <http://www.fhi.se/PageFiles/3162/h21.pdf> . Hämtad 2010-09-22
- WHO (1948). WHO definition of health. Tillgänglig på internet: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Hämtad 2011-01-03
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wunderer, E., & Schneewind, K. A. (2008). The relationship between marital standards, dyadic coping and marital satisfaction. *European Journal of Social Psychology*, 38, 462-476.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Parrelationen förändras efter ett barns födelse. Man får nya roller och det är inte alltid lätt att hitta balans i föräldra- och partnerrollen. Forskning som gjorts visar på att föräldrar upplever en minskad kvalitet i sin parrelation då det gäller kommunikation och samliv. Vi vill i vår studie undersöka hur BVC sjuksköterskan förhåller sig till detta.

Vi vänder oss till Dig att delta i vår studie för att du som BVC-sjuksköterska har stor erfarenhet av att möta dessa familjer. Dina upplevelser är värdefulla för att ge oss inblick i hur man kan kommunicera med föräldrar och också vad som kan vara svårt i mötet. Alla deltagare i studien är slumpmässigt utvalda och vi frågar just dig därför att du arbetar på BVC.

Studiens genomförande

Om du väljer att delta i vår studie så kommer den genomföras i form av en intervju. Under intervjun kommer vi ställa frågor kring dina erfarenheter och upplevelser av att ta upp föräldrarnas parrelation på BVC träffarna. Om du har verktyg/riktlinjer som stöd att tillämpa i mötet med familjerna?

Vi kommer att spela in intervjun på band för att sedan skriva ut den i text. Att spela in och sedan skriva ner berättelsen underlättar vårt analysarbete. Resultatet kommer sedan redovisas i en rapport vid Göteborgs Universitet. Vi är intresserade av att få ta del av din upplevelse och hoppas att det inte skall innebära något obehag för dig utan tror att det kanske kan upplevas positivt att få dela med sig av sin erfarenhet.

Dina svar och resultat kommer inte att kunna härledas till dig, och kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. All hantering av Dina uppgifter kommer att regleras av personuppgiftslagen (SFS1998:204). Kassetbanden från intervjun kommer att lagras och senare förstöras. Den skrivna texten kommer inte att kunna härledas till Dig som person. Efter att studien är klar och sammanställd har du möjlighet att ta del av resultatet genom att vända dig till någon av de ansvariga. Allt deltagande är frivilligt. Du kan när som helst i intervjun välja att avbryta och Du behöver inte uppge något skäl till varför. Det inspelade kassetbandet från din intervju kommer då att förstöras. Deltagandet i studien sker utan ekonomisk ersättning.

Ansvariga för studien

Carolina Roos
Leg. Sjuksköterska
Tel: 0734-404247

Zascha Widegren
Leg. sjuksköterska
Tel: 0733-211494

Handledare
Helene Lindfred
Leg. Barnsjuksköterska
Tel: 031-7866050

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

Bilaga II

Intervjuguide

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska? Och hur många år på BVC?

Tema: Hälsa Integritet Helhetssyn

Hur upplever du parrelationens betydelse för barnet? Och vad tror du är orsakerna till problem som uppstår i parrelationen?

Vad innebär det för dig att arbeta holistiskt, med en helhetssyn på familjen?

Vad är din erfarenhet av parrelationens integritet i samband med familjerna du träffar?
Hur upplevde du det?

Tycker du det går utanför ditt jobb?

Tycker du det finns tillräckligt med tid och resurser för frågor?

Utveckla. Berätta mer! Hur tror du föräldrarna upplever dina frågor om du frågar?

Tema:Dsk bemötande/ handlingsredskap om sådana finns

Har du erfarenhet av familjer med problem i parrelationen? Kan du ge exempel?

Tar föräldrar på eget initiativ upp problemet?

Berätta! Vilka råd eller verktyg kunde du i det läger erbjuda? Kändes det tillräckligt för dig?

Vad tror du att du kan bidra till eller hjälpa familjer med som lever i en dålig parrelation?

Tema: Hälsosamtalet/föräldrautbildning

Vilken plats har parrelationens välbefinnande i hälsosamtalet/föräldrautbildningen?
Om nej. Varför? Om, ja. Berätta mer!

Hur ser du på din egen roll i mötet?

Tror du att det går genom föräldrautbildning/hälsosamtal att förebygga en dålig parrelation?

Utveckla!

Hur har din förmåga/förhållningssätt förändrats över tid?