

Foreldres opplevelse av for tidlig fødsel

Et salutogent perspektiv på foreldres ulike ressurser og mestring i foreldrerollen når barnet er prematurt.



Foto utlånt av MariaDesign

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Master i helsefremmende arbeid

Eva Elisabeth Szuts

April 2008

Navn: Eva Elisabeth Szuts

Dato: April 2008

TITTEL

**Foreldres opplevelse av for tidlig fødsel.
Et salutogent perspektiv på foreldres ulike ressurser og mestring i foreldrerollen når barnet er født prematurt.**

SAMMENDRAG

Hensikt: Hensikten med studien var å få kunnskap om opplevelser til foreldre som har fått et for tidlig født barn, og erfaringene de fikk under sykehusoppholdet på nyfødt intensiv og den første tiden hjemme. Hovedfokuset var rettet mot foreldrenes ressurser til å håndtere hendelsene, og hvordan de selv opplevde å mestre foreldrerollen i disse situasjonene. Studien vil være relevant for helsepersonell både i spesialist - og primærhelsetjenesten. Ny og ytterligere kunnskap på dette feltet kan videreutvikle støttetiltak og øke mulighetene for å fremme og styrke mestring i foreldrerollen.

Bakgrunn: De siste 10-15 årene har det vært en sterk økning av antall premature barn med fødselsvekt under 1500 gram som overlever og vokser opp. Forskning viser at foreldre som får et prematurt barn opplever ofte økt grad av stress og usikkerhet i foreldrerollen i nyfødt – og spedbarnsperioden, enn foreldre som får et fullbåret barn. Mye av forskningen som er gjort på dette felte har kun inkludert mødre og deres opplevelser, og det er foreløpig lite forskning på fedres perspektiv. Store deler av forskningen kommer fra USA og Australia der de sosiokulturelle og økonomiske forholdene er annerledes enn i Norge og Europa for øvrig. Således er ikke disse studiene overførbare i sin helhet, og behovet for forskning innefor norske og nordiske forhold sees nødvendig.

Design: Studien er en delstudie av et større forskningsprosjekt, og betegnes som en pilotstudie. Masteroppgaven har et eksplorativt og deskriptivt design. Grounded Theory – tilnærming ble benyttet som metode i datainnsamlingen og analysen. Det er foretatt kvalitative dybdeintervjuer av fire foreldrepar som har opplevd for tidlig fødsel og har et prematurt barn født i svangerskapsuke mellom uke 27 og 32. Intervjuene fant sted når barnet var ved 3. måneder korrigert alder.

Resultat: Studien viser at det er en forskjell i mødres og fedres reaksjoner, følelser og håndtering i situasjonene gjennom hele prosessen fra den for tidlige fødselen til den første tiden etter at de kom hjem med barnet. Det kom frem flere faktorer som hadde betydning for foreldrenes opplevelse av å mestre foreldrerollen, spesielt når de var på nyfødt intensiv avdelingen.

Dette hadde betydning for å fremme foreldrenes utvikling av mestringsressurser og opplevelsen av håndtering i situasjonene gjennom hele prosessen.

Oppsummering: Opplevelsen av å mestre foreldrerollen synes å være påvirket av faktorene i de tre hovedkategoriene, *nærhet til barnet, behov for beskyttelse og følelsesmessig støtte*. Tiltross for foreldrenes ulike reaksjoner og håndteringer, uttrykte de at, å kunne delta i stell og omsorg til barnet, beskytte hverandre som par og oppleve følelsesmessig støtte fra andre foreldre i samme situasjon, var de viktigste faktorene som fremmet og støttet deres opplevelse av håndtering og mestring i foreldrerollen. Denne forskjellen mellom mødres og fedres reaksjoner og hvordan de mestrer ulikt, er interessant sett i et helsefremmende perspektiv. Flere studier der begge foreldres perspektiver i opplevelser og erfaringer synliggjøres, sees nødvendig. Studier som inkluderer helsepersonalets holdninger, ferdigheter og kunnskaper på dette temaet ansees også å være nyttig i kunnskapsutviklingen.

Nøkkelord: Mothers, Fathers, Parents Perspective, Parents Experiences, Parenting, Coping, Mastery, Family Coping, Crisis, Stress, Emotional Support, Premature Infant, Very-Low-Birth-Weight Infant, Neonatal Intensive Care.

Databaser: PubMed, SveMed, EMBASE, PsycINFO

Navn: Eva Elisabeth Szuts	Dato: April 2008
TITLE Parents experiences of preterm birth. A Salutogenic perspective of parents' different resources and coping of parenting during the infant the first period of life.	
SUMMERY <p>Aim: The aim of the study was to obtain knowledge about how parents describe their experiences of preterm birth and the hospitalisations at neonatal intensive care unit (NICU) and the first periods at home. Main focus is the parental coping resources and how they handling the parent role in these situations. The study may be relevant for healthcare personnel both in the semi-skilled and primary healthcare services. New knowledge in this field may further develop the support measures and create opportunity to encourage the coping of the parent role.</p> <p>Background: The last 10-15 years there have been a development in number of preterm infant with the birth weight less than 1500 kilogram who survive and grow up. Research indicate that parents to premature infant more often experience an increase of stress and uncertainty in their role in the newborn and infant baby period than parents with a full term infant. The major part of the research in this area has focused on mothers and their experiences. There is limited research on father's perspective. The larger part of research has also been performed in USA and Australia where the socio -culture and economic conditions are different from Norway and Europe. Therefore these studies may not be transferable in its entirety and there is a need for further research in Norway and Nordic countries.</p> <p>Design: The study is part of a larger research project and should be seen as a pilot study. The Master assignment has an explorative and descriptive design. Grounded Theory – approach was the method in the data collection and analyse phase. There have been conducted qualitative in-depth interviews of four pair of parents who have experienced the preterm birth in pregnancy week between 27 and 32. The interviews took place when the infant was at 3. Months adjusted age.</p> <p>Result: The key findings in the study shows differences in mothers and fathers reactions, feelings and handling of the situation through the whole process from the preterm birth to the early periods after discharged. A number of factors emerged which has importance for the parents experiences of coping with the parental role, in particularly when residing at the neonatal intensive care unit. This has an impact in promoting the parents development of coping resources and their management of the situations throughout the process from birth to the date for the interviews.</p>	

Conclusions: Parents experiences of coping seem to be under influence of factors in the three main categories, closeness to the infant, need for protection and emotional support. Despite the parent's different reactions and coping they expressed that to participate in the care for and support to the infant, protect each other as pair and the experiences of emotional support from other parents share the same situation was one of the most important findings which contributed and supported their experiences of mastering and coping with the parent role. The differences in mothers and fathers reactions and the coping are of key interest when viewed from a health promotion perspective. More studies with focus on mothers and fathers perspectives of experiences at preterm birth, seems to be a requisite. Studies which include medical personnel attitudes, competences and knowledge about this theme are seen as of great help in knowledge development.

Key word: Mothers, Fathers, Parents Perspective, Parents Experiences, Parenting, Coping, Mastery, Family Coping, Crisis, Stress, Emotional Support, Premature Infant, Very-Low-Birth-Weight Infant, Neonatal Intensive Care.

Database : PubMed, SveMed, EMBASE, PsycINFO

Forord

Denne masteroppgavens tema har sitt utspring etter mange års arbeid og engasjement som barnesykepleier på en nyfødt intensiv avdeling. Å møte et bitte lite for tidlig født barn og dets foreldrene, er en spesiell opplevelse hver eneste gang. Det er med stor respekt og ydmykelse jeg står ved foreldrenes side når de med sine ressurser og krefter kjemper seg gjennom de første kritiske dager og uker. Å få være med de forskjellige familiene gjennom krise, sorg, håp og glede har gjort meg nysgjerrig på foreldrenes ulike måter å mestre situasjonene på. Et slikt dybdedykk som denne studien er, gir muligheter til innsikter i mestringens mangfold.

Jeg vil først og fremst takke de fire foreldre parene som delte sine historier med meg. Deres villighet til å dele sine opplevelser har gjort arbeidet med tekstmaterialet og oppgaveutforming svært nyttig. Det har vært givende for min læringsprosess og gitt meg nyttig kunnskap til videre arbeid. Jeg vil rette en stor takk til hovedveileder førsteamanuensis dr. philos / PhD Steffen Torp ved Høgskolen i Vestfold for hans engasjement og troen på prosjektet mitt. Biveileder og samarbeidspartner, FOU-rådgiver/ cand.paed.spec. Ellen Sæter Hansen, tusen takk for din entusiastiske, faglige og omsorgsfulle støtte. Takk til NSF for stipend. Takk til min nærmeste leder Mariann Hval ved Nyfødt Intensiv, Sykehuset Buskerud HF for støtte og velvillighet for tilretteleggelse av arbeidssituasjonen under denne skriveperioden. En stor takk til Linda M. Warhuus på sykehusets bibliotek for en unnværlig hjelp til litteratur søk. Min gode venninne og kollega Randi Bing, takk for utallige gode faglige samtaler, diskusjoner og skrivevask. Jeg vil også rette en stor takk til min nærmeste familie og venner for all god støtte og oppmuntring gjennom hele prosessen i arbeidet med masterstudien.

En spesiell takk til mine tre gutter Kenneth, Kristoffer og Jørgen, dere har vært utrolig tolerante og forståelsesfulle! Og til slutt, min kjære mann Egil, uten din støtte, dine innspill og engasjerte spørsmål hadde denne veien blitt utrolig lang. Jeg vil avslutte med dine kloke ord som du ofte så støttende sa; *”Se på alt du har klart å få til, istedenfor alt du ikke rakk å gjøre.”*

Spikkestad, 2008

Eva Elisabeth Szuts

INNHold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for studien.....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
1.2 Oppgavens struktur	4
2.0. Studiens teoretiske referanseramme.....	4
2.1 Foreldres opplevelser av for tidlig fødsel.....	4
2.3 Mestringsbegrepets mangfold	6
2.3.1 Et salutogent perspektiv på mestring	7
3.0 Forskningsdesign og metode.....	9
3.1 Det kvalitative forskningsintervjuet og Grounded Theory-tilnærming	10
3.2 Utvalget.....	11
3.3. Datainnsamling.....	12
3.4 Analyse av data	13
3.5 Personvern.....	13
3.5.1 Etske betraktninger.....	14
4.0 Presentasjon av funn.....	15
4.1. Foreldrenes opplevelser i ulike faser.....	15
Fig.1. En skjematisk fremstilling over de fire fasene.....	16
4.2 Faktorer som fremmer mestring.....	20
Fig.2 En skjematisk fremstilling av de meningsbærende kategoriene.....	21
4.2.1 Nærhet til barnet.....	22
4.2.2 Behov for beskyttelse	25
4.2.3 Følelsesmessig støtte.....	27
5.0 Diskusjon av undersøkelsens funn	31
5.1 Hvordan opplever foreldre å få et for tidlig født barn?.....	31
5.2 Mestringsens vikår.....	35
Hvilke faktorer beskriver foreldrene som betydningsfulle for egen mestring i foreldrerollen?	36
5.3 Diskusjon av metode	42
6.0 Avslutning	45
6.1 Implementering i klinisk arbeid	46
Referanseliste	48
Vedlegg 1: Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av datainnsamling.....	53
Vedlegg 2: Godkjenning for gjennomføring av datainnsamling.....	55
Vedlegg 3: Godkjenning fra REK Sør	56
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD	57
Vedlegg 5: Informasjon til ansatte på Nyfødt intensiv avdeling.....	58
Vedlegg 6: Forespørsel om å delta i forskningsstudien – informert samtykke.....	60
Vedlegg 7: Semistrukturert intervjuguide	62

Antall ord: 15788

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven omhandler opplevelser til foreldre som har fått et for tidlig født barn, og erfaringene de fikk under sykehusoppholdet på nyfødt intensiv og den første tiden hjemme. Hovedfokuset er rettet mot foreldrenes ressurser til å håndtere hendelsene og hvordan de selv opplever å mestre foreldrerollen i disse situasjonene.

1.1 Bakgrunn for studien

I Norge fødes ca. 7,5% av alle barn for tidlig. Dette utgjør ca 4400 barn i året. Normal tid for et svangerskap er ca. 40 uker. For tidlig fødsel defineres som fødsel før 37 fullgatte svangerskapsuker (Sosial-ogHelsedirektoratet, 2007). I 2006 viste tall at ca 758 (1,3%) barn var født med en fødselsvekt under 1500gram (Meget lav fødselsvekt) (Medisinsk Fødselsregister, 2007). Den teknologiske og medisinske utviklingen innenfor svangerskapsomsorg og nyfødtmedisin har de siste tiårene bidratt til høyere overlevelse blant de aller minste barna. Dermed øker antallet foreldre som opplever å få et for tidlig født barn med de utfordringene det måtte innebære (Bakewell-Sachs and Blackburn, 2003).

Studier viser at barn som overlever en for tidlig fødsel har høyere risiko for sykdom og skader som har betydning for helse og utvikling, enn barn født til termin (Marlow, 2004, Bhutta et al., 2002, Miceli et al., 2000). Det er spesielt premature barn med fødselsvekt under 1500 gram som har en større risiko for å utvikle konsentrasjonsvansker, lærevansker, og dårligere sosialkompetanse. (Indredavik et al., 2003, Ulvund et al., 2001, Stjernqvist and Svenningsen, 1999). Jo lavere vekt og færre svangerskapsuker barnet har ved fødselen, jo større risiko er det for utviklingskomplikasjoner og reduksjon i overlevelsesmuligheter (Sosial-ogHelsedirektoratet, 2007). Det premature barnet har umodne lunger, fordøyelses – og nervesystem ved fødselen, som krever sensitive omsorgspersoner i møte med barnets spesielle behov (Stjernqvist, 1999, Kleberg, 2001).

Å bli foreldre er et vendepunkt i livet. De fleste blivende foreldre har forventninger og et drømmebilde om barnet de venter. En forestilling om hvordan de selv skal håndtere foreldrerollen (Brodèn, 2004). Å bli foreldre til et for tidlig født barn er en overraskende og uventet hendelse som innebærer en umiddelbar omveltning i foreldrenes forventninger.

Foreldre og det premature barnet tilbringer mange uker på nyfødt intensivavdelingen etter fødselen. Foreldrene følger behandlingen på nært hold og blir involvert i daglig stell og omsorg for barnet. De fleste nyfødt intensiv avdelinger i Norge gjennomfører et behandlingsforløp som følger barnet fra den akutte livreddende fasen til hjemreisen. Nyfødt intensiv er en avdeling med mye høyteknologisk medisinsk utstyr, og preges av høyt og intensivt arbeidstempo med mye ”støy” fra alarmer, apparatur og et stort behandlingsteam. Foreldrene møter andre engstelige foreldre og ser deres syke barn. Disse forholdene er ukjente, uoversiktlige og kan oppleves svært skremmende for foreldrene den første tiden på avdelingen og det kan være vanskelig å finne sin rolle som foreldre i dette fremmede miljøet.

En annen utfordring for foreldrene er at samspill med premature barn kan være vanskelig å få til i starten av barnets liv. Premature barn trenger lengre tid enn fullbårne barn for å komme i en våkenhetstilstand der de er klare for et samspill. Det kan lett føre til at foreldrene opplever barnet sitt lite tilgjengelig og vanskelig å få kontakt med (Moss, 2006). Dette fordrer at foreldrene er tålmodige og må balansere mellom for lite og for mye stimulering, mens de venter på barnets respons.

Foreldre som får et prematurt barn opplever ofte mer stress og usikkerhet i foreldrerollen i nyfødt – og spedbarnsperioden, enn foreldre som får et fullbåret barn (Miles and Holditch-Davis, 1997, Holditch-Davis and Miles, 2000, Doering et al., 1999, Harrison and Magill-Evans, 1996). Det foreligger en del forskning som belyser hva dette stresset består i, hvilke effekter og konsekvenser det fører med seg (Shaw et al., 2006, Feldman et al., 2002, Caplan et al., 2000). Mye av forskningen er utført i USA og Australia og er dermed ikke helt representativ for norske forhold. Både nordiske og internasjonale enkeltstudier har undersøkt tema som effekt av foreldrestøttende tiltak, tidlig intervensjon og ikke-medisinske tiltak på nyfødtavdeling. Hensikten med disse foreldrestøttende tiltakene var å gi foreldrene informasjon og opplæring om det premature barnets umodenhet, sårbarhet, atferd og utvikling, og gjennom veiledning støtte foreldrene på hvordan de kan tilrettelegge for god omsorg til barnet sitt (Stjernqvist, 1992, Kleberg, 2001, Kirkebæk et al., 1994, Kaarsen et al., 2006).

Det foreligger i mindre grad forskning på hvordan foreldrene håndterer stresset og hvordan de mestrer opplevelsene de er utsatt for når barnet er innlagt på nyfødt intensivavdeling og tiden etter utskrivelsen.

Forskning på tidlig intervensjonsprogram og foreldreveiledning tyder på at, når foreldrene blir trukket tidlig med i omsorgen til barnet og får veiledning på barnets spesielle behov, øker deres trygghet, de får styrket troen på seg selv i foreldrerollen, de fremmer foreldre- barn samspill og det senker stressnivået hos foreldrene (Kaaresen et al., 2006, Melnyk et al., 2006, Forcada-Guex et al., 2006, Browne and Talmi, 2005, Pearson and Andersen, 2001, Pridham et al., 1998, Lundqvist and Jakobsson, 2003, Sullivan, 1999).

Ut fra min kliniske erfaring som barnesykepleier, sammen med relevant forskning på feltet, er mitt anliggende ut fra et helsefremmende perspektiv, å undersøke foreldrenes opplevelse av for tidlig fødsel, og hvilke faktorer de selv beskriver som betydningsfulle for egen mestring i foreldrerollen. Ved å få økt kunnskap og innsikt i de utfordringene foreldrene opplever og de ulike behovene de har i forbindelse med å få et prematurt barn, antas det at helsepersonalet kan videreutvikle tiltak for å fremme foreldrenes ressurser og mestring. Å redusere de psykososiale belastninger og øke tryggheten for familien når barnet er på sykehus i nyfødtp perioden, antas å lette overgangen til hjemmet.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i bakgrunn for studien har jeg valgt følgende problemstilling for min masteroppgave.

Hvordan beskriver foreldre til premature barn sine opplevelser av for tidlig fødsel, og hvordan opplever de å mestre foreldrerollen under oppholdet på nyfødt intensiv og den første tiden etter utskrivelsen?

Denne problemstilling kan utledes til følgende to forskningsspørsmål:

- 1.) Hvordan opplever foreldre å få et prematurt barn?

- 2.) Hvilke faktorer beskriver foreldrene som betydningsfulle for egen mestring i foreldrerollen;
 - a) når de var på nyfødt intensiv?
 - b) etter at de kom hjem?

Med utgangspunkt i problemstillingen er det ønskelig å ha fokus på både mødrene og fedrenes perspektiver og se disse i forhold til hverandre.

1.2 Oppgavens struktur

Oppgaven er inndelt i 6 kapitler. I kapittel 1 er begrunnelsen for valg av studien og problemstillingen presentert. I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske ramme som grunnlag for påfølgende diskusjon med utgangspunkt i undersøkelsens empiri. I Kapittel 3 fremstilles valg av forskningsdesign og vitenskaplig forankring i kvalitativ metode. Den praktiske gjennomføringen av intervjuene beskrives, etterfulgt av en gjennomgang av analyseprosessen. I kapittel 4 blir undersøkelsens funn presentert. Kapittel 5 er todelt og inneholder først en diskusjon av undersøkelsens funn sett i lys av forskningsspørsmålene, klinisk praksis, valgt teorigrunnlag og relevant forskning. Deretter vil metodens relevans vurderes og drøftes. I kapittelet 6 sammenfattes undersøkelsens funn og diskusjon. Studiens antatte nytteverdi for klinisk praksis belyses og behov for videre forskning synliggjøres.

2.0. Studiens teoretiske referanseramme

I første del av kapittelet presenteres forskning omhandlende foreldres opplevelser. Deretter fremstilles kort generelle mestringsteorier og spesielt Antonovsky`s mestringsteori, for å belyse betydningen av de mestringsressurser datamaterialet avdekker.

2.1 Foreldres opplevelser av for tidlig fødsel.

Stern (1998) beskriver at forberedelsen til å bli mor er en mental omstillingsprosess som gradvis blir til under svangerskapet. Mor fødes psykologisk når barnet hennes fødes. Forfatteren deler svangerskapet opp i tre trimester, både i en psykisk og fysisk dimensjon. Det er ofte i andre trimester kvinnen føder for tidlig. De fleste kvinnene får en sjokkartet opplevelse da de ikke er forberedt til å ta i mot barnet ennå. Psykologisk sett er barnet en del av kvinnen selv. Kvinner som føder fortidlig kan føle seg mislykket fordi de ikke klarte å fullføre graviditeten. Mannen gjennom går lignende utviklingsfaser under svangerskapet for å forberede seg på å bli far.

De kommende foreldrene reflekterer ofte sammen over at de skal bli foreldre og forbereder seg på hvordan de selv skal vokse inn i den nye rollen (Stern and Bruscheweiler-Stern, 1998).

Foreldre som opplever en for tidlig fødsel får en avbrutt forventning i forhold til svangerskapets lengde, modning og forberedelser til foreldrerollen (Brodèn, 2004). Når de får et bitte lite barn som er umodent, med tynn hud, behov for respirasjonsstøtte og intensiv behandling, kan møtet med barnet utløse fortvilelse, frustrasjon og sorg over det tapte ”drømmebarnet” hos foreldrene. Dette er nye og ukjente følelser som ofte er tabubelagte og vanskelige å prate om (ibid). Foreldrene kan føle seg hjelpeløse og ute av stand til å kontrollere den oppståtte situasjonen og de kan få en kriseopplevelse. Dette kan være med på å hemme foreldrenes mestringsevne i foreldrerollen. Grad av kriseopplevelse er avhengig av flere faktorer. Konteksten individet befinner seg i og hvilke mekanismer eller ressurser det tar i bruk for å håndtere situasjonen, er blant annet avhengig av individets egen opplevelse av hvor sterkt de føler seg truet av påkjenningen de er oppe i (Cullberg, 1990).

En studie som har undersøkt utvikling av symptomer på akutt stress syndrom (ASD) hos foreldre i forbindelse med for tidlig fødsel, fant at 28% utviklet slike symptomer. Utvalget bestod av førti foreldre, både mødre og fedre. Utviklingen av traumatiske symptomer var betydelig assosiert med kvinner, familiemiljø og foreldrenes mestringsstil (Shaw et al., 2006). Flere studier viser at for tidlig fødsel genererer krisesituasjoner, og reaksjoner som stress, angst, depresjon og maktesløshet hos foreldrene gjør seg gjeldende (Flacking et al., 2005, Doering et al., 1999). Funn fra en rekke andre studier viser at dette stresset kan forstyrre deres evne til sensibilitet overfor barnets signaler og påvirke muligheten til god tilknytning og samspill med barnet sitt (Melnyk et al., 2006, Feldman et al., 2002, Harrison and Magill-Evans, 1996).

I en kvalitativ studie fra Danmark sees lignende forhold der det beskrives at foreldrene opplevde å være i en fremmed verden. Tretten foreldrepar som hadde vært på nyfødt intensiv med sitt syke nyfødte barn, ble intervjuet to ganger, første gang en uke og neste gang tre måneder etter at de var kommet hjem fra sykehuset. Foreldrene hadde et sterkt ønske om å være hos barnet hele tiden og de ønsket kontinuerlig informasjon. De opplevde å være tilskuere til sine egne liv, de ble årvåkne og var hele tiden på vakt, og de opplevde at følelsene svingte mellom håp og håpløshet (Hall, 2005).

I en kvalitativ longitudinell studie fra Sverige, ble foreldre til premature barn intervjuet på fire forskjellige tidspunkter fra fødselen og frem til barnet var 18 måneder, med fokus på foreldreopplevelser. Forskerne konkluderte med at foreldrenes opplevelser var formet av interaksjon mellom de fire begrepene; fremmedgjøring, ansvarliggjøring, selvtillit og fortrolighet og en tidsprosess styrt av foreldrenes opplevelse av seg selv i foreldrerollen, barnets helsetilstand, helsevesenets miljø og kulturelle faktorer (Jackson et al., 2003).

2.3 Mestringsbegrepets mangfold

Mestring er et begrep som kan tolkes og defineres ulikt ut fra hvilken kontekst og sammenheng det er snakk om. Definisjon av begrepet avhenger av hvilket perspektiv man har. Menneskets egne indre tanker, ressurser og arbeidsmodeller for problemløsning har betydning for hvordan individet opplever å mestre den gitte situasjonen. Mestring er ikke motpolen til stress, men handler om måten mennesker forholder seg til de belastningene de utsettes for gjennom livet (Sommerchild, 2001). Individets tro på egne evner til mestring, (Self-Efficacy) er et grunnleggende element i hvordan mennesket konstruerer virkeligheten. De regulerer sin atferd, avkoder og tolker informasjon og utfører gjennom disse handlinger (Bandura and Bussey, 1999, Pajares, 2002). Lazarus og Folkman (1984) hevder i sin teori at problemløsning omhandler både elementene problem orientering og emosjonell orientering som to mestringsstrategier. Mennesket tar i bruk disse for å mestre situasjoner som oppleves truende ut fra de livserfaringer de har, og i møte med utfordringene. Sosio - kulturelle forhold har også betydning for menneskets utvikling av mestringsstrategier i ulike sammenhenger (Sommerchild, 2001).

Min forståelse av begrepet mestring har sitt utgangspunkt i det engelske ordet coping som kan beskrives som håndtering (management) av en stressor, uansett utfall. Tilegnelse av kunnskap og innblikk i det salutogene perspektiv er viktige bidrag til min forståelse av begrepet mestring som et relativt begrep, avhengig av konteksten det omtales i. Begrepet mestring kan forstås som en iboende ressurs hos mennesket. Det er en indre kraft som personen selv har og utvikler ut i fra det livet han lever, bestemt av kontekst, tidligere erfaringer og arv. Mestring kommer til uttrykk i ulike atferd og speiler den enkelte persons tro på egne muligheter til å mobilisere styrke.

Den enkeltes tro på seg selv til å klare å løse oppgaven, ha kontroll over egen tilværelse, kunne justere følelsene, handlingene og forestillingene i ønsket retning, påvirker graden av opplevd mestring og tilfredshet. Som en forståelsesramme for begrepet mestring og med utgangspunkt i den helsefremmende tenkningen legges det hovedvekt på Antonovsky`s teori om Salutogenese og de tre komponentene meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet i hans teori om Opplevelse av Sammenheng(Sense Of Coherens (SOC)) (Antonovsky, 1991).

2.3.1 Et salutogent perspektiv på mestring

Mestring sett i et salutogent perspektiv omhandler hvordan menneskene ut fra sine ressurser og kontekst håndterer sine liv og således helse og sykdom. Fokuset i det salutogene perspektivet er at det meningsfulle i menneskets liv, gir motivasjon og energi til å ta i bruk de ressursene man selv har eller ved å finne hjelp i miljøet rundt seg, når man utsettes for stressfulle situasjoner (Antonovsky, 1996). Begrepet Salutogenese ble presentert i 1978 av medisin- sosiologen Aaron Antonovsky (1923 -1994). Begrepet Salutogen er avledet av *salus* som er latin og betyr helse og velvær, og det greske ordet *genesis* som betyr opprinnelse (Lindström and Eriksson, 2006). Antonovsky var opptatt av å finne kilden til hvorfor noen mennesker mestret sin tilværelse og opprettholdt god helse til tross for store psykiske påkjenninger. I teorien legger han vekt på helse fremfor sykdom, og relaterer helsebegrepet som en bevegelse på et kontinuum mellom helse og uhelse. Han mente at stressrelaterte hendelser er en naturlig stimuli i menneskets liv og at graden av hvordan mennesket mestret dette er avhengig av deres opplevelse av sammenheng i livet (Antonovsky, 1991).

I sin fremstilling av opplevelse av sammenheng vektlegger Antonovsky faktorer som kan dempe, lette eller fjerne stressorer, og forutsetter at alle individer har generaliserte motstandsressurser av en eller annen grad, som tas i bruk for å overvinne hverdagslivets spenninger og derigjennom fremme en opplevelse av indre sammenheng. Det påpekes at teorien både er universell og tverrkulturell fordi den ikke refererer til en spesifikk form for mestringsstrategier. Det er de tre sentrale komponenter i hans teori som er styrende for om personen har høy eller lav grad av Opplevelse av Sammenheng. Situasjonen må *være forståelig*, den må *gi mening* og *være håndterbar* (ibid.).

Antonovskys tre komponenter i modellen Opplevelse av sammenheng

Forståelighet (Comprehensibility) beskrives som den kognitive komponenten der de stimuli som inntreffer hos individet er forståelige og oppleves som ordnet og strukturert, og at det er fornuftmessig håndgripelig; ”å kunne forstå situasjonen”. Forutsigbarhet, rolleavklaring, god informasjon som avdekker uklarheter og misforståelser er viktige elementer her.

Håndterbarhet (Manageability) er komponenten knyttet til den subjektive opplevelsen av å ha tilstrekkelige ressurser for å kunne møte de utfordringene individet står over for; ”å ha tro på å finne en løsning.” Håndterbarheten utvikles gjennom opplevelsen av å kunne bestemme tempo på følelsesprosessen i situasjonene man er oppe i, og gjennom dette oppleve mestring.

Meningsfullhet (Meaningfulness) beskrives som den emosjonelle og motivasjons skapende komponent, ”å finne god mening i forsøke på det.” Opplevelsen av meningsfullhet er har en sterk følelsemessig verdi i menneskets liv. Å oppleve mestring kan frigjøre nye ressurser og generere til større handlingsrom.

Disse tre komponentene blir beskrevet atskilt i teorien men må sees som gjensidige faktorer som påvirker hverandre. Meningsfullheten er den viktigste komponenten da mennesket kan knytte en mening til noe i sin livssituasjon tiltross for de vanskelige påkjenningene og dermed lettere klarer å holde ut. Opplevelsen av å kunne influere på eget liv har stor betydning for menneskets opplevelse av å mestre livet. Enkeltpersonens mulighet til å reagere konstruktivt på stressende situasjoner avhenger av personens opplevelse av sammenheng i situasjonen. Grunnleggende tillit til, og forventning om at ”det kommer til å gå så bra som mulig” er avhengig av personens opplevelse av indre styrke, trygghet og stabilitet uavhengig av livsløpshendelser (Antonovsky, 1996).

Tradisjonelt sett har teorier om stress og mestring hovedsakelig hatt fokus på å få kontroll over situasjonen. Salutogene teorier legger vekt på personens evne til å bruke både indre og ytre ressurser til å håndtere stressfulle situasjoner. Opplevelse av sammenheng ser ut til å være en helsefremmende ressurs som styrker motstandskraften og utvikler den subjektive helsetilstanden positivt. Dette er et viktig bidrag til å utvikle og opprettholde folks helse, men forklarer ikke alene alt om helse (Eriksson, 2007).

Antonovsky (1991) har utviklet et spørreskjema for å måle SOC som er videre bearbeidet og bruk i mange land. Selv anbefaler han i tillegg til bruk av skjemaet, å gjøre kvalitative studier der salutogene spørsmålsstillinger gjør seg gjeldene. Han løfter særlig frem Glaser og Strauss` utvikling av Grounded Theory og påpeker viktigheten av å få både teoretiske og empiriske perspektiver på forskningen. I denne studien er det ikke gjort målinger på foreldrenes opplevelse av sammenheng, men de tre komponentene i teorien brukes som en forståelsesramme, for å se på foreldres mestringsatferd og deres ressurser i den første tiden når barnet deres er fødte for tidlig.

3.0 Forskningsdesign og metode

Denne masteroppgaven er en delstudie under en forskningsstudie med tittelen ”Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår”(Hansen, 2005). Denne forskningsstudien benytter seg av kvalitativ metodologi med utgangspunkt i etnografisk og Grounded Theory tilnærming til datainnsamling og analyse. Det benyttes blant annet kvalitative dybdeintervjuer som metode for å innhente data og få frem nyanserte beskrivelser om informantenes egne opplevelser.

Siden denne masteroppgaven er en del av en større forskningsstudie der Grounded Theory - tilnærming er brukt som metode, styrer det således masterstudies forskningsdesign. Intervjuene i hovedstudien var utgangspunktet for delstudiens datamateriale. Masterstudien er eksplorerende og deskriptiv med et ønske om å gå i dybden på fenomenene rundt foreldrenes opplevelse av å få et prematurt barn. Det er ønskelig å få en bedre forståelse om hvordan foreldrene håndterte situasjonen og finne de bakenforliggende mekanismene for hvorfor de handlet slik de gjorde ut i fra sin situasjon som nybakte foreldre.

3.1 Det kvalitative forskningsintervjuet og Grounded Theory-tilnærming

Det kvalitative forskningsintervjuet

Forskningsintervjuer kan bidra til kunnskap som skapes og testet på en intersubjektiv måte gjennom samtaler mellom forskeren og informantene (Kvale, 2006). Det er flere måter å gjennomføre et kvalitativt intervju på. Fra et ustrukturert intervju med åpne spørsmål, til mer semi-stukturert eller strukturert intervju med faste svaralternativer. I semi-strukturerte intervjuer kan forskeren bevege seg frem og tilbake tilpasset den enkelte intervjusituasjon, men det er en overordnet intervjuguide, der spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres (Johannessen et al., 2004). Å bli en god intervjuer krever erfaring og evne til kommunikasjon på forskjellige nivåer. Det kreves også at forskeren har gode kunnskaper om emnet som undersøkes og at hun viser evne til å lytte, slik at informanten får mulighet til å uttrykke sin historie (Kvale, 2006). Intervjuets gjennomføring og det relasjonelle forholdet som oppstår mellom forsker og informant kan påvirke intervjuets resultat og utfall (Johannessen et al., 2004). Kvale (2006) påpeker at analyse av intervjumateriale avhenger av de spørsmålene forskeren stiller i begynnelsen av prosjektet. Analysen består av flere steg og forskeren må vende tilbake til råmaterialet for hvert trinn i analyseprosessen. I et samspill mellom det empiriske materiale, forskerens forforståelse og den teoretiske referanserammen vokser den nye kunnskapen frem (ibid).

Grounded Theory –tilnærming.

Grounded Theory metodologi ble utviklet av sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss på 1960- tallet i forbindelse med deres undersøkelse på sosiale og psykologiske strukturer rundt dødsprosessen hos pasienter på sykehus. Den primære hensikten med metoden var å utvikle nye teorier gjennom systematisk innsamling og analyse av kvalitative data med utgangspunkt i empirien. Å generere erfaringsnære teorier i form av begreper og sammenhenger på et høyt abstraksjonsnivå samtidig som teorien har sin basis i dataene, var et viktig poeng i deres tenkning (Strauss and Corbin, 1998, Hartman, 2001).

Et sentralt element i Grounded Theory er at datainnsamling og analyse gjøres i en parallell prosess, slik at forskerne kan starte åpent og bredt for å danne seg en oppfatning av fenomenet og deretter snevre inn fokuset etter hvert. Analysen i Grounded Theory er dynamisk og endres etter hvert som datamaterialet blir fyldigere. Det er handlingene og meningen rundt et fenomen som er hovedanliggende i analysen (Strauss and Corbin, 1998). Stauss og Corbin (1998) beskriver analyseprosessen som omfattende og tidskrevende, men en nødvendig vei å gå, for å få frem det meningsbærende budskapet og essensen i datamaterialet. Forfatterne poengterer viktigheten av at forskeren foretar intervjuene selv og transkriberer teksten i etterkant for å opprettholde en nærhet og sensitivitet til datamaterialet. Forskeren sammenligner og stiller spørsmål ved hvert enkelt fenomen eller observasjon, og lager koder for disse. Kodene abstraheres til kategorier. Her utkrystalliserer det seg ulike mønster i data der formålet er å kartlegge forbindelser mellom de enkelte kategoriene, og se etter likheter og forskjeller (ibid).

Grounded Theory kan anvendes både som metode i sin helhet for å komme frem til teori grunnet i data eller som en tilnærming for innsamling og analyse av data. Slik kan et fenomen beskrives og belyses i dybden uten at det genereres en teori (Johannessen et al., 2004, Hartman, 2001). I denne masteroppgaven blir Grounded Theory - tilnærming brukt i datainnsamling og analysen, og deretter beskrives fenomenet på en så erfaringsnær måte som mulig uten at det i denne studien genereres generell teori.

3.2 Utvalget.

Utvalget i hovedstudien og delstudien var de samme, men i masteroppgaven var det kun fokus på intervjuene med foreldrene når barnet var ved tre måneder korrigert alder. Kriteriene for deltakelse var foreldre til premature barn født mellom 27 og 32 svangerskapsuker og som hadde en fødselsvekt mellom 1000 - 1500 gram. (Vedlegg 2). En forutsetning for inklusjon i studien var at begge foreldrene hadde deltatt i foreldreveiledningsprogrammet ved en nyfødteintensiv avdeling. Alle foreldre som fylte kriteriene i tidsrommet januar- 07 til september -07 ble spurt om å være med i studien ved et norsk sykehus. Alle som ble spurt takket ja.

Masteroppgavens tidsramme var begrenset og tilgangen på informanter ble styrt av antall premature barn som ble født og deres foreldre som oppfylte kriteriene for deltakelse i denne perioden. Masterstudien omhandler intervjuer av kun fire foreldrepar og må anses som en pilotstudie.

Utvalget i studien bestod av fire mødre som hadde en gjennomsnittsalder på 30 år (25-33 år) og fire fedre med en gjennomsnittsalder på 33 år (30-37 år). Utdanningsnivået varierte fra grunnskole til høgskole og universitetsnivå. Barnets gjennomsnittsalder ved fødsel var 28,7 uker (27,5 -30 uker) og gjennomsnittsvekten var 1230 gram (792-1470 gr.) Lengden på sykehusoppholdet varierte fra 5 -10,3 uker. Ved utreise hadde barnet en gjennomsnittsvikt på 2198 gram (2000 -2600 gr.).

3.3. Datainnsamling

Intervjuene fant sted i perioden fra mars-07 til september -07. De varte ca. 1 -1 1/2 time. Intervjuene var delvis retrospektive da foreldrene gjenfortalte sine opplevelser i etterkant av innleggelsen på nyfødt intensiv. Det ble også et her og nå perspektiv i samtalen ut fra deres historie på intervjuetidspunktet. Alle intervjuene fant sted på et samtale rom i sykehusets lokaler. Det var to intervjuere som deltok under intervjuene. Forsker og leder for hovedstudien førte ordet i samtalene, mens jeg som masterstudent hadde en mer observerende og reflekterende rolle. Jeg hadde et utenifra perspektiv, passet på at alle temaene ble berørt og kom med oppfølgingsspørsmål underveis. Jeg var således både en observatør og aktør under intervjuet. Denne fordeling ble klargjort for informantene før intervjuet startet. Forskeren ga uttrykk for at vi ønsket å høre foreldrenes fortellinger om deres opplevelser av å få et for tidlig født barn. Vi hadde en semi- strukturert intervjuguide med hovedtemaer (Vedlegg 7). Studiens temaer var i seg selv følelsesladet og det kan av og til være vanskelig å snakke om slike opplevelser til fremmede. Forskeren prøvde hele tiden under intervjuet å inntone seg på hvor foreldrene var følelsesmessig. Et eksempel på dette var når de fortalte om en hendelse, spurte forsker om de kunne utdype det litt mer eller si noe om hva det betydde for dem i situasjonene, slik kunne vi få deres egne ord og tolkninger på hendelsene. Samtalene ble tatt opp på video.

3.4 Analyse av data

I etterkant av intervjuene så vi to intervjuere gjennom videofilmen og skrev ned umiddelbare tanker og observasjoner. Intervjuene ble transkribert ordrett så snart som mulig etter at intervjuene var ferdige. Dette ga en unik mulighet til å gjenoppleve intervjuet og få en nærhet til materialet. I tillegg til den transkriberte teksten ble det skrevet memos under analyseprosessen. Dette var nyttige notater for å fremme nyanser, variasjoner, tanker og ideer som kom frem under analysearbeidet.

Den transkriberte teksten ble så lest linje for linje der hensikten var å finne begreper eller koder som var meningsbærende. Deretter ble disse kodene kategorisert ved å analysere de meningsbærende enhetene, som så ble til hovedkategorier og underkategorier. I denne prosessen vandret jeg frem og tilbake i fra råmaterialet, memos og koder, til kategorier og tolkningen av det hele, for til slutt å trekke det sammen til en helhet igjen. Datainnsamling og analyse foregikk parallelt, og det dukket opp begreper og kategorier underveis som gjorde at det ble rettet fokus mer mot disse i de neste intervjuene. Det var viktig å være oppmerksom på å ikke låse fokuset for tidlig. Det ble forsøkt å identifisere likheter og ulikheter, motsetninger og kontraster i materialet. Kritiske spørsmål til hvorfor nettopp disse kategoriene gjorde seg gjeldene, ble stilt. Slik hjalp analysen meg til underveis å danne en oppfatning om hva som var sentralt i datamaterialet. Det var tendensen i datamaterialet som har vært styrende for begrepsavklaringer og den dypere forståelsen av fenomenene. Samtidig som problemstillingen og forskningsspørsmålene har vært nødvendig retningsgivende i analysearbeidet, har det empiriske materialet i stor grad vært styrende for teorigrunlaget i studien.

3.5 Personvern

Både hovedstudien og delstudien er godkjent av Regional Komité for Medisinsk Forskningsetikk og Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (Vedlegg 3 og 4). Under datainnsamlingen ble videoene, det transkriberte materialet og personidentifiserende opplysninger koblet med et referansenummer. For å ivareta deltakernes anonymitet og konfidensialitet om personopplysninger, ble det innsamlede datamateriale oppbevart separat og innlåst på to forskjellige steder.

I denne studien ble kontakten med informantene opprettet via en sykepleier ved nyfødt intensiv. Slik kunne det stå som et uhildet forhold til forskningen, da forskeren var ukjent med informantene på forhånd. Hvis informantene ønsket å delta i studien tok forskeren kontakt for å gi mulighet til en utdypende informasjonssamtale. Informantene gav et skriftlig informert samtykke før intervjuene startet.

3.5.1 Etiske betraktninger

I tråd med Alver og Øyens(1997) poengtering av frivillighet til deltakelse, ble informantene opplyst om at de kunne trekke seg når som helst underveis i studien. De fikk også informasjon om at det var mulig å ta kontakt med forsker eller masterstudent hvis det var noe de ønsket å ta opp i etterkant av intervjuet. Foreldrene fikk tilbud om å se videofilmene i etterkant av intervjuet. Det var ingen av foreldrene som ønsket dette. Det ble klargjort for dem at videoen kun skulle brukes som et hjelpemiddel for intervjutranskribering og tolkning av datamaterialet.

Selv om det er flere måneder siden fødselen er disse foreldrene fortsatt i en sårbarfase sett i forskningsetisk sammenheng, og samtalene kunne vekke minner de ikke var rede til å fortelle om. Dette er et forskningsetisk fokus som fordrer at forsker er opptatt av å ivareta foreldrenes personlige sfære. Belastningene som kan påføres informantene i et dybdeintervju kan være av mange slag og ikke de man umiddelbart tenker på (Alver and Øyen, 1997). Temaene som omhandler den uventede fødselen og akutt situasjoner rundt barnet, vekket sterke minner hos foreldrene. Dette kom tydelig frem ved gråt og skjelving i stemmen. For å kunne ivareta dem, stoppe vi opp og tok en pause i intervjuet hvis de følte at det var vanskelig å snakke om disse følelsene. Vi hadde på forhånd avtalt med psykologen som er tilknyttet avdelingen om å henvise til henne, hvis noen av foreldrene skulle trenge noen å snakke med i etterkant av intervjuet. Dette fikk foreldrene vite før vi startet intervjuet. Det var ingen av foreldrene som gav uttrykk for at de trengte en slik hjelp og vi som forskerteam oppfattet heller ikke at det var behov for en slik oppfølging i etterkant.

4.0 Presentasjon av funn

I følgende kapittel blir foreldrenes ulike opplevelser og reaksjoner presentert og deretter gis en fremstilling av de funnene foreldrene fremholder som viktige faktorer for opplevd mestring i forelderrollen. Presentasjonen blir understøttet med informantenes egne utsagn gjennom utdrag av sitat fra den transkriberte teksten. Disse er direkte avskrevne fra det transkriberte datamaterialet med kun en forsiktig språklig redigering, for å kunne tydeliggjøre beskrivelsen av meningsinnholdet i utsagnet. Selv om barna som omtales i intervjuene er av begge kjønn, har jeg valgt å bruke betegnelsen ”hun eller barnet” i alle sitatene for å kunne ivareta anonymiseringen på en best mulig måte. Det er tankepauser i sitatene som er markert med flere prikker etter hverandre, jo flere prikker jo lenger er pausene. Utsagnene presenteres på bokmål. Resultatene blir fremstilt skjematisk slik fig. 1 og fig. 2 viser.

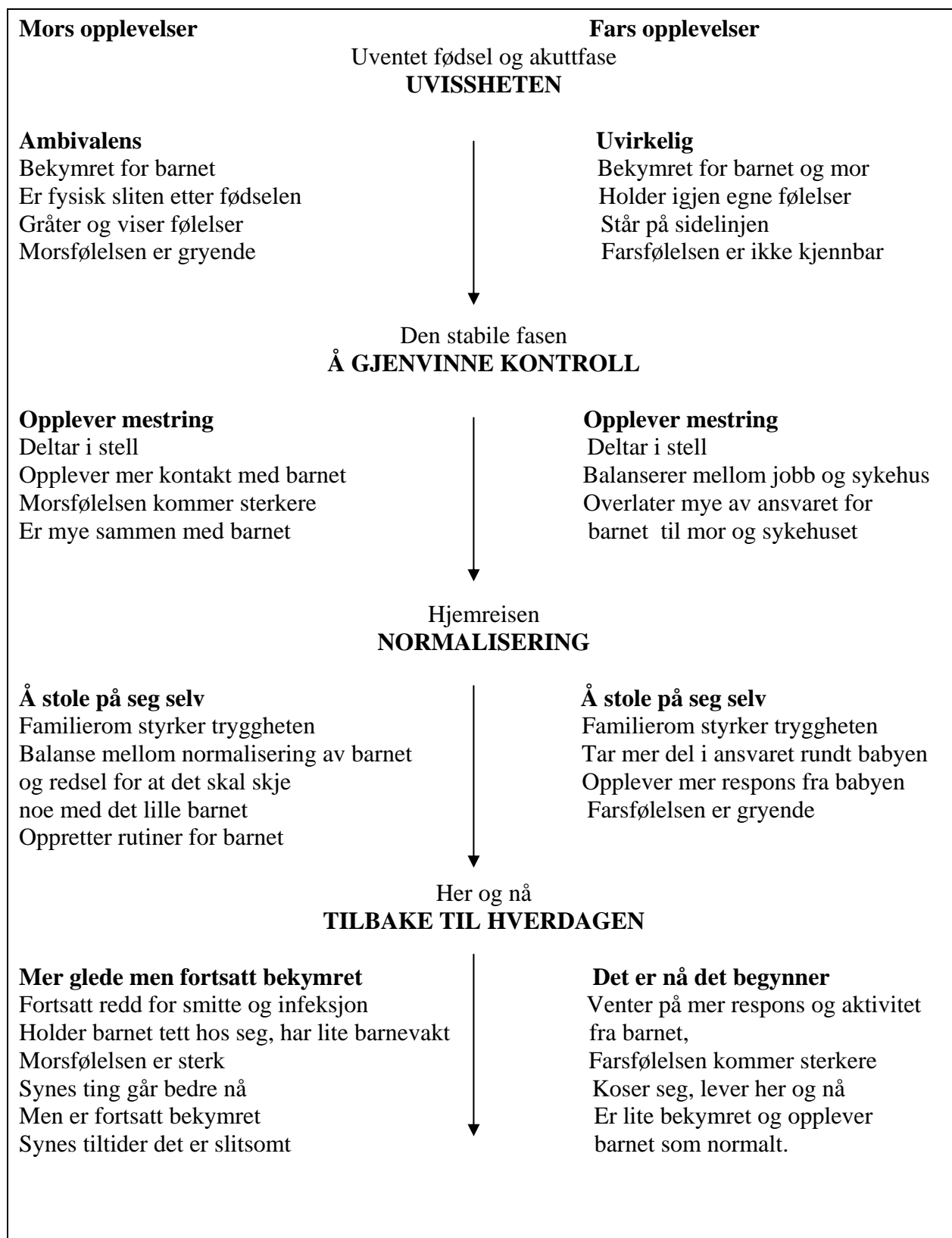
4.1. Foreldrenes opplevelser i ulike faser

I alle intervjuene fortøner foreldrenes historie seg som et forløp i tidsfaser. Det skjedde en utvikling av forelderrollen fra fødselen og frem til i dag. Ut fra deres historie trer det frem et bilde av en prosess med relativt klart definerte faser. Jeg har satt opp prosessen skjematisk i fire faser, der mødrenes og fedrenes forskjellige opplevelser fremkommer (fig.1) De fire fasene blir presentert i teksten i kronologisk rekkefølge.

Fig.1. En skjematisk fremstilling over de fire fasene.

Mødrene og fedrenes likheter og ulikheter i opplevelsene.

Utarbeidet med utgangspunkt i (Jackson et al., 2003).



Fase 1. Uventet fødsel og akutfasen - Uvissheten

Alle foreldrene beskrev fødselen som uventet og tøff opplevelse. De var helt uforberedt på at det skulle skje så tidlig og det medførte at de opplevde en kaossituasjon der hverdagen ble snudd opp ned. Akutfasen ble omtalt som den første uken etter at barnet ble født, der usikkerheten om barnets helsetilstand fikk det største fokus. Mødrene formidlet minner om sterke følelssvingninger rundt fødselen og den akutte fasen. De hadde et sterkt ønske om nærhet og kontakt med barnet. Samtidig som de i denne fasen var slitne og følte seg ”utenfor seg selv”. Det oppstod en ambivalent opplevelse når morsfølelsen lot vente på seg.

En mor sa det slik; ”....det verste med å ha en sånn liten baby er at du ikke kan løfte barnet inntil deg. Når barnet lå inni kuvøsen og ynket seg og jeg bare måtte ta på barnet forsiktig, det synes jeg var det verste.”

Mødrene formidlet at de opplevde ambivalente følelser mellom å tro på at det skulle gå bra og angst for å miste den lille. Redsel for at noe skal gå galt og at barnet skulle dø var sterk.

Fedrene beskrev at de ”sto på sidelinjen” og at farsfølelsen ikke var kjennbar på dette tidspunktet. De beskrev at følelsen av å bli far ikke ble slik de så smått hadde begynt å forberede seg på, slik de hadde lest om og sett på tv. Forventningene om at en far deltar aktivt med å tørke mors panne og er en støttespiller under fødselen, klipper navlesnoren og få holde barnet i armene sine for første gang, uteble hos disse fedrene. Det ble ikke en realitet for de da fødselen kom uventet. Barnet ble lagt i kuvøse og fraktet til nyfødt intensiv med en gang etter fødselen.

Fase 2. Den stabile fasen – Å gjenvinne kontroll

Denne fasen ble beskrevet som den tiden da barnet var mer stabil helsemessig og fokuset nå var vekst og utvikling. Den dreide seg om tiden fra en til to uker etter fødsel og frem til barnet skulle reise hjem. Opplevelsen av at barnet ”tilhørte sykehuset” den første tiden av denne fasen var til stede hos mødrene. De beskrev det slik at de måtte spørre om lov til å få ta på barnet sitt. Det var sykepleierne som visste når barnet var sultent og skulle stelles.

Rutinene på sykehuset var styrende for deres mulighet til samvær med barnet sitt, uttrykte foreldrene. Mødrene formidlet at de etter hvert deltok mer i stell og omsorg av barnet og opplevde mer kontakt med barnet, Morsfølelsen begynte nå å komme. Stoltheten over at barnet begynte å spise litt av melken de gav, fikk mødrene til å føle seg betydningsfulle og det styrket morsfølelsen. Denne deltakelsen styrket følelsen av å kjenne barnet sitt bedre.

En av mødrene formidlet viktigheten av dette slik; ”... når hun tok litt melk fra meg, selv om det bare var noen få gram, så var jeg kjempestolt...ja jeg var så stolt. Det er sånne små ting som teller.”

I denne fasen begynte fedrene å jobbe igjen. De prøvde å finne balansen mellom å være på jobb og delta i omsorgen til barnet. De beskrev at farsfølelsen fortsatt ikke var kjennbar.

En av fedrene uttalte seg slik om fravær av farsfølelsen; ” De første månedene på sykehuset er det er akkurat som du går og venter på å få kontakt. Så jeg vet ikke, men jeg har snakket med noen andre inne på sykehuset, det virker som det tar lenger tid før den kommer denne farsfølelsen.”

Barnet var nå i en fase der det skulle lære å spise og amme, og det var mødrene som sto for den største delen av omsorgen på dette tidspunktet. Fedrene fortalte at dette var slik det måtte være og at deres rolle var å ivareta mor og barn ved å opprettholde de hverdagslige gjøremål hjemme.

Fase 3. Hjemreisen - Normalisering

Overgangen til hjemmet beskrives som enda en ambivalent opplevelse. De fleste foreldrene sa de var forberedt på å reise hjem og på en måte ”klare for å ta skrittet ut” fra sykehuset. Samtidig som de følte det godt å komme hjem og endelig bli en familie, hadde de allikevel en viss uro. Ville de oppdage og forstå om barnet ikke var helt friskt, eller ville de klare å håndtere en eventuell akuttsituasjon hjemme, var tanker de hadde. Konkret gikk redselen på om barnet satte mat i vrangstrupen eller stoppet å puste slik det hadde gjort på sykehuset. Mødrene kommuniserte denne frykten tydeligere enn fedrene. Videre formidlet mødrene at de strevde med å finne balansen mellom ”normalisering” av barnet og fortsatt tenke på det som ”lite og skjørt”.

Utfordringen lå i å tenke på at barnet nå var friskt og skulle behandles som andre nyfødte barn. Å opprette sine egne rutiner i forhold til mat, søvn og sosialt samvær, samtidig som de hadde en sterk uro for at barnet skulle bli smittet og sykt fordi det er født for tidlig, var en belastning. Årsaken var at barnet fortsatt hadde et svakere immunforsvar enn barn født til termin, formidlet de.

Både mødrene og fedrene uttrykte at muligheten de fikk til å være sammen med barnet på familierommet på avdelingen før hjemreisen, styrket deres trygghet for å ta ansvaret for barnet alene. Fedrene kunne være mer delaktige i stell og omsorg av barnet etter jobb. Fedrene formidlet også at kontakten med barnet i form av stell og nærhet, nå bidro til at en gryende farsfølelse var kjennbar. Det styrket troen på at dette kommer vi til å klare.

Fase 4 Her og nå – Tilbake til hverdagen

Ved intervjuet 5 måneder etter fødselen formidlet mødrene at de var mest opptatt av hvordan de tilpasset omsorgen for barnet i form av rutiner rundt mat og søvn, vern mot smitte og beskyttelse mot for mye stimuli uten fra. De hadde knyttet barnet nært til seg. De overlot ikke barnet til andre pårørende i større grad og uttrykte fortsatt en bekymring for at noe kunne skje med barnet. Alle mødrene formidlet at det gikk bedre nå ved intervjuetidspunktet og at de opplevde mer glede og trygghet i morsrollen enn rett etter hjemkomsten.

Fedrene uttrykte at å leke med barnet betydde mye for deres opplevelse av farsrollen. De så frem til en enda mer aktiv periode med barnet. Fedrene hadde fokus på normalisering av situasjonen rundt barnet og flere av fedrene uttrykte ”det er nå det begynner”. De opplevde mer respons fra barnet og tok nå mer del i omsorgen.

En av fedrene beskrev det slik;

”... ja når jeg komme hjem fra jobben er det første jeg ser et stort smil fra barnet, det er sånn det skal være. Hvis barnet ligger på teppet sitt og ”klukker” og jeg kommer bort til det, blir barnet helt stille også smiler det litt ...jeg føler meg trygg på henne.

Jeg føler veldig mye mer for barnet, det har kommet mye mer for hver dag ...den siste måneden ..det er nå det begynner liksom føler jeg.”

Oppsummering

Historien foreldrene fortalte omhandlet tiden fra fødselen, gjennom fasene frem til tiden ved intervjuet. Foreldrene opplevde denne tiden forskjellig og hadde både like og ulike reaksjoner underveis i prosessen. De uttrykte mange forskjellige følelser og brukte uttrykk som redsel, angst, utrygghet, uvisshet, men også glede, håp og lengsel etter barnet. De første opplevelsene fra den akutte tiden omtalte de som ”kaos”, men som endret seg til å bli mer forståelige og håndterbare etter hvert som de fikk en trygghet på at barnet ville klare seg og de selv deltok mer i omsorgen. Opplevelsen av at de kunne delta i omsorgen til barnet og tryggheten de fikk i foreldrerollen, beskrev de som fremmede faktorer til å mestre situasjonen de var i.

4.2 Faktorer som fremmer mestring

De tre hovedkategoriene, *nærhet til barnet, behov for beskyttelse og følelsesmessig støtte* beskriver faktorer som foreldrene selv mente var støttende og som fremmet deres opplevelse av å mestre situasjonen de var oppe i. Jeg presenterer her underkategoriene som er relatert til hver hovedkategori slik fig. 2 viser.

Fig.2 En skjematisk fremstilling av de meningsbærende kategoriene.

Underkategorier	Hovedkategorier	Foreløpig Kjernekategori
Barnets helse i fokus	Nærhet til barnet	Fra følelseskaos til å mestre foreldrerollen
Å få fysisk kontakt med barnet		
Å få være delaktig i stell/omsorg til barnet		
Å bli en familie – barseltidens betydning		
Mor/far beskytter egne følelser og reaksjoner	Behov for beskyttelse	
Mor/far beskytter hverandre i par - forholdet		
Mor/far beskytter barnet fra omverdenen		
Støtte fra foreldrefelleskap	Følelsesmessig støtte	
Støtte fra nærmeste familie		
Støtte fra sykepleier og lege		
Støtte fra helsevesenet etter hjemkomst		

4.2.1 Nærhet til barnet

Å ha nærhet til barnet formidles i de første to fasene som en ambivalent følelse hos foreldrene. Ønsket og behovet for nærhet var veldig sterkt, samtidig som de forholdene rundt barnet fratok dem den muligheten. De faktorer som foreldrene formidlet som betydningsfulle for deres opplevelse av håndtering av situasjonen, og som hjalp de til å holde troen og håpet oppe når muligheten for nærhet til barnet var fraværende, blir følgende presentert.

Barnets helse i fokus

Spesielt i den akutte fasen var barnets helsetilstand en svært viktig faktor for hvordan foreldrene taklet situasjonen. Var barnet stabilt og situasjonen under kontroll behandlingsmessig, opplevde de mindre frykt og større mulighet til å tilegne seg kunnskaper om barnets situasjon og behov. Kontinuerlig, adekvat og faktaorientert informasjon fra lege og sykepleier var med på å fremme deres tillit til behandlingen og helsepersonellens håndtering av situasjonen. En mor uttrykte dette slik; ”... jeg visste jo at de var flinke der og de sa det gikk bra, men jeg hadde alltid den tenk om, tenk om, det går galt.”

Tiltross for uro og redsel fortalte en mor at hun klarte å opprettholde håpet og troen på at det skulle gå bra. ”Å jeg visste at det kom til.. ja det kom til å gå bra, for hvis vi skulle ha gitt opp da og trodd at det ikke går...så hadde det ikke vært noe vits for den lille kroppen å ligge å kjempe inni i kuvøsen.”

Å få fysisk kontakt med barnet

Både mødrene og fedrene beskrev at kuvøsen var et fysisk hinder mellom dem og barnet, og at kontakten med barnet og opplevelsen av mors - og farsfølelsen ble hemmet av dette. En far sa det slik; ” Vi kunne ikke ta på barnet, det lå bare inni sånn glass, jeg synes i hvert fall at det var veldig fjernt og jeg fikk ikke sånn ordentlig farsfølelse med en gang.”

En mor fortalte om et lite tøyestykke ”lukteklut” som hun fikk av en sykepleier en av de første dagene etter fødselen. Denne kluten kunne hun bære inntil brystet og deretter legge inn til barnet i kuvøsen, slik at barnet kunne få bli kjent med mors kroppslukt. Denne kluten ble betydningsfull for morens følelse av nærvær med barnet.

Hun beskrev det slik; ” *de andre mødrene på barsel gikk å trillet på babyene sine og jeg gikk der med den kluten....Jeg følte at jeg var like heldige som dem... jeg hadde et bilde av barnet på nattbordet og den kluten, for meg var det nærhet.* ”

Alle foreldrene uttrykte at en viktig faktor for å bli kjent med barnet sitt var når de fikk barnet ut av kuvøsen og det ble lagt på brystkassen deres. Å kjenne barnets hud mot sin egen hud, og lukten av og bevegelsene til barnet, hjalp de til å oppleve at barnet var virkelig. Å få øyekontakt med barnet for første gang, selv om det bare var i noen få sekunder, var en stor opplevelse for foreldrene. De ga uttrykk for at dette bidro til at de prøvde å oppnå dette oftere.

Foreldrene formidlet at barnet roet seg og var stabilt når det var ute fra kuvøsen og lå hos mor eller far. Det bidro til at foreldrene opplevde en nærhet til barnet og de tolket denne responsen som at akkurat de var viktige hovedpersoner for barnets velvære.

En uttalelse fra en far lød slik; ”*så den tiden barnet var ute av kuvøsen og lå på brystet vårt, det var bare vår tid...* ”

Å få være delaktig i stell og omsorg

Betydningen av å få være med å stelle den lille babyen og bli kjent med barnets rytme var veldig viktig for foreldrenes opplevelse av seg selv som mor eller far. Det var spesielt mødrene som uttrykte at dette var viktig for deres opplevelse av morsfølelsen i en tidlig fase. Bekreftelse fra pleiepersonalet på betydningen av deres deltakelse, og hva det betydde for barnets behov og utvikling, var også en viktig faktor for å utvikle trygghet i foreldrerollen. Fra kun å kunne se på og ta på barnet inne i kuvøsen som den første tilnærmingen, til selv å kunne løfte, stelle og gi barnet mat, hadde stor betydning på mestringsfølelsen. Dette var spesielt uttrykt av mødrene. En mor sa det slik; ”*...Å tørre å løfte henne..... for meg var det stort bare å tørre å skifte bleie alene, være med å vaske, det første badet,..* ”

Opplevelse av å kunne delta styrket deres forhold til barnet og følelsen av at ”dette er mitt barn” ble sterkere, formidlet både mødrene og fedrene. Fedrene formidlet at de også deltok mer i stell av barnet nå enn de første dagene etter fødselen, men de uttrykte ikke like sterkt som mødrene behovet for bekreftelse på foreldrerollen. Flere av fedrene opplevde at det var fortrinnsvis mor som hadde ”regien” når de var på sykehuset, og at det var viktig for dem å støtte henne i denne fasen.

En far sier det slik:

”Den første perioden, om du er hjemme eller på sykehuset, tror jeg det er veldig viktig med mor -barn kommunikasjon, også får heller pappaen komme litt etter. Jeg føler ikke at jeg har fått noe kontakt med barnet ...ja nå har jeg jo det da, men altså i sykehusoppholdet, nei da stilte jeg meg veldig tilbake og lot mor styre og... det tror jeg var lurt.

Å bli en familie - barseltidens betydning

Et annet funn som foreldrene snakket mye om var den første uken etter fødselen da mor var innskrevet på barselavdeling. Alle foreldrene formidlet at de opplevde denne tiden som vanskelig og slitsom. Det å se andre foreldre i gangen på barselavdelingen, gå å trille stolte og lykkelige på sitt nyfødte barn, forsterket følelsen av at de var atskilt fra sitt barn. Fedrene uttrykte spesielt at dette var mest vanskelig for mor. De så hva det gjorde med henne når hun var atskilt fra barnet sitt. Mødrene var lei seg og hadde det følelsesmessig utfordrende på grunn av denne atskillelsen.

”Vi synes det var litt tøft å komme på barsel med alle de andre som hadde fått fullbårne barn som gikk der og trillet på ungen sin i gangen og viste barnet frem til familien. Også hadde ikke vi noen der.. ..det var litt tøft ...da du har et barn som ligger i kuvøse.”

Foreldrene uttrykte et ønske om en ”egen fløy” eller avdeling for de foreldrene som hadde barnet sitt på en nyfødt intensiv avdeling slik at de kunne få litt mer skjermede omgivelser i den sårbare fasen de var i.

Alle familiene hadde fått mulighet til å være på et familierom der foreldrene hadde barnet hos seg hele døgnet før de skulle hjem. Det kunne dreie seg om et til to døgn og opp til en uke, alt etter behov. Foreldrene ga uttrykk for at dette var en viktig faktor for at de følte seg mer trygge på at de kunne reise hjem med barnet. Det ga dem en følelse av å være en familie.

4.2.2 Behov for beskyttelse

Begrepet beskyttelse har flere dimensjoner i denne sammenheng. Foreldrene uttrykte behovet for å beskytte seg selv i et følelsemessig kaos, spesielt i de to første fasene etter fødselen. De snakket også om å beskytte det lille barnet fra smitte og stimuli utenifra i alle fire fasene og uttrykte også behov for å beskytte den nye familien etter at de hadde kommet hjem.

Mor og far beskytter egne følelser og reaksjoner.

Både mødrene og fedrene beskrev situasjoner der de brukte beskyttelsesmekanismer for å ivareta seg selv i denne følelsemessig tøffe situasjonen. Tilbaketrekning, sette egne følelser på vent, bli faktaorientert og ha fokus på barnet, var de mest tydelige mekanismene som kom frem. Foreldrene uttrykte at det var barnets ve og vel som kom først, og at de satte sine egne reaksjoner på vent. Å gråte og vise følelser inne i avdelingen var noe foreldrene formidlet som vanskelig og spesielt fedrene sa at det ikke var naturlig for dem i andres nærvær. De ventet ofte til de kom for seg selv før de slapp disse følelsene til. Foreldrene formidlet at de hadde behov for å gradere inntrykkene og informasjonen de fikk, alt ettersom hvor mye de klarte å håndtere følelsemessig der og da. En far formidlet det slik; ”*jeg føler i hvert fall... jeg synes det tok lang tid før det kom en farsfølelse, fordi jeg var... skeptisk i begynnelsen og jeg turte ikke å glede meg over noe som helst.*”

De holdt venner og familie litt på avstand, og unngikk å snakke om de sakene de var mest redde for skulle skje, som for eksempel at barnet skulle dø.

En av mødrene uttrykte det slik; ”*...men jeg pratet ikke så mye om det jeg var redd for, at jeg hadde en angst for at det skal gå galt...*”.

Mor og far beskytter hverandre i par -forholdet

At partneren forsto den andres reaksjoner betydde mye for hvordan de håndterte situasjonen. Foreldrene formidlet at de stort sett utfylte hverandre, og var en støttet for hverandre når den ene var lei seg og følelsesmessig veldig berørt. De fant en balanse mellom emosjonell og problemfokustert håndtering i dette følelsesmessige kaoset. Denne balansen og forståelsen ble bygget på tidligere erfaringer og ressurser de hadde fra tiden før de ble foreldre, fortalte de. Mødrene og fedrene formidlet at de hjalp hverandre til å sette tydelige grenser i forhold til besøk og påvirkning utenifra, og ga hverandre støtte på de avgjørelsene som de var kommet fremtil. To av foreldreparene fortalte at når de som par hadde forskjellige reaksjoner og til tider var uenige, kunne det oppleves vanskelig. Disse reaksjonene var noe de satte til siden, da fokus på barnets tilstand kom først. Det var først i ettertid de så at dette kanskje var reaksjoner som de ubevisst satte til siden og ikke forstod, da de var midt oppe i den tøffe tiden.

Særlig fedrene uttrykte at de satte sine egne følelser til siden for å støtte mor.

En far sa det slik; *”Jeg synes det dreide seg om mor, jeg følte at jeg satte meg selv litt på siden og måtte ta mine egne følelser senere. Jeg følte at det var mest om å gjøre for meg å bare være der å støtte”*.

Mor og far beskytter barnet fra omverdenen

Alle foreldrene formidlet at de hadde en uro i forhold til om barnet skulle bli smittet av infeksjon og bli syk. Mødrene var mest tydelig på disse utsagnene, men fikk støtte av fedrene som hjalp til å sette grenser. De tok sine forhåndsregler med hvem som fikk komme på besøk, hvem som fikk lov til å ha nærkontakt med barnet. De var nøye på hvor de ferdes ute med det lille barnet etter at de kom hjem. Å gå på helsestasjonen de dagene det var skoleungdom der eller å gå på et kjøpesenter med mye folk, var noe de vegret seg for. De uttrykte også viktigheten av å skjerme og isolere seg som familie i den første tiden hjemme, både for å beskytte barnet mot smitte og ytre stimuli, men også for å finne en rytme og utvikle en ny familiestruktur.

Dette sitatet formidler flere av foreldrenes uttrykk;

”Så sier folk, dere må passe på at dere ikke overbeskytter barnet, men det er jo ting vi har fått beskjed om at vi må ta hensyn til, som ikke andre trenger å ta hensyn til når barnet er helt frisk. Men når barnet har nedsatt immunforsvar så må du være litt mer påpasselig med ting. Det er ikke alle utenifra som skjønner at de premature trenger det.”

4.2.3 Følelsesmessig støtte

Å bli møtt på det følelsesmessige plan var en viktig faktor som fremmet foreldrenes mulighet til å håndtere de vanskelige situasjonene de møtte i tiden etter at barnet var født. De formidlet at dette i varierende grad var ivaretatt av helsepersonell og nærmeste familie, og at foreldrefellesskapet med de andre foreldrene på nyfødt intensiv var den sterkeste støtten.

Støtte fra foreldrefellesskap

Det foreldrefellesskapet de fikk med andre foreldre på nyfødt intensiv avdelingen opplevdes helt spesielt. De opplevde å få en støtte på egen opplevelse og forståelse for de tøffe situasjonene de var i. Mødrene gav uttrykk for at tiden på nyfødt intensiv opplevdes som ”et vakuum” og det ble mye venting og mange stunder med usikkerhet og uro. ”Du går i en ”boble” var det flere av foreldrene som sa, og de følte at alt annet utenfor avdelingen var uvesentlig. En mor fortalte at det alltid var en annen mamma som satt på foreldrestuen og som hun kunne snakke med; ”... ja når du kom fra legesamtale så visste du at det satt noen andre på foreldrerommet, som du kunne snakke med og tømme deg for liksom...”

Foreldrene utvekslet erfaringer, og de fikk hjelp og råd fra de andre foreldrene som hadde vært der lenger enn dem selv. Spesielt mødrene formidlet at det var et sted de kunne gråte uten å måtte forklare noe mer, fordi de andre mødrene forsto. Foreldrene gav også uttrykk for at det var viktig med den sosiale støtten foreldrene gav hverandre. De fant et foreldrefellesskap som gjorde det mulig å luften sine tanker og få støtte på vanskelige følelser, og samtidig ha et sosialt fellesskap rundt måltider og hviletid på kveldene. Fedrene var enige i at denne støtten var viktig, men at det først og fremst var mødrene som uttrykte betydningen av dette, spesielt på dagtid siden de var på sykehuset hele tiden.

Alle fedrene i studien hadde begynt å jobbe i den stabile fasen. Slik fikk de sosial omgang med kolleger, venner og familie på en annen måte enn mødrene.

Støtte fra nærmeste familie

Funn viser ulike synspunkter på hva den nærmeste familien kunne bidra med og hva foreldrene ønsket at familien skulle delta i. Her var det forskjeller mellom familiene. En far sa at barnets mormor var helt avgjørende for hvordan de kom seg gjennom den første akutte fasen, fordi hans kone fikk god støtte av sin egen mor. Et annet foreldrepar hadde en annen erfaring. Far synes han fikk god støtte av sin egen mor, mens barnets mor synes dette ble for mye involvering fra svigermors side. Samtidig formidlet alle foreldrene at de holdt den nærmeste familien litt på avstand spesielt i den akutte fasen, fordi det ble for mye følelser og redsel fra de andre familiemedlemmene. Foreldrene gav uttrykk for at de hadde mer enn nok med å håndtere sine egne opplevelser og følelser. Slik beskyttet de seg selv mot for mange reaksjoner og følelser utenifra, og klarte på den måten å håndtere situasjonen.

En far sa det slik; *”..vi holdt de vel egentlig unna. Siden vi ikke visste hvordan det kunne gå med barnet, også synes vi det var tøft at de sa gratulere å sånn ...hvert fall i begynnelsen når det var mest prekært. Ja så kunne vi ta kontakt når vi følte for det etter hvert.”*

Støtte fra sykepleier og lege

Både mødrene og fedrene formidler at den følelsesmessige støtten de fikk av sykepleierne var vesentlig for at de opplevde trygghet og forutsigbarhet. Primærgruppene og primærkontaktene ble trukket frem som viktige elementer som bidro til kontinuitet. Det fremmet et tillitsforhold som gav foreldrene muligheter til å slappe av og fokusere på barnet sitt. Når de visste at pleierne kjente barnet, familiens behov og de ulike problemstillingene de sto overfor, gav det trygghet.

En av mødrene beskrev det slik; *”.....Ja du knytter deg veldig (til sykepleierne). Det er sikkert ikke så viktig for de som jobber der, men når du er der såpass lenge og har barn der, finner du noen trygghetspersoner som du klamrer deg veldig fast til..... Du opplever de veldig trygge og sikre, og de kjenner barnet ditt godt og som du føler du kan prate mye med. Det betyr utrolig mye fordi når du er oppi noe sånt... for det er ganske tøft altså...”*

Det at pleierne også kunne snakke om dagligdagse ting når de var i avdelingen, opplevde foreldrene som viktig for å kunne slappe av. De fikk et pusterom fra sine egne bekymringer og tanker rundt barnet og situasjonen de var oppe i.

Legenes faktainformasjon og deres evne til positiv fremstilling av behandlingen og situasjonen tiltross for alvorlighetsgraden hos barnet, skapte tillit hos foreldrene.

Fedrene forholdet seg mer til faktainformasjonen som ble gitt om barnet og behandlingen enn mødrene, og formidlet en stor tiltro til legenes ekspertise.

En far formidlet det slik;

”... hvis de kom tre stykker og tok en undersøkelse så fortalte de hva de gjorde og hvorfor og hva resultatet var med engang slik at du ikke måtte gå og vente i timesvis og lurte på hva som hadde skjedd. Da slapp du å gå og vente, det verste som kan skje er å ikke vite..”

Her uttrykte mødrene mer ambivalente følelser i forhold til støtten fra legene. De uttrykte behov for å få en følelsesmessig støtte og forståelse for egne tanker og følelser rundt opplevelsen av fødselen og den akutte fasen. Dette gikk spesielt ut på ”å bli møtt” som barselkvinne i en sårbar fase. En mor fortalte hun opplevde at legen ikke forsto hvordan hun egentlig hadde det og hva som opptok hennes tanker.

En annen mor uttrykte det slik; *” jeg synes det er best med sykepleiere, legene dem fikk du ikke det forholdet til, de gikk jo bare visitt og runder og så fikk du ikke snakket sånn med de. Men sykepleierne fikk du liksom snakket mye mer med...”*

Støtte fra helsevesenet etter hjemkomsten

Alle foreldrene formidlet at de opplevde god støtte fra nyfødt intensivavdelingen etter at de hadde reist hjem. De uttrykte at det gav dem trygghet å kunne ringe til avdelingen når som helst de første to månedene etter hjemkomst. Alle familiene hadde benyttet seg av dette tilbudet. Det var ulike opplevelser hos foreldrene når det gjaldt oppfølgingen fra helsestasjonen. Tre av familiene gav uttrykk for utrygghet i møte med helsesøster. Årsaken var at helsesøstrene generelt virket usikre på oppfølgingen av et prematurt barn, og at foreldrene følte seg som eksperten.

Dette var noe de også fikk bekreftet fra helsesøstrene, som selv fortalte foreldrene at de ikke hadde nok kompetanse på området rundt det premature barnet. En av familiene var veldig fornøyd med oppfølgingen de fikk fra helsestasjonen, og fortalte at deres helsesøster fulgt de tett opp. Samtidig formidlet alle foreldrene at de opplevde at fagkunnskapen hos helsesøster rundt det spesielle med det premature barnet var mangelfull. Alle foreldrene uttrykte at de selv kontaktet sykehuset når det dukket opp spesielle spørsmål eller problemer rundt barnet, fordi de ikke følte seg trygge på at helsesøster kunne hjelpe dem.

En far sa det slik;

... ”ja helsesøster har sagt det selv til oss, at i forhold til prematurt barn har de lite erfaring.. også sier de.. hva sier de på sykehuset? Da kan vi like gjerne ringe dit selv..... vi som foreldre kan i hvert fall like mye som helsesøster på den biten, om premature ,men det er jo klart at de har erfaring på andre ting da.”

Oppsummering:

Utviklingen av foreldrerollen beskriver foreldrene både som et resultat av sine egne ressurser og fra den hjelpen og støtten de hentet fra andre foreldre og helsepersonalet. De tidligere erfaringene og den nye kunnskapen foreldrene fikk underveis i prosessen, omtaler de også som viktige komponenter i utviklingen av foreldrerollen. De følelsesmessige faktorene de opplevde var med på å prege deres tilværelse og håndtering av den første tiden på nyfødt intensiv. Utviklingen av foreldrerollen bestod i at de etter hvert utviklet trygghet og selvstendighet i forhold til stell og omsorg for barnet sitt gjennom foreldreveiledningen og den følelsesmessige støtten de fikk på sykehuset. Dermed følte de seg mer kompetente til å håndtere situasjonen. I denne studiens analysearbeid kan det sees en tendens som peker i retning av en foreløpig kjernekategori identifisert av de tre hovedkategorier, og som så langt kan betegnes som, *Fra følelseskaos til å mestre foreldrerollen*. Dette kan anses å være en spire til å utvikle en teori rundt dette fenomenet.

5.0 Diskusjon av undersøkelsens funn

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, struktureres diskusjonen av funn i forhold til de to følgende forskningsspørsmålene. Likheter og ulikheter i foreldrenes opplevelse av utviklingsprosessen de gjennomgikk, fra fødsel til hjemreise, diskuteres i forhold til forskningsspørsmål 1 opp mot relevant forskning. Deretter drøfter jeg det jeg anser som hovedfunnene relatert til forskningsspørsmål 2, der hovedkategoriene belyser faktorer som hadde betydning for mestring i foreldrerollen.

5.1 Hvordan opplever foreldre å få et for tidlig født barn?

Foreldrenes fortellinger uttrykker forskjeller mellom mødrenes og fedrenes følelser og reaksjoner, og måten de håndterer situasjonene på. Tiltross for at de opplever den første tiden som følelsesmessig vanskelig, forteller de at de handler aktivt, både for å oppnå deltakelse og medvirkning i omsorgen til barnet, og for ivaretagelse av seg selv og partneren. Forskjellene fremkommer særlig når foreldrenes opplevelser og mestring plasseres i et tidsperspektiv bestående av fire fasene, slik dette fremgår av fig.1, kap.4.1.

Uventet fødsel og akuttfasen - Uvissheten

Jeg anser følelsen *uvisshet* som betegnende for følelsene foreldrene beskriver i den første fasen. Funnene viser at følelsene utrygghet, redsel, opplevelse av stress og kaos, ambivalens og avmakt, uttrykkes og gjør seg spesielt gjeldene i den første tiden etter fødselen. Dette samsvarer med andre studier om dokumenterte reaksjoner hos foreldre ved en prematur fødsel (Jackson et al., 2003, Singer et al., 1999, Doering et al., 1999, Hall, 2005). Denne uvissheten manifesterer seg forskjellig hos mødrene og fedrene da de reagerer ulikt, og ut i fra det handler og håndterer situasjonene forskjellig. Et eksempel på ulike reaksjoner hos foreldrene i denne fasen er, mor som gråter og viser følelser – far holder igjen egne følelser og uttrykker følelsen av å stå på sidelinjen. (Fig 1). Fedrene uttrykker at de håndterte situasjonen mer handlingsfokusert enn mødrene.

Denne forskjellen mellom kjønn kan på den ene siden tolkes som utfordrene. Det kan skape et spenningsforhold mellom foreldrene, da de opplever å være på forskjellig ståsted følelsesmessig. På den andre siden kan de forskjellige reaksjonene være en hjelp og støtte til hverandre som par. Dette kan tolkes slik, at gjennom støtten de gir hverandre styrkes parforholdet og dermed kan det bidra til at de individuelt føler seg sterkere i foreldrerollen. Foreldrene i studien uttrykte at når de reagerte følelsesmessig på forskjellig tidspunkt, var det viktig at de forsto hverandres reaksjonsmønster. Slik kunne de støtte hverandre i situasjonene. Det synes som at foreldrene former sin egen forståelse av hva det innebærer å få et fortidlig født barn ut i fra sitt eget ståsted og sine behov. Dette er i tråd med hva Feeley og hennes kolleger(2007) og Stjernqvist (1992) fant i sine studier om foreldre til premature barns like og ulike reaksjoner det første leveåret etter fødselen.

I en studie med gjennomgang av litteratur rundt dette tema, antyder en forskjell bestående i at menn handler ut fra å minimalisere sine følelsesmessige uttrykk i en krise og prøver å finne handlingsorienterte aktiviteter (Affleck and Tennen, 1991). Kvinner bruker mer emosjonell fokus i sin mestring. Jeg anser at Affeck og Tennens funn i stor grad samsvarer med funn i min studie om forskjellighet mellom kjønn, og deres ulike måter å håndtere stressfulle situasjoner på.

Den stabile fasen – Å gjenvinne kontroll

Å gjenvinne kontroll, fremstår som en sentral følelse i studiens funn og som jeg anser som betegnende for den andre fasen. Spenningsnivået hos foreldrene synker litt etter litt i takt med at barnets helsetilstand bedres. De forteller at de begynner å utvikle foreldrerollen. Begge foreldrene orienterer seg nå mot problemene som situasjonen har medført og de søker å finne løsninger på disse. I den stabile fasen beskriver foreldrene at de deltar mer aktivt i det daglige stell og omsorgen til barnet. Dette finner jeg igjen i flere studier som påpeker at både mødre og fedrene deltar mer aktivt i omsorgen til barnet etter akutfasen. (Sullivan, 1999, Harrison and Magill-Evans, 1996).

I likhet med funn hos (Pohlman, 2005), uttrykte fedrene i min studie at det er viktig for dem å være i jobb og opprettholde hverdagen og livet utenfor sykehuset. Samtidig ønsker de å være en deltaker og støtte for barn og mor. Man kan stille spørsmål om hvorfor det utvikler seg slik.

Denne ”normaliseringen” av situasjonen som fedrene uttrykker kan tolkes som en mestringsstrategi for å opprettholde kontrollen over familiefunksjonen.

Det kan ansees slik, at når far holder fokus på det ”normale”, hjelper det mor til å flytte fokus fra sine følelsemessige utfordringer, til å fokusere på deltakelse i omsorgen for barnet. Jackson (2003) og hennes kolleger fant at foreldrenes forskjellighet i mestringen sannsynligvis relaterte seg til kulturelle verdigrunnlag og forventninger rundt foreldrerollen, sett fra et kvinne - og manns perspektiv. Dette kan slik sees å være en faktor for valgene foreldrene tar og de begrunnelsene de søker å legge til grunn for sine handlinger.

Hjemreisen - Normalisering

Foreldrene fortalte at hjemreisen fra sykehuset var en stor overgang for dem. Forskning viser at overgang til hjemmet innebærer at foreldrene må ta hele ansvaret for den lille barnet, og at de blir stilt overfor nye krav i foreldrerollen (Karterud, 2000, Broedsgaard and Wagner, 2005, Lasby et al., 2004). Funn i min studie indikerer at foreldrene strevde med overgangen, fra den beskyttede situasjonen med det lille premature barnet på sykehuset, til *normalisering* mot det friske ”fullbårne barnet” de reiste hjem med. Dette står som et sentralt funn i denne tredje fasen. Foreldrene uttrykte ambivalente følelser i å stole på seg selv som foreldre. Å ha tro på at dette kom til å gå bra, samtidig som redselen for at det skulle skje noe med det lille barnet etter at de kom hjem, var tilstede. Det var spesielt mødrene som uttrykte denne uroen. Disse reaksjonene samsvarer med funn i andre studier. (Jackson et al., 2003, Singer et al., 1999, Miles et al., 1999).

Funn i min studie antyder at foreldrene blir utsatt for belastninger når de opplever at familie, venner, andre småbarnsforeldre og helsestasjonens personell ikke forstår deres bekymring og hva de strever med. Foreldrene fortalte om opplevelser der disse omgivelsene hadde forventninger om at familien skulle opptre innenfor det ”normale” etter hjemkomsten med et nyfødt barn, mens foreldrene selv hadde mer en nok med ”å holde hode over vann”. Man kan jo undre seg over om denne usikkerheten og belastningen skapes ved at helsepersonell sender urealistiske forventninger til foreldrene når de skal reise hjem med barnet. Kan det tenkes at den beskyttede og profesjonelle atmosfære foreldrene opplever når de er på nyfødt intensiv bidrar til at foreldrene i større grad ikke stoler på seg selv. Eller er det slik at denne redselen og usikkerheten er innenfor det som er normalt å forvente av foreldre når de for første gang kommer hjem med et lite barn fra sykehuset.

Siden det er flere uker siden barnet ble født, kan det å tenkes at både foreldrene selv og omgivelsene har forventninger om at de står sterkere ”rustet” til å takle overgangen til hjemmet, enn om barnet bare var noen dager gammelt.

Stjernqvist (1992) fant i sin studie av foreldre til premature barn, at mødrene var mer følelsesberørte enn fedrene. Dette gjaldt også i forhold til begge foreldrene i kontrollgruppen av foreldre til fullbårne barn. På grunn av reaksjonene mødrene hadde fant forfatteren at parforholdet ble utfordret. Men hvis fedrene forstod hvorfor disse reaksjonene kom, og gav støtte til sine partnere, var det en viktig psykologisk hjelp til mødrene (Stjernqvist, 1992). I min studie fremkommer beskrivelser som samsvarer med denne forskningen.

Her og nå – Tilbake til hverdagen

Ved intervjudtidspunktet står opplevelsen av å komme *tilbake til hverdagen* sentralt, og i fase fire beskrives her og nå situasjonen. Foreldrene snakket generelt mindre om opplevelsene i denne fasen under intervjuet. Funnene viser fortsatt forskjell mellom fedrenes og mødrenes reaksjoner og følelser, men forskjellen har blitt mindre. Fedrene er mer delaktige i stell og omsorg til barnet når de er hjemme. De opplever en sterkere farsfølelse og et par fedre uttrykte at ”det er nå det begynner”. Fedrene formidlet også at å leke med og få respons fra barnet når de kom hjem fra jobb, var en viktig faktor for deres opplevelse av seg selv i farsrollen. Lignende funn sees i en studie som har sett på utviklingen av far -barn tilknytning hos fedre til premature barn (Sullivan, 1999). Fedrene i min studie uttrykte at familiesituasjonen nå hadde normalisert seg, og at de opplevde at barnet var som alle andre små nyfødte. Dette samsvarer med funn hos Jackson (2003) og kolleger.

Mødrene formidlet å være opptatt av å skape rutiner i forhold til barnets behov for mat og stell. Å gi barnet den omsorgen det trenger for å være en ”god mor”, betydde mye for dem. Mødrene uttrykte mer glede over å være småbarnsmor nå, men de var fortsatt bekymret for barnets helse, spesielt infeksjonsfare og lavt immunforsvar. De ga uttrykk for at de var mer overbeskyttende overfor barnet enn fedrene. Dette funnet sammenfaller også med hva Jackson (2003) og kolleger fant i studien sin, som beskriver at mødrene følte seg usikre i morsrollen og at de følte seg veldig overbeskyttende overfor barnet som nå var ved 3.måneder korrigert alder.

Disse ulike reaksjonene viser at mødrene og fedrene har forskjellige roller overfor barnet. En forklaring på fedrenes ”normalisering” kan være at fedrene er i jobb og kommer hjem med ”nye krefter” til å ta seg av barnet og dermed opplever barnet sitt annerledes enn mødrene. Mødrene som er mye sammen med barnet i denne perioden og opplever til tider en krevende situasjon med å tilfredsstille et lite barns behov, ”taper derimot krefter”. Det er en kjensgjerning at et lite spedbarn krever mye av sine omsorgspersoner og at denne opplevelsen av høye krav til tider kan være større enn foreldre føler å kunne tilfredsstille. Mødrene i min studie ”strevde med” å imøtekomme det lille barnets behov i forhold til mat, søvn og oppmerksomhet, samtidig som hennes behov for følelsesmessig tilknytning til barnet hadde vært utsatt for utfordringer under tiden på nyfødt intensiv. Dette kan ansees som faktorer som spiller en rolle når mødrene opplever at de er mer overbeskyttende og redde enn fedrene, og som gjør dem usikre i morsrollen. Dette sammenfaller i en viss grad med det Helseth (1999) fant i sin studie om mødrenes og fedrenes ulike roller og opplevelser i omsorgen til barn med kolikk.

5.2 Mestringsens vilkår

Gjennom analyse av intervjuene fremkom det tre hovedkategorier, *nærhet til barnet*, *behov for beskyttelse* og betydningen av *følelsesmessig støtte*, vist i fig. 2, kap. 4.1. Her belyses faktorer som foreldrene beskrev som betydningsfulle i opplevelsen av å mestre foreldrerollen. Sett i et mestringsperspektiv anser jeg det viktig å belyse spesielt funn som gjør seg gjeldene i den tidlige kritiske fasen, da dette tidspunktet var sterk fremme hos foreldrene når de beskrev sin mestring i foreldrerollen, Denne avgrensningen gjøres med grunnlag i at forskning indikerer at mestringsstrategier som gjør seg gjeldene i de første kritiske faser kan fremme mestring i senere faser (Antonovsky, 1991). I diskusjonen har jeg valgt å se de tre hovedkategoriene som har fremkommet i lys av Antonovskys (1991) mestringssteori. Funnene i studien holdes opp mot de tre begrepene, *meningsfullhet*, *forståelighet* og *håndterbarhet*, som Antonovsky påpeker er viktige komponenter for mestringsens vilkår.

Hvilke faktorer beskriver foreldrene som betydningsfulle for egen mestring i foreldrerollen?

Data i min studie viser at mødrene og fedrene beskriver forskjellige reaksjoner og handlinger gjennom hele forløpet fra fødselen og frem til intervjuetidspunktet, slik det fremgår under kap. 5.1. Jeg anser observasjon av denne forskjellen som et viktig forhold og en innsikt å vektlegge i diskusjonene av mødres og fedres mestringsstrategier.

Betydningen av Nærhet til barnet

For foreldre som har fått et prematurt barn, utgjør og skaper barnet i seg selv og dets kamp for livet, en meningsfull drivkraft for foreldrene i den krevende situasjonen de er i. Således kan det se ut som om drivkraften styrker foreldrenes mulighet til å opprettholde håpet og motivasjon til ”å holde ut” i tiden de beskriver som følelsesmessig utfordrende. Antonovsky (1991) hevder at meningsfullhet har en sterk følelsesmessig verdi i menneskets liv. Foreldrene uttrykte at tidlig kontakt og nærhet med barnet hadde stor betydning for deres opplevelse av å være foreldre. Noen av de faktorene foreldrene i studien fremhevet som sentrale var barnets helsetilstand, deres deltakelse i stell og omsorg, hud mot hud kontakt med barnet, og respons fra barnet i form av øyekontakt og tilfredshet. Opplevelsen av at dette er ”mitt barn” styrket både mors - og farsfølelsen, fortalte foreldrene. Spesielt mødrene uttrykte at dette var en viktig faktor for dem i den første fasen etter fødselen. De forhold og beskrivelser som fremkommer her anser jeg dermed som gode uttrykk for meningsfullhet, slik Antonovsky (1991) beskriver det. Mennesker som opplever sterk meningsfullhet vil sannsynligvis skaffe seg både kunnskap og ressurser for å løse oppgaven de står overfor (ibid).

Et konkret vitnesbyrd om meningsfullhet er beskrivelsen av en gryende morsfølelse, en mors opplevelse av nærhet til barnet, når barnet ligger i kuvøse. Denne følelseskomponenten manifesterte seg i ”Luktekluten” (se utdyping av dette funnet pkt. 4.1.s.23). Mor uttrykte, at gjennom denne handlingen følte hun seg betydningsfull som mor. Hun følte en nærhet til barnet selv om hun ikke kunne holde barnet inntil seg, og hun opplevde å gjøre noe aktivt i omsorgen. Moren beskriver sine indre tanker om det som var meningsfylt for henne og hvordan hun håndterte atskillelsen fra barnet som måtte ligge i kuvøsen.

Dette eksempel anser jeg å beskrive individets indre tro på seg selv, ”dette klarer jeg”, som Bandura (1999) påpeker er en viktig faktor for hvordan individet mestrer. Morens uttalelser samsvarer med det Antonovsky (1991) hevder er viktig når noe oppleves som meningsfylt. Mening utgjør en motiverende faktor som bygger opp under og frigjør ressurser hos individet, og skaper mulighet for håndtering.

Mødrene og fedrene uttrykte ulike opplevelser når de omtalte betydningen av nærhet til barnet. Fedrene i studien beskrev at de opplevde nærhet til barnet, da barnet ble tatt ut av kuvøsen og lagt på brystkassen deres. Tiltross for dette snakket fedrene om at farsfølelsen først kom på alvor da de fikk respons fra barnet, gjerne med et smil eller at de følte at barnet kjente dem igjen. Dette skjedde i følge fedrene, flere uker etter at de kom hjem, og utgjør dermed en betydelig tidsforskjell i opplevelsene sett i forhold til mødrene. Dette funnet samsvarer med funn i andre studier om fedres uttalelser om farsfølelsen (Sullivan, 1999, Gloppstad, 1995). Det var kun en far i min studie som sa at farsfølelsen kom tidlig, men at det var vanskelig å vise det. Således kan det tolkes som at nærhet til barnet har en stor betydning både for mødrenes og fedrenes opplevelse av mestring, selv om fedrene ikke forbinder den første opplevelsen av nærhet til barnet konkret med farsfølelsen.

Kategorien *nærhet til barnet* anser jeg å være en følelsemessig komponent som gir mening, først og fremst formidlet av mødrene i den første tiden. Nærkontakt med barnet kan arte seg på forskjellige måter og det er således hva kvinnen selv legger i opplevelsen av nærhet, som får en betydning for hennes mestring. Dette kompletterer innsikter som Gloppstad (1983) beskriver i sin studie, der mødrene uttrykte en gryende morsfølelse når de fikk holde barnet sitt for første gang. Hennes studie viser at mødre har et emosjonelt behov for nærkontakt med barnet rett etter fødselen og at behovet vil vedvare og være udekket så lenge mødrene må vente på denne opplevelsen. Hun påpeker således at ved atskillelse fra barnet, kan kvinnen få mindre følelse av rolleidentitet, morsfølelse (Gloppstad, 1983). Dette tolker jeg dit hen at en truet rolleidentitet reduserer troen på egen mestring hos mødrene.

Det er interessant i klinisk sammenheng å rette oppmerksomheten mot de tildels betydelige tidsforskjeller mellom når mødre og fedre uttrykker at de opplever mors- og farsfølelsene. Man bør således se på hva de uttrykker som viktige faktorer for at de skal oppleve disse følelsene. Sett i et mestringsperspektiv er det interessant å se på hva fedrene i studien sa skapte meningsfullhet for dem i den første tiden etter fødselen, når farsfølelsen ikke var kjennbar. I intervjuene uttrykte fedrene et behov for å beskytte mødre. Fedrene uttrykte at de tok en rolle som ”beskytter og budbringer” overfor mødre rett etter fødselen, da mødre var atskilt fra barnet sitt. Dette funnet blir belyst og diskutert under kategorien behov for beskyttelse.

Betydningen av behov for beskyttelse

I prosessen fra fødsel og frem til hjemreisen, uttrykker begge foreldrene i studien behov for å beskytte seg selv, hverandre og barnet på forskjellige måter. Det fremkommer at foreldrenes behov for egen beskyttelse i form av ulike tilpassningsmekanismer kommer sterkest frem i den akutte fasen. Det var spesielt fedrene som fremhevet tilpassningsstrategier de tok i bruk. I likhet med mødre kom fedrene i en helt ny og uforberedt situasjon da den for tidlige fødselen var et faktum. Som det fremkommer under drøftingen av nærhet til barnet og hva som skaper meningsfullhet, uttrykte fedrene at de tok en rolle for å beskytte mødre og barnet i den akutte fasen. De innhentet informasjon fra legene og sykepleierne, og dannet seg et bilde om barnets tilstand som de kunne formidle til mødre. Situasjonen ble mer forståelig og håndterbar for begge foreldrene. Fedrene vandret mellom nyfødttintensiv avdelingen der barnet var og fødeavdelingen der mor fremdeles lå. Det hjalp dem til å ha en viss kontroll over situasjonen ved å være informasjonsbærer til mødre. Slik kan dette sees som det første tegnet på det Antonovsky (1991) beskriver som håndterbarhet av en stressfull situasjon.

Det ser ut til at fedrene skapte en struktur i situasjonen gjennom sine handlinger, ”å gjøre noe”. Dette øker igjen opplevelsen av meningsfullhet. Det var meningsfylt å gjøre dette for fedrene og det skapte en motivasjon, nemlig å ivareta mor og barn. Dette funnet kan anses å være i tråd med Antonovskys (1991) fremstilling av at motivasjon og opplevelse av håndterbarhet gjennom handling, skaper opplevelse av meningsfullhet.

Med grunnlag i Lazarus og Folkman`s syn (1984) kan det synes som fedrene bruker problemfokusert mestring i den akutte fasen i motsetning til mødrene. Fedrene tok aktivt del i både å søke og gi informasjon til mødrene, og utveksler ny viten med helsepersonalet. Det kan således tolkes slik at denne opplevelsen av å være til hjelp bidro til at de opplevde seg selv som nyttige, at det ga dem mening. De håndterte situasjonen lettere når oppgaven var konkret og forståelig. Fedrene forsøkte å sette egne følelser på vent og få kontroll med dem, for å kunne handle i den kritiske situasjonen de stod overfor. Antonovsky(1991) hevder at gjennom bruk av individuelle mestringsressurer finner individet de nødvendige svar og kan dermed reagere på den uforutsette hendelsen. Dette forhold synes å være betegnede for de refererte funn.

Mødrene snakket i større grad om sin bekymring for barnets ve og vel og mindre om bekymring for hvordan fedrene hadde det. Dette behøver ikke å bety at de ikke brydde seg om fedrenes opplevelser og reaksjoner. Både mødrene og fedrene uttrykte behov for å beskytte hverandre som par og de fortalte at de i mer eller mindre grad utfylte hverandre i de situasjonene som oppsto. Det kan tolkes som at mødrene hadde fokus på å mestre sine egne sterke følelsemessige reaksjoner. Samtidig som de hadde et sterkt ønske om å være hos barnet sitt og gi omsorg. I denne situasjonen synes det som mødrene utsettes for sterke følelsemessige belastninger som overskrider deres mulighet for å gi omsorg til partneren. Andre studier viser at foreldrene finner god støtte hos partneren sin, men det er først og fremst mor som får støtte av far (Lee et al., 2005, Feeley et al., 2007, Helseth, 1999).

Helseth (1999) har i sin doktoravhandling undersøkt foreldres opplevelser når de har et spedbarn med kolikk. Hun fant tilsvarende ulikheter mellom mødres og fedres omsorg for hverandre når de står i en krevende situasjon der barnets helse og velvære står på spill. Jeg anser det sannsynlig at denne ulikheten mellom mødre og fedres evne til å ivareta hverandre, blir ytterligere forsterket når en kritisk situasjon oppstår, jamfør foreldre til premature barns opplevelser i den akutte fasen. Mødrenes sterke følelsemessige reaksjoner og hvordan de fokuserer på barnet sitt anser jeg å være følelsesfokusert mestring som trer i kraft ved uventede overveldende situasjoner. Dette er i tråd med Lazarus og Folkmans (1984) beskrivelse av at individet ofte bruker følelsesfokusert mestring i den første mest belastende fasen, mens problemfokusert mestring brukes mer når den kraftige følelsemessige reaksjonen har avtatt.

Flere av fedrene fortalte at det var først når situasjonen roet seg at de reflekterte over sine egne følelser og reaksjoner rundt opplevelsen av den for tidlige fødselen og det lille barnet. Dette funnet kan tolkes dit hen, at når fedrene setter egne følelser på vent, bevisst eller ubevisst, kan de være mer handlingsorienterte i sin mestring i den kritiske fasen. Dette anser jeg samsvarer med det Lazarus og Folkman beskriver om følelsesfokustert mestring der individet bruker kognitive prosesser for å minske følelsesmessig stress. Individet bruker blant annet positive sammenligninger som innebærer å endre negative hendelser til positive uttalelser i situasjonen (Lazarus and Folkman, 1984). Dette kan synes å fremstå som en nødvendig mestringsstrategi, for å holde de sterke følelsesmessige utfordringene under kontroll. Her forbinder jeg følelsesfokustert mestring med å skape håndterbarhet i en kritisk situasjon. Elementer i Lazarus og Folkmans (1984) og Antonovskys (1991) mestrings-modeller synes i noen grad å sammenfalle på dette punktet. Kategorien behov for beskyttelse og tilhørende underliggende beskrivelser fra mødrene og fedrene synes dermed å være styrket i betydningen av å være mestringsstrategier.

Betydningen av følelsesmessig støtte

Funn i studien viste at foreldrene inkluderte andre personer når egne ressurser ikke strakk til. Den viktigste støtten fikk de fra andre foreldre som hadde noen av de samme opplevelsene på nyfødt intensiv. Opplevelsen av å få følelsesmessig støtte når barnet var på sykehuset beskrev foreldrene som en viktig faktor i sin håndtering av situasjonen. Antonovsky (1991) fremholder at håndterbarhet handler om å innhente ressurser som er tilgjengelige. Dette fremstilles som styrken i individets generelle mestringsressurser. Når foreldrene kunne nyttegjøre seg støtte, råd og veiledning fra andre foreldre, og fra helsepersonell og familie, skapte dette håndterbarhet. Denne spesifikke følelsesmessige støtten kan tolkes å være en styrke for foreldrene, for å klare å bedømme og forstå situasjonen de står i

Foreldrenes beskrivelser slik de fremstår her er spesielt interessant sett i et helsefremmende perspektiv. Den sosiale støtten utenom de tidspunktene hvor barnet ble stelt, var et viktig bidrag som påvirket mestringsstrategiene deres. Dette foreldrefellesskapet oppstod i et samspill mellom dem, helt uformelt og fritt. Den følelsesmessige støtten hadde særlig betydning for mødrenes forståelse av egne reaksjoner som skyldfølelse, redsel og de belastningene det var å være atskilt fra barnet sitt.

Utvikling av ressurser, fra å håndtere følelser rundt stress og kaos til å oppleve tillit og trygghet, kan i følge Antonovsky(1991) hentes gjennom støtte fra betydningsfulle nære personer. I forebyggende og helsefremmende arbeid er kartlegging av nærmeste familie og individets nettverk av betydningsfulle medmennesker et viktig element i tiltakene for å styrke individets ressurser og optimalisere mulighetene for mestring (Helsedepartementet, 1998). I den kliniske hverdagen blir ofte besteforeldre, foredrenes søsken og nære venner tolket som personens betydningsfulle støttespillere og dermed anset som nødvendige personer å inkludere i omsorgen til foreldrene. Foreliggende funn indikerer imidlertid at relasjonen til andre foreldre i samme situasjon, gir et større bidrag til følelsesmessig støtte. I følge Antonovsky (1991) betyr meningsfullhet også at man har en opplevelse av å være delaktig i det som skjer. Således kan foreldrenes opplevelse av god støtte fra andre foreldre og samholdet med dem, skape meningsfullhet. En slik forståelse finner jeg og støtte for i en undersøkelse om kreftpasienters positive opplevelse av å møte medpasienter. (Isaksen and Gjengdal, 2000).

I tillegg til den følelsesmessige støtten foreldrene beskrev som betydningsfull, uttrykte de generell tiltro til helsepersonalets profesjonalitet. Det var imidlertid ulike reaksjoner mellom mødre og fedre når det gjaldt tiltroen til helsepersonalets utøvelse av fagkunnskap. Det var særlig et skille i forhold til hvordan leger og sykepleiere møtte foreldrene følelsesmessig. Fedrene uttrykte at de stolte på legenes fagkunnskaper og ekspertise, og var fornøyd med den støtten det ga. Mødrene var mer ambivalente til legenes rolle. De formidlet ikke like stor tiltro til at det kom til å gå bra som fedrene, og uttrykte at det var sykepleierne, spesielt primærkontakten, som gav dem følelsesmessig støtte og omsorg i denne første fasen.

Tiltross for denne ulikheten fortalte både mødrene og fedrene at de støttet seg til den informasjonen og veiledningen de fikk av både leger og sykepleier på nyfødt intensiv avdelingen. Det som var viktig i møte med helsepersonalet i denne tiden, var at de følte en viss grad av trygghet og følte seg ”sett” av personalet. Når de opplevde slik støtte og forståelse kunne de ”slappe av” og fokusere på det positive rundt barnet sitt. Disse funn ligger nært opp til funn i andre studier som omtaler helsepersonellens fagkompetanse, omsorg og støtte i den akutte fasen som viktige faktorer for å håndtere den første kaotiske tiden (Holditch-Davis and Miles, 2000, Lau and Morse, 2001, Dyer, 2005).

Dette anser jeg å falle inn under det Antonovsky (1991) hevder som viktig i komponenten forståelighet, at det som inntreffer er forståelig og oppleves som ordnet, strukturert og tydelig. Det bidrar til en opplevelse av sammenheng og kontroll i situasjonen. Det kan tolkes som foreldrenes bruk av ulike tilnærminger og mestringsstrategier springer ut fra den forståelsesrammen de har i situasjonen de er oppe i, og derigjennom opplever meningsfullhet og håndterbarhet. Dette anses å være i tråd med både Lazarus og Folkman (1984) og Antonovsky (1991) når de hevder at komponentene i mestringsteoriene påvirker hverandre og må sees som viktige bidrag til å forstå helheten i menneskets mestring.

5.3 Diskusjon av metode

I det følgende kapittel vil jeg diskutere egen forskningsprosess i lys av teoretiske retningslinjer for gjennomføring av kvalitativ forskning. Denne studien er gjennomført med et kvalitativt forskningsdesign der dybdeintervju ble benyttet for å innhente data. Det var hensiktsmessig for å få foreldrenes egen historie. I studien ble det utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide med hovedtemaer som vi ønsket å berøre. Dette harmonerer med studiens intensjon om å få en økt forståelse og for å belyse fenomenet rundt foreldrenes egen opplevelse av og erfaringer i å mestre rollen som foreldre ved for tidlig fødsel. Funnene fra egen studie bygger på historier fra et lite utvalg foreldre. Da det var relativt få informanter, kan det ikke sies å ha oppnådd et metningspunkt i datamaterialet og analysen. Men studien tar opp viktige elementer fra foreldrenes historier og opplevelser som egner seg til å løftes frem og diskuteres. Slik kan forskning sette lys på fenomener gjennom flere perspektiver og stimulere til videre forskning.

Ved forskningsmessige motstridene funn bør man stille spørsmål om funnenes gyldighet. Ved et lite utvalg kan det foreligge skjevheter. Motstridende funn kan imidlertid være interessante da man kan tenke seg at dette er en spire til ny viten rundt et tema. Det kan derfor være viktig å følge opp slike motstridende funn med forskning på et større utvalg og ved å inkludere en kontrollgruppe og for å verifisere funnets gyldighet. Ved å diskutere egne funn opp mot annen forskning og teori kan gyldigheten styrkes (Kvale, 2006). Dersom funnene i studien er gjenkjennbare, når de for eksempel leses av foreldre eller helsepersonell som har erfaring med premature barn, kan det sies at funnene er generaliserbare i kvalitativ forstand.

Funn som oppleves anvendbare i den praktiske hverdagen for å forstå og mestre en krisesituasjon, kan også sies å ha en overføringsverdi. Generaliserbarheten øker ved likheter i utvalgene, men overførbarheten vil sannsynlig være tilstede selv om deler av studienes situasjoner ikke er identiske (Kvale, 2006).

I kvalitativ forskning er det viktig å vurdere hvordan forskerens forforståelse kan påvirke forskningsprosessen (Kvale, 2006). Min mangeårige arbeidserfaring som barnesykepleier innen dette fagfeltet aktualiserte initiativet til å gjøre denne studien. I teorien om Grounded Theory som metode anbefales det at forskeren har minst mulig forkunnskaper og forutinntatt fokus på feltet som undersøkes (Hartman, 2001). Det var utfordrende å møte dette ideelt i denne studien. Min erfaring, fagkunnskap og forforståelse kan slik sett prege forskningsprosessen og sett med mine "briller" stå i fare for å påvirke resultatene. Ut i fra problemstillingen og forskningsspørsmålene har denne studien hatt et forskningsanliggende der hovedfokuset har vært å få tak i foreldrenes egne opplevelser av hvordan de mestret situasjonen med å få et barn som er født for tidlig. Jeg har innledningsvis gjort rede for min erfaring og teoretisk ståsted for å sette leseren i stand til å vurdere hvordan dette kan ha påvirket studien.

I forskningssammenheng er intervjuerens rolle å få informanten til å fortelle sin historie så virkelighetsnær som mulig, slik informanten selv vurderer og opplever sin livsverden (Kvale, 2006). Forskeren i hovedstudien har lang erfaring som familieterapeut. Det kan således sies at med hennes erfaring i å skape en trygg atmosfære under samtaler og beviste holdning til informantens følsomhet for temaet, ble intervjusituasjonen tilrettelagt slik at foreldrene kunne bidra med sine historier. Min intervjuerfaring som masterstudent var begrenset, men min mangeårige erfaring som barnesykepleier i møte med foreldre kan sies å styrke min posisjon. Min rolle under intervjuene var å sitte litt tilbaketrukket og komme med oppfølgingsspørsmål underveis. Denne intervjusituasjonen kan på den ene siden anees å påvirke intervjuet da det er to fagpersoner tilstede, med fare for at foreldrene ikke våger å være åpne og kritiske. På den andre siden kan jeg som barnesykepleier fra nyfødt intensivavdelingen være en fagperson som skaper en forståelse og trygg ramme for temaene foreldrene berører under intervjuet. Slik kan det anees, at ved å være to forskere under intervjuet kan de utfylle hverandre og styrke studiens troverdighet (Malterud, 2003).

En svakhet i studien kan være at foreldrene ble intervjuet sammen. Det er dermed en risiko for at de individuelle historiene til mødrene og fedrene ble påvirket av hverandres fortelling. På den ene siden kan dette bidra til at de beskytter hverandre og seg selv ved å begrense utsagn og uttrykk, slik at historiene blir annerledes enn om de ble intervjuet hver for seg. For en mer og utfyllende pragmatisk forskning bør således foreldrene også intervjues separat slik at det individuelle fokuset kan bli tydeliggjort. På den andre siden kan nettopp det at de forteller sine historier i en slik setting, åpne opp for muligheter til å sette ord på opplevelser som tidligere har vært vanskelige å beskrive. Gjennom dialogen vokser en ny forståelse frem, og en ny virkelighet kan fremtre (Kvale, 2006). Alle foreldrene fortalte i stor grad sine historier med stort engasjement og tydelige følelsespreg som bidro til å berike fortellingene. Således kan dette tolkes som en styrke i studien.

Pålitelighet i en studie kan sikres ved at en annen forsker kan følge studiens hendelsesforløp og logikk i fremstillingene (Malterud, 2003). For å kunne etterprøve mine tolkninger av datamaterialet, analyserte forskeren for hovedstudien og jeg dataene hver for oss, for så å komme sammen og diskutere det vi hadde funnet. I hele denne prosessen hadde vi et tett samarbeid slik at vi fikk et tverrfaglig syn på datamaterialet. På den ene siden kan det sies at det sikret et mer nyansert og mangfoldig perspektiv på datamaterialet. På den andre siden kan nettopp et slik tett samarbeide påvirke mine tolkninger, analyser og fremstillinger. For å kunne kontrollere en slik mulig påvirkning, brukte vi videoopptakene av intervjuene, og gikk tilbake å så på non-verbal kommunikasjon, mimikk, stemninger og eventuelle misforståelser, med utgangspunkt i det transkriberte materialet. Således kan dette styrke påliteligheten i studien og analysestrategiens gyldighet (ibid).

Den kvalitative tilnærmingen for å innhente data og kunnskap om temaet og den valgte formuleringen av problemstillingen, anser jeg som en styrke for studiens relevans. Jeg har fått positive tilbakemeldinger fra kolleger på fagfeltet som uttrykte at studiens tema var spennende og nødvendig for kunnskapsutvikling i klinisk praksis. Det at studien i seg selv er en delstudie i en større forskningsstudie og at det er bevilget midler for gjennomføring, viser at studien har relevans i fagfeltet. En annen indikator på studiens relevans anser jeg å være foreldrenes motivasjon for deltakelse da de ønsket å bidra til mer kunnskap om foreldres opplevelser av å få et prematurt barn. De hadde selv savnet noe mer konkret informasjon å forholde seg til da de ble nybakte foreldre.

Når informantenes engasjement og berikende historier bidrar til ny kunnskap og viten om et fenomen, kan det sies å være en styrke i studien da det kvalitative forskningsintervjuet som metode kan bringe slik data (Kvale, 2006).

6.0 Avslutning

Funn i studien kan tyde på at det er en forskjell mellom mødres og fedres opplevelser når de får et for tidlig født barn. Mødrene og fedrene gjennomgikk en prosess fra opplevelser preget av stor usikkerhet til å oppleve økende trygghet i rollen som foreldre. Gjennom denne prosessen utviklet de ulike mestringsstrategier, både under oppholdet på nyfødt intensiv og den første tiden hjemme.

Det var særlig tre kategorier som viste seg betydningsfulle for foreldrenes opplevelse av å håndtere og mestre situasjonene.

- Å oppleve nærhet til barnet og der igjennom føle seg delaktig i omsorgen til barnet, styrket mors- og farsfølelsen (punkt.4.2.1).
- Behovet for beskyttelse viste seg å være nødvendige mestringsstrategier som ga dem muligheter for å hente frem ressurser til å håndtere situasjonene de var i (punkt 4.2.2).
- Den følelsesmessige støtten foreldrene opplevde i relasjon med andre foreldre på nyfødt intensiv synes å være et viktig bidrag til opplevelse av mestring i foreldrerollen. I tillegg var opplevelsen av helsepersonalets støtte, forståelse og hjelp i den første tiden på nyfødt intensiv av stor betydning (punkt 4.2.3).

Samlet sett indikerer studiens funn at foreldrene, tross belastningene de kjente, klarte å opprettholde det som var meningsfullt for dem. Gjennom at situasjonen opplevdes forståelig og håndterbar, skapte det motivasjon til ”å holde ut” i den førte kritiske fasen etter fødselen, og de ble dermed styrket i foreldrerollen.

Jeg anser på denne bakgrunn at det er grunnlag for å hevde at disse funn er gjenkjennbare i Antonovskys (1991) teori om mestring og komponentene meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet. Ut fra denne forståelsesrammen kan Antonovskys mestringsmodell anvendes som en tankemodell av helsepersonell, for å kunne utvikle helsefremmende strategier og tiltak (Tones and Tilford, 2001). Slik kan denne forståelsesrammen hjelpe helsepersonell til å fremme og styrke foreldrenes mestringsressurser når stressfulle og kritiske situasjoner oppstår.

6.1 Implementering i klinisk arbeid

Et viktig anliggende med studien er å tilgjengeliggjøre og spre ny viten som fremkommer i undersøkelsen. Denne studiens funn omhandler en viktig gruppe mennesker - foreldrene til for tidlig fødte barn - og deres muligheter for å mestre den kritiske fasen de opplever etter fødselen. Funnene i studien oppfattes som gyldige bidrag til å synliggjøre de vesentlige faktorer foreldrene fortalte fremmet mestring. Forskjelligheten mellom mødres og fedres opplevelser og mestringsstrategier bør reflekteres og vektlegges i de strategier og pleieplaner som utarbeides for denne gruppen. Målgruppen for resultatet av dette arbeidet er avdelingsledelse, leger, sykepleiere og helsesøstere. Disse står sentralt i å initiere tiltak som kan møte mødrenes og fedrenes identifiserte behov. Med bakgrunn i disse innsikter er det å håpe at man kan forbedre samspillet mellom foreldrene og helsepersonalet i betydelig grad.

Kunnskap om Antonovskys (1991) mestringsmodell og de innsiktene studiens funn ga, kan ansees å stimulere til videreutvikling av konkrete tiltak som møter og støtter foreldrene i den første tiden etter fødselen. Modellen kan således bidra til et helhetlig forståelse av foreldrenes opplevde situasjon og følte behov. Helseth(1999) har utviklet en modell for helsesøstertilnærming, for å forstå foreldres opplevelse og omsorg når spedbarn har kolikk. Den modellen synes å ha en overføringsverdi og ansees å kunne være gyldig også i møte med foreldre til premature barn når de kommer på helsestasjonen med sine utfordringer. Således kan modellen være et godt utgangspunkt for planlegging og implementering av tiltak for å møte og forstå foreldres forskjellige behov og reaksjoner.

Det helsefremmende perspektivet trer frem i form av å utvikle tiltak som støtter opp om å stimulere det positive, skape trygghet og forutsigbarhet (Helsedepartementet, 1998). Studien peker fremover mot å undersøke disse forholdene nærmere. Foreldreutvalget i studien var lite og det bør derfor gjøres videre undersøkelser av foreldreopplevelser på et større utvalg. Det ansees også som nødvendig å innhente flere og mer nyanserte data om hvilke forhold og faktorer som er vesentlig å vektlegge fra både foreldrenes og helsepersonellens side. I 2007 kom det faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Disse påpeker behovet for et målrettet tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primær helsetjenesten, for å bedre oppfølgingen av premature barn og deres familier etter hjemkomsten fra nyfødtafdelingene (Sosial-ogHelsedirektoratet, 2007).

Med grunnlag i disse nasjonale retningslinjene og studiens funn, kan et annet forskningsanliggende være å validere dagens foreldreveiledningsprogrammer med et mål om å integrere kunnskap der man vektlegger ulikheten mellom mødres og fedres opplevelser. Mange av foreldreveiledningsprogrammene er utviklet ut fra mødres perspektiv og det ansees derfor viktig å inkludere fedre og deres opplevelser i større grad enn i dag.

”Jeg kjenner den andre igjen fordi hun er et menneske som meg, men samtidig også forskjellig fra meg. Vedkommende er ingen kopi eller ting som jeg uengasjert kan forholde meg til på avstand, heller ikke en person som jeg kan ”gå opp i” med mine følelser. Det er et menneske jeg bare kan forstå fordi vi som mennesker deler noe felles, men hvor dette felles viser seg på sin spesielle måte i møte med den andre. På bakgrunn av det felles er det den andres spesielle situasjon jeg som helsearbeider skal tyde og uttrykke og handle i forhold til.”
(s.9) (Martinsen, 1993)

Referanseliste

- AFFLECK, G. & TENNEN, H. (1991) The Effect of Newborn Intensive Care on Parents' Psychological Well-Being. *CHC*, 20, 6 -14.
- ALVER, B. G. & ØYEN, Ø. (1997) *Forskningsetikk i forskerhverdagen. Vurderinger og praksis.*, Otta, Tano Aschehoug
- ANTONOVSKY, A. (1991) *Hälsans Mysterium.*, Stockholm:, Natur och Kultur
- ANTONOVSKY, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Oxford University Press, 11, 11-18.
- BAKEWELL-SACHS, S. & BLACKBURN, S. (2003) State of the Science: Achievements and Challenges Across the Spectrum of Care for Preterm Infants. *JOGNN*, 32, 683 -695.
- BANDURA, A. & BUSSEY, K. (1999) Social Cognitive Theory og Gender Development and Differentiation. *Psykology Review.*, 106, 676-713.
- BHUTTA, A. T., CLEVES, M. A., CASEY, P. H., CRADOCK, M. M. & ANAND, K. J. S. (2002) Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children Who Were born Preterm. A Meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 288, 728 -737.
- BRODÈN, M. (2004) *Graviditetens muligheter. En tid hvor relasjoner skabes og udvikles.*, København:, Akademisk Forlag.
- BROEDSGAARD, A. & WAGNER, L. (2005) How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *International Nursing Review*, 52, 196 -203.
- BROWNE, J. V. & TALMI, A. (2005) Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 667 -677.
- CAPLAN, G., MASON, E. A. & KAPLAN, D. M. (2000) Four Studies of Crisis in Parents of Prematures. *Community Mental Health Journal*, 36, 25- 45.
- CULLBERG, J. (1990) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis.*, Otta:, TANO A.S, 3.utgave.
- DOERING, L. V., DRACUP, K. & MOSER, D. (1999) Comparison of Psychosocial Adjustment of Mothers and Fathers of High -Risk Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Perinatology*, 19, 132 -137.
- DYER, K. A. (2005) Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part II: Strategis. *Neonatal Network*, 24, 27 -40.

- ERIKSSON, M. (2007) Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Helsinki:, Doktoravhandling; Folkhälsan Research Center, Health Promotion Research Programm Research Report 2007:1
- FEELEY, N., GOTTLIEB, L. & ZELKOWITZ, P. (2007) Mothers and Fathers of Very Low-Birthweight Infants: Similarities and Differences in the First Year After Birth. *JOGNN*, 36, 558 -567.
- FELDMAN, R., EIDELMAN, A. I., SIROTA, L. & WELLER;ARON (2002) Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and Traditional Care: parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, 110, 16 -26.
- FLACKING, R., EWALD, U., NYQVIST.KERSTIN.H & STARRIN, B. (2005) Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mother of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science & Medicine*, 62, 70-80.
- FORCADA-GUEX, M., PIERREHHUMBERT, B., BORGHINI, A., MOESSINGER, A. & MULLE-NIX, C. (2006) Early Dyadic Patterns og Mother-Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months. *Pediatrics*, 118, 107 - 114.
- GLOPPESTAD, K. (1983) Konsekvenser for mødrenes atferd ved atskillelse av mødre og nyfødte premature barn. Oslo:, Hovedsfagoppgave, Pedagogisk forskningsinstitutt.
- GLOPPESTAD, K. (1995) Initial Separation Time between Fathers and Their Premature Infants: Comparison between Two Periods of Time. *Vård i Norden*, 15, 10 -17.
- HALL, E. O. C. (2005) Being in an alien world: Danish parents`lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Nordic Collage og Caring Science, Scand J Caring Sci*; , 19, 179-185.
- HANSEN, E. S. (2005) Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår. *Prosjektbeskrivelse*. Lier:, Barne -og ungdomspsykiatriske avdeling/FOU-enheten, Psykiatrisk Klinikk, Sykehuset Buskerud HF. .
- HARRISON, M. & MAGILL-EVANS, J. (1996) Mother and Father Interactions Over the First Year with Term and Preterm Infants. *Research in Nursing & Health*, 19, 451 -459.
- HARTMAN, J. (2001) *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund.*, Lund:, Studentlitteratur.
- HELSEDEPARTEMENTET (1998) Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998:18. Oslo, Sosial -og Helsedepartementet.
- HELSETH, S. (1999) "Hjelp i skrikende stund". Utvikling av en modell for helsesøstertilnærming til foreldre og barn når spedbarnet har kolikk., Doktoravhandling, Universitetet i Oslo. Det Samfunnsvitenskaplige Fakultet, Institutt for sykepleievitenskap.

- HOLDITCH-DAVIS, D. & MILES, M. S. (2000) Mothers`Stories about Their Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 19, 13 -21.
- INDREDAVIK, M., VIK, T., HEYERDAHL, S., KULSENG, S., FAYERS, P. & BRUBAKK, A. (2003) Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 89, 445 -450.
- ISAKSEN, A. S. & GJENGDAL, E. (2000) The Significance of Fellow Patients for the Patient With Cancer. What can nurses do? *Cancer Nursing*, 23, 382-91.
- JACKSON, K., TERNESTEDT, B.-M. & SCHOLLIN, J. (2003) From alienation to familiarity: Experiences of mother and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 120 -129.
- JOHANNESSEN, A., TUFTE, P. A. & KRISTOFFERSEN, L. (2004) *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode.*, Oslo:, Abstrakt forlag,2.utgave.
- KARTERUD, V. L. (2000) Foreldre til premature barns behov for sykepleie ved overgangen fra nyfødtavdelingen til hjemmesituasjonen. Hovedfag,Universitetet i Oslo,Det medisinske Fakultet.
- KIRKEBÆK, B., CLAUSEN, H., STORM, K. & DYSSEGAARD, B. (1994) *Skrøbelig kontakt. For tidligt fødte børn og deres samspill med omgivelsene.*, København:, Dansk Psykologisk Forlag, 2.opplag 1996.
- KLEBERG, A. (2001) Familjecentrerad utvecklingsstödande vård enligt NIDCAP. I: *Lars Wallin (red.) (2001). Omvårdnad av det nyfödda barnet.* Lund:, Studentlittertur.
- KVALE, S. (2006) *Det kvalitative forskningsintervju.*, Oslo:, Gyldendal Akademiske.
- KAARESEN, P. I., RØNNING, J. A., ULVUND, S. E. & DAHL, L. B. (2006) A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics* 118, 9-19.
- LASBY, K., NEWTON, S. & VON PLATEN, A. (2004) Neonatal transitional care. *Canadian nurse*, 100, 19 -23.
- LAU, R. & MORSE, C. (2001) Parents` coping in the neonatal intensive care unit:a theoretical fremwork. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22, 41 -47.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping.*, New York:, Springer Publishing Company.
- LEE, T.-Y., MILES, M. S. & HOLDITCH-DAVIS, D. (2005) Fathers`Support to Mothers of Medically Fragile Infants. *JOGNN*, 35, 46 -55.
- LINDSTRÖM, B. & ERIKSSON, M. (2006) Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, 238 -244.

- LUNDQVIST, P. & JAKOBSSON, L. (2003) Swedish Men`s Experiences of Becoming Father to Their Preterm Infants. *Neonatal Network*, 22, 25 -31.
- MALTERUD, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring.*, Oslo:, Universitetsforlaget AS, 2.utgave.
- MARLOW, N. (2004) Neurocognitive outcome after very preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 89, 224 - 228.
- MARTINSEN, K. (1993) *Den omtensomme sykepleier.*, Otta:, Tano A.S, 2.opplag.
- MELNYK, B., FEINSTEIN, N., ALPERT-GILLS, L., FAIRBANKS, E., CREAN, H., SINKIN, R., STONE, P., SMALL, L., TU, X. & GROSS, S. (2006) Reducing premature infants`length of stay and improving parents`mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trail. *Pediatrics*, Nov;118, 1414-27.
- MICELI, P. J., GOEKE-MOREY, M. C., WHITMAN, T. L., KOLBERG, K. S., MILLER-LONCAR, C. & WHITE, R. D. (2000) Brief Report: Birth Status,Medical Complications,and Social Environment: Individual Differences in Development of Preterm,Very Low Birth Weight Infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 353 -358.
- MILES, M. S. & HOLDITCH-DAVIS, D. (1997) Parenting the Prematurely Born Child: Pathways of Influence. *Seminaries in Perinatology*, 21, 254 -266.
- MILES, M. S., HOLDITCH-DAVIS, D., BURCHINAL, P. & NELSON, D. (1999) Distress and growth outcom in mothers og medically fragile infants. *Nursing Research*, 48, 129 - 140.
- MOSS, N. (2006) Støttende samspill med det nyfødte barnet, En modell for veiledning av foreldre til premature barn, I: Seltzer,W.J. (Red): Forelder og fagfolk i samspill. *Stavanger:Hertevig forlag.*
- PAJARES, F. (2002) Overview of sociale cognitive theory and self-efficasy. *Emory University,USA*
- PEARSON, J. & ANDERSEN, K. (2001) Evaluation of a Program to Promote Positive Parenting in hte Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 20, 43 -48.
- POHLMAN, S. (2005) The Primacy of Work and Fathering Preterm Infants: Findings From an Interpretive Phenomenological Study. *Advances in Neonatal Care*, 5, 204 -216.
- PRIDHAM, K., LIMBO, R., SCHROEDER, M., THOYRE, S. & VAN RIPER, M. (1998) Guided participation and development of care-giving competancies for families of low birth-weight infants. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 948 -958.
- SHAW, R. J., DEBLOIS, T., IKUTA, L., GINZBURG, K., FLEISHER, B. & KOOPMAN, C. (2006) Acute Stress Disorder Amoge Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. *Psychosomatics*, 47, 206-212.

- SINGER, L. T., SALVATOR, A., GUO, S., COLLIN, M., LILIEN, L. & BALEY, J. (1999) Maternal Psychological Distress and Parenting Stress After Birth of a Very Low-Birth-Weight Infant. *JAMA*, 281, 799 -805.
- SOMMERCHILD, H. (2001) "Mestring som styrende begrep": . I: *Gjærum, B., Grøholt, B., og Sommerchild, H. (red.): Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre.* Oslo, Univesitetsforlaget.
- SOSIAL-OGHELSEDIREKTORATET (2007) Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Sosial -og helsedirektoratet, avdeling sykehustjenester;Oslo.
- STERN, D. N. & BRUSCHWEILER-STERN, N. (1998) *En mor blir till. Hur moderskap förändrar dig för all framtid.*, Stockholm:, Bokförlaget Natur och Kultur.
- STJERNQVIST, K. (1992) Extremely Low Birth Weight Infants Development,behaviour and impact on the family. Lund:, Doktoravhandling,Universitetet i Lund, Department of Applied Phychology.
- STJERNQVIST, K. (1999) *Född för tidligt. Hur går det sedan?.* Borås:, Natur och kultur.
- STJERNQVIST, K. & SVENNINGSEN, N. (1999) Ten-Year follow-up of children born 29 gestational weeks: Health,cognitive development, behaviour and school achievement. *Acta Pædiatrica*, 88, 557 -62.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1998) *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.*, London:, SAGE Publications, second Edition.
- SULLIVAN, J. R. (1999) Development of Father-Infant Attachment in Fathers of Preterm Infants. *Neonatal Network*, 18, 33 -39.
- TONES, K. & TILFORD, S. (2001) Health Promotion, effictiveness,efficiency and equity. *Cheltenham UK: Nelson Thornes, Third Editon.*
- ULVUND, S. E., SMITH, L. & LINDEMANN, R. (2001) Psykologisk status ved 8-9 års alder hos barn med fødselsvekt under 1500 gram. *Tidskriftet for Den norske lægeforening*, 121,298-302.

Web adresser:

Forskningsetiske komiteer. <http://www.etikkom.no/REK>

Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste. <http://www.nsd.uid.no/>

Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister. <http://www.fhi.no/>

Vedlegg 1: Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av datainnsamling.

"Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår " ved Sykehuset

Forskningsstudien har sitt utgangspunkt i den kliniske og forskningsbaserte kunnskap som finnes om premature barn og deres foreldres sårbarhet, og hvordan foreldre gjennom sitt samspill med barnet kan støtte dets utvikling positivt. Et annet viktig utgangspunkt er den samfunnsmessige endringen som har skjedd i forhold til farsrollen og fars deltagelse og nærhet i familien, og nyere forskningsbasert kunnskap om terminfødte barns evne til tidlig å inngå i triadisk interaksjon med foreldrene. Studier har vist at foreldrenes indre bilder og forventninger til barnet, seg selv og partneren som foreldre under svangerskapet har innvirkning på familiens interaksjon etter fødselen og kan påvirke barnets utvikling. Å få et prematurt barn fører til brudd i disse forventningene og kan medføre en økt belastning for relasjonen mellom foreldrene og hvordan de støtter hverandre i samspill med barnet. Samtidig kan det premature barnets signaler være vanskelig å tolke og støtte opp om for foreldrene. Det vil her være spesielt viktig å ha fokus på ressurser og vanskeligheter i familiens kommunikasjon, og hvordan begge foreldrene er viktige som støtte i barnets utvikling.

Målsetting for studien er å studere samspillsmønstre mellom premature barn og deres foreldre med fokus på den triadiske interaksjonen, og hvordan triaden utvikles i barnets første leveår. Det vil bli lagt vekt på å få frem foreldrenes egne tanker og opplevelser i forhold til å ha fått et for tidlig født barn og hvordan dette påvirker samspillet i familien. Så langt har det ikke fremkommet publiserte studier omhandlernde premature barn som har dette perspektivet. Det vil være viktig å få mer forskningsbasert kunnskap om det premature barnet og deres foreldre i dyadisk og triadisk interaksjon med utgangspunkt i et utviklingspsykologisk og familiesystemisk perspektiv.

Dette er en undersøkende og deskriptiv observasjonsstudie som følger barn og foreldre over tid. Studien benytter seg av kvalitativ metodologi med utgangspunkt i etnografisk og "grounded theory" tilnærminger til datainnsamling og analyse. Det vil bli foretatt videoopptak av semi-strukturerte samspillssituasjoner der barnet og begge foreldrene deltar v/ 3 og 9 måneder korrigert alder. Samspillstiasjonene blir tilrettelagt som lekesituasjoner med utgangspunkt i Lausanne Triadic Play (LTP), og kodet og analysert ved bruk av Child and Parents Interacting Coding System (CPICS). I etterkant vil det bli gjennomført samtaler med foreldrene med utgangspunkt i videoopptakene med den hensikt å få frem foreldrenes egne tanker og opplevelser av barnet sitt, barnet i samspill og hvordan de opplever seg selv og partneren i interaksjon. Samtalene blir tattopp på video og analysert gjennom selektiv koding med målsetting å identifisere om spesielle mønstre eller tema går igjen i samtalene og kategorisering av disse.

Datainnsamlingen er beregnet å starte ca. 01.01.2007. Prosjektsslutt inkludert publisering er beregnet til 31.12.2009.

Studien skjer i forlengelsen av et utviklingsarbeid ved Nyfødt intensiv avdeling. Dette utviklingsarbeidet har skjedd i et samarbeid mellom Psykiatrisk klinikk, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling-spedbarnsteamet og Barneklubben, Nyfødt intensiv avdeling. Dette har innebåret å utvikle og gjennomføre et foreldreveiledningsprogram med vekt på samspill for foreldre til premature barn.

Deltagere i studien er tenkt å være ca. 10 premaure barn med fødselsvekt mellom 1000 – 1500 g, fødselsuke 27 – 32 og deres foreldre. Studien blir foretatt etter utskrivning fra Nyfødt intensiv avdeling. Begge foreldrene har deltatt i foreldreveiledningsprogrammet, og barna fremviser ikke klare utviklingsvansker. Det er førstefødte barn. Det er ønskelig at forespørsel om deltagelse blir rettet til foreldrene fra ledelsen ved Nyfødt intensiv avdeling. Kontakt med prosjektleder blir formidlet dersom foreldrene samtykker i å delta eller ønsker mer utdypende informasjon om studien.

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Informantene må gi skriftlig informert samtykke, og innsamlede data behandles og oppbevares etter gjeldende retningslinjer.

Jeg er utdannet cand.paed.spec (embetseksamen i spesialpedagogikk), klinisk pedagog og familierapeut og har vært ansatt ved BUPA-poliklinikk siden 1995. Jeg er nå i en tre-årig engasjementsstilling ved FoU-enheten, Psykiatrisk klinikk. Jeg har fullført teoretisk del av tre-årig doktorgradsprogram ved Statens spesiallærerhøgskole (Institutt for spesialpedagogikk, UiO) 1987/90. Data var samlet inn, men doktorgradsprosjektet ble ikke sluttført pga. fødsel og overgang til arbeid med bedriftsbarnehageplass. Jeg har det siste året gjennomført flere doktorgradskurs ved Det Utdanningsvitenskaplige fakultet, UiO, og deltar nå på Institutt for spesialpedagogikk forskerforum for doktorgradskandidater. Det er en målsetting at studien skal gi grunnlag for en doktorgrad ved Institutt for spesialpedagogikk, Det Utdanningsvitenskaplige fakultet, Universitetet i Oslo. Veiledere for studien er Dr. polit., 1. amanuensis Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud og Dr. med., sosionom, leg. psykoterapeut Monica Hedenbro, Stockholm.

Studiens fremdrift ivaretas hovedsakelig gjennom min stilling som FoU-rådgiver, men det etterstrebes også å søke ekstern finansiering. Studien har fått økonomisk støtte fra Sykehusets forskningsutvalg med forskningsfri med lønn for prosjektleder i 50 % stilling i tre måneder i 2005 og i 50 % stilling i et år 2006/07. Det er også innvilget økonomisk støtte til innkjøp av ekstraordinært utstyr.

Dersom det er ønskelig med utdypende informasjon, så ta gjerne kontakt.

Med ønske om en positiv tilbakemelding på min henvendelse,

Vennlig hilsen

Ellen Sæter Hansen
FoU-rådgiver/cand.paed.spec.

Vedlegg 2: Godkjenning for gjennomføring av datainnsamling.

NOTAT

som svar på notat fra: Ellen Sæter Hansen
Journalnr.: 2006/947-1

datert: 29.11.2006
Ark.:

Til: Ellen Sæter Hansen

Fra: helsefaglig rådgiver

Dato: 08.06.07

Kopi: Fagdirektør, leder FoU-enheten, klinikkssjef ved klinikk for barn og habilitering,
avdelingssjef BUPA

Godkjenning av "Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av datainnsamling i forbindelse med forskningsstudien Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår ved Sykehuset [redacted]"

Det vises til din henvendelse av 29.11.06. om tillatelse til nevnte datainnsamling. Forskningsutvalget fastslo i sak 20/06 at formell tillatelse til å bruke sykehusets pasienter i forbindelse med forskningsprosjekter skal gis av Fagdirektør etter anbefaling fra fagansvarlig leder, eventuell klinikkssjef. I tillegg er det en forutsetning at prosjektet er godkjent av Regional forskningsetisk komite og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste før innsamling av data starter.

For metode og innsamling har du innhentet de nødvendige anbefalinger og de nødvendige godkjenninger, slik at du med dette har formell godkjenning av tilgang til Sykehusets forskningsfelt i henhold til de rammer som er beskrevet. Det vises også til tidligere, muntlig aksept fra Fagdirektør på tilgang til forskningsfeltet, primo mai i år.

Du ønskes lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen



Vedlegg 3: Godkjenning fra REK Sør



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

FoU radgiver Cand.paed.spec Ellen M. Sæter Hansen
Psykiatrisk Klinik
Sykehuset [redacted]
Postboks [redacted]
[redacted]

Regional komité for medisinsk forskningsetikk
Sør- Norge (REK Sør)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Dato: 14.12.06
Deres ref.:
Vår ref.: S-06383a

Telefon: 228 44 666
Telefaks: 228 44 661
E-post: rek-2@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikkom.no

S-06383a Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår [2.2006.2354]

Vi viser til brev datert 29.11.06 vedlagt revidert informasjonsskriv med samtykkeerklæring.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning.

Komiteen har ingen merknader til revidert informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Komiteen tilrår at prosjektet gjennomføres.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad
Kristian Hagestad
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med
Leder

Jørgen Hardang
Jørgen Hardang
Sekretær



Ellen M. Sæter Hansen
Psykiatrisk klinikk
Sykehuset [redacted]
[redacted]

Vår dato: 14.11.2006

Vår ref: 15479SM

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15479

Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig

[redacted] ved institusjonens øverste leder
Ellen M. Sæter Hansen

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

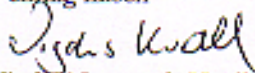
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

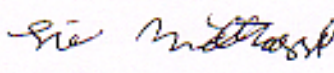
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringsskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Informasjon vedrørende gjennomføring av datainnsamling i forbindelse med forskningsstudien "Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår " ved Sykehuset

Forskningsstudien har sitt utgangspunkt i den kliniske og forskningsbaserte kunnskap som finnes om premature barn og deres foreldres sårbarhet, og hvordan foreldre gjennom sitt samspill med barnet kan støtte dets utvikling positivt. Et annet viktig utgangspunkt er den samfunnsmessige endringen som har skjedd i forhold til farsrollen og fars deltagelse og nærhet i familien, og nyere forskningsbasert kunnskap om terminfødte barns evne til tidlig å inngå i triadisk interaksjon med foreldrene. Studier har vist at foreldrenes indre bilder og forventninger til barnet, seg selv og partneren som foreldre under svangerskapet har innvirkning på familiens interaksjon etter fødselen og kan påvirke barnets utvikling. Å få et prematurt barn fører til brudd i disse forventningene og kan medføre en økt belastning for relasjonen mellom foreldrene og hvordan de støtter hverandre i samspill med barnet. Samtidig kan det premature barnets signaler være vanskelig å tolke og støtte opp om for foreldrene. Det vil her være spesielt viktig å ha fokus på ressurser og vanskeligheter i familiens kommunikasjon, og hvordan begge foreldrene er viktige som støtte i barnets utvikling.

Målsetting for studien er å studere samspillsmønstre mellom premature barn og deres foreldre med fokus på den triadiske interaksjonen, og hvordan triaden utvikles i barnets første leveår. Det vil bli lagt vekt på å få frem foreldrenes egne tanker og opplevelser i forhold til å ha fått et for tidlig født barn og hvordan dette påvirker samspillet i familien. Så langt har det ikke fremkommet publiserte studier omhandler premature barn som har dette perspektivet. Det vil være viktig å få mer forskningsbasert kunnskap om det premature barnet og deres foreldre i dyadisk og triadisk interaksjon med utgangspunkt i et utviklingspsykologisk og familiesystemisk perspektiv.

Dette er en undersøkende og deskriptiv observasjonsstudie som følger barn og foreldre over tid. Studien benytter seg av kvalitativ metodologi med utgangspunkt i etnografisk og "grounded theory" tilnæringer til datainnsamling og analyse. Det vil bli foretatt videoopptak av semi-strukturerte samspillssituasjoner der barnet og begge foreldrene deltar v/ 3 og 9 måneder korrigeret alder. Samspillssituasjonene blir tilrettelagt som lekesituasjoner med utgangspunkt i Lausanne Triadic Play (LTP), og kodet og analysert ved bruk av Child and Parents Interacting Coding System (CPICS). I etterkant vil det bli gjennomført samtaler med foreldrene med utgangspunkt i videoopptakene med den hensikt å få frem foreldrenes egne tanker og opplevelser av barnet sitt, barnet i samspill og hvordan de opplever seg selv og partneren i interaksjon. Samtalene blir tatt opp på video og analysert gjennom selektiv koding med målsetting å identifisere om spesielle mønstre eller tema går igjen i samtalene og kategorisering av disse.

Datainnsamlingen er beregnet å starte ca. 01.01.2007. Prosjektslutt inkludert publisering er beregnet til 31.12.2009.

Studien skjer i forlengelsen av et utviklingsarbeid ved en Nyfødt intensiv avdeling. Dette utviklingsarbeidet har skjedd i et samarbeid mellom Psykiatrisk klinikk, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling - spedbarnsteamet og Barneklubben, Nyfødt intensiv avdeling. Dette har innebåret å utvikle og gjennomføre et foreldreveiledningsprogram med vekt på samspill for foreldre til premature barn.

Deltagere i studien er tenkt å være ca. 10 premaure barn med fødselsvekt mellom 1000 – 1500 g, fødselsuke 27 – 32 og deres foreldre. Studien blir foretatt etter utskrivning fra Nyfødt intensiv avdeling. Begge foreldrene har deltatt i foreldreveiledningsprogrammet, og barna fremviser ikke klare utviklingsvansker. Forespørsel om deltagelse blir rettet til foreldrene fra Nyfødt intensiv avdeling v/sykepleier. Kontakt med prosjektleder blir formidlet dersom foreldrene samtykker i å delta eller ønsker mer utdypende informasjon om studien.

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK) og Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD). Informantene må gi skriftlig informert samtykke, og innsamlede data behandles og oppbevares etter gjeldende retningslinjer.

Jeg er utdannet cand.paed.spec (embetseksamen i spesialpedagogikk), klinisk pedagog og familierapeut og har vært ansatt ved BUPA-poliklinikk siden 1995. Jeg er nå i en tre-årig engasjementsstilling ved FoU-enheten, Psykiatrisk klinikk. Jeg har fullført teoretisk del av tre-årig doktorgradsprogram ved Statens spesiallærerhøgskole (Institutt for spesialpedagogikk, UiO) 1987/90. Data var samlet inn, men doktorgradsprosjektet ble ikke sluttført pga. fødsel og overgang til arbeid med bedriftsbarnehageplass. Jeg har det siste året gjennomført flere doktorgradskurs ved Det Utdanningsvitenskaplige fakultet, UiO, og deltar nå på Institutt for spesialpedagogikk forskerforum for doktorgradskandidater. Det er en målsetting at studien skal gi grunnlag for en doktorgrad ved Institutt for spesialpedagogikk, Det Utdanningsvitenskaplige fakultet, Universitetet i Oslo. Veiledere for studien er Dr. polit., 1. amanuensis Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud og Med.dr., sosionom, leg. psykoterapeut Monica Hedenbro, Stockholm.

Barnesykepleier Eva Elisabeth Szuts, Nyfødt intensiv avdeling vil benytte data fra foreldresamtalene ved 3 måneder som grunnlag for masteroppgave i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold. Fokus i masteroppgaven vil være mestring av foreldrerollen.

Vennlig hilsen

Ellen Sæter Hansen

FoU-rådgiver/cand.paed.spec.

Vedlegg 6: Forespørsel om å delta i forskningsstudien – informert samtykke.

”Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår”.

Studien har sitt utgangspunkt i den kliniske og forskningsbaserte kunnskap som finnes om premature barn og foreldres sårbarhet, og hvordan foreldrene gjennom sitt samspill med barnet kan støtte dets utvikling positivt. Et annet viktig utgangspunkt er den samfunnsmessige endringen som har skjedd i forhold til farsrollen og fars deltagelse og nærhet i familien, og nyere forskningsbasert kunnskap om terminfødte barns evne til tidlig å delta aktivt i gjensidig samspill med begge foreldrene (triadisk interaksjon).

Målsetting for studien er å studere samspillsmønstre mellom premature barn og deres foreldre med fokus på den triadiske interaksjonen og hvordan denne utvikles i barnets første leveår. Med triadisk interaksjon menes samspill/lek med tre deltagere, her med barn, mor og far. Det vil også bli lagt vekt på å få kunnskap om foreldrenes egne tanker og opplevelse av barnet sitt, deres opplevelse av barnets utvikling og barnet i samspill og hvordan de som foreldre opplever seg selv og partneren i interaksjonen både på Barneavdelingen-nyfødt intensiv og hjemme.

Forespørsel om deltagelse i studien går til familier som har et prematurt barn med fødselsvekt 1000 - 1500 g, født i svangerskapsuke 27 - 32, og der begge foreldre har gjennomgått foreldreveiledningsprogrammet ved Barneavdelingen-nyfødt intensiv. Det er tenkt at 6 - 10 familier skal delta i studien. Forespørselen blir formidlet gjennom personalet ved Barneavdelingen-nyfødt intensiv, og familienes identitet er ukjent for prosjektleder fram til det er gitt et skriftlig samtykke til å delta eller dere som foreldre ønsker kontakt for mer informasjon om studien.

Deltagelse i studien innebærer videoopptak av samspill mellom dere foreldre og barnet i en spesielt tilrettelagt lekesituasjon ved 3 og 9 måneder korrigert alder. Opptaket vil ta ca. 10 min. og vil finne sted i sykehusets lokaler. Deretter vil dere få se opptaket og med utgangspunkt i det observerte samspillet få mulighet til å bidra med deres egne tanker og opplevelse av interaksjon i familien. Disse samtalene vil også bli tatt opp på video.

Studien gjennomføres ved X - sykehus, i et samarbeid med Psykiatrisk klinikk, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og Klinikk for barn og habilitering, Barneavdelingen-nyfødt intensiv. Prosjektleder er FoU-rådgiver/cand.paed.spec. Ellen Sæter Hansen v/ FoU-enheten, Psykiatrisk klinikk. Ansatte ved BUPA-poliklinikk, spedbarnsteamet og Barneavdelingen-nyfødt intensiv vil være prosjektmedarbeidere.

Det er frivillig å delta i studien, og dere kan på hvilket som helst tidspunkt trekke dere fra studien uten å begrunne dette nærmere. Alle data vil da bli slettet. Som deltagere har dere også rett til innsyn i de helseopplysninger som registreres om dere. Hvorvidt dere velger å delta eller ikke har ingen betydning for videre behandling ved sykehuset. Det er kun prosjektleder som vil ha tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Alt skriftlig materiale vil aidentifiseres, og hver familie tildeles en kode. Personidentifiserbar informasjon (videomateriale og navneliste) vil bli oppbevart nedlåst i separate arkiver. Vi som gjennomfører studien har taushetsplikt, og all informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Studien beregnes å være avsluttet 31.12.2009.

Det er ønskelig å oppbevare innsamlede data fram til 31.12.2014. Dette for å ha mulighet til å gjøre en oppfølgingsstudie. Dersom dette er aktuelt vil vi ta kontakt med dere med ny forespørsel om deltagelse. Alle data skal være slettet senest 31.12.2014.

Resultatene fra studien vil bli formidlet gjennom artikler i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, seminarer og/eller en doktorgradsavhandling ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo for prosjektleder. En av prosjektmedarbeiderne, barnesykepleier Eva Elisabeth Szuts vil benytte data fra foreldresamtalene ved tre måneder som grunnlag for en masteroppgave i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold. Lokalt har vi som målsetting at denne kunnskapen vil kunne bidra til en kvalitativt bedre oppfølging av for tidlig fødte barn og deres foreldre.

Det kan være aktuelt å bruke deler av videoopptakene ved presentasjon av forskningsresultatene og/eller til undervisningsformål. Dersom dette er aktuelt vil dere bli forespurt spesielt, og vi må ha nytt skriftlig samtykke for de sekvensene vi ønsker å bruke.

Forskningsstudien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) og Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK), Region Sør-Norge.

Har du spørsmål vedrørende denne studien, så ta gjerne kontakt med meg.

Med hilsen

.....

Samtykkerklæring.

Vi har mottatt skriftelig informasjon om studien, og er villige til å delta.

Dato Foreldre

Dato Foreldre

Vedlegg 7: Semistrukturert intervjuguide

”Samspill mellom foreldre og premature barn. En studie av triadisk interaksjon i barnets første leveår”.

Intervjuguide v/ samtaler med foreldre ved 3 måneder korrigert alder.

v/ FoU-rådgiver/cand.paed.spec. Ellen S. Hansen og barnesykepleier/masterstudent Eva Elisabeth Szuts

Få kunnskap om foreldrenes tanker og opplevelse med å få et prematurt barn og samspill med barnet med vekt på:

Hvordan opplever de barnet i samspillet, og barnets utvikling.

Dersom dere i dag skal beskrive X for en som ikke kjenner ham/henne - hva vil dere da si ?

Dersom dere skulle beskrive X den første tiden på NI – hva ville dere da si ?

Hvordan ser dere samspillet under videoobservasjonen – er det slik dere tenker det er hjemme.

Hva er likt/forskjellig.

Hvilke tanker har dere om Xs utvikling fra fødselen og fram til i dag.

Hvordan opplever dere kontakten med X i dag.

Kan dere fortelle om den første gangen dere opplevde kontakt med X.

Hvilke tanker har dere om Xs utvikling videre fremover.

Hvordan opplever du din egen og partnerens rolle i samspillet med barnet.

Hvordan vil du beskrive deg selv som forelder

Hvordan vil du beskrive partneren som forelder

Hva legger du vekt på når du er sammen med X

Hva opplever du partneren legger vekt på

Hvilke tanker har dere om dette er likt/forskjellig ifht. slik det ville vært med et terminfødt barn.

Hvilke forventninger har du til foreldrerollen, og partneren som foreldre.

Hvilke tanker og forventninger hadde du til deg selv som forelder under svangerskapet

Hvilke tanker og forventninger hadde du om partneren som forelder.

Hvilke tanker og forventninger hadde du om barnet.

Det å få et for tidlig født barn medfører ofte et brudd i disse forventningene - hva tenker du om dette.

Hvilke tanker og forventninger har du til deg selv som forelder i dag

Hvilke tanker og forventninger har du til partneren som forelder i dag.

Hvordan var det å være foreldre på Nyfødt Intensiv.

Kan dere fortelle om fødselen.

Kan dere fortelle om det første møtet med NI.

Kan dere fortelle om oppholdet på NI.

Hvordan var det å være foreldre på NI.

Hva opplevde dere positivt – hva og hvem var til støtte og hjelp.

Hva opplevde dere som negativt – hva og hvem var ikke til støtte og hjelp.

I forhold til dere selv.

I forhold til X.

Hvordan opplevde dere kontakten med nærmeste familie og venner.

Hvordan opplever dere oppfølging fra sykehuset, helsestasjon etter utskriving.

Dersom dere skulle gi gode råd til ansatte på NI – hva ville dere si.

Hvordan var det å være foreldre hjemme etter utskriving.

Kan dere fortelle hvordan det var å komme hjem.

Hva opplevde dere som positivt – hva og hvem var til støtte og hjelp.

Hva opplevde dere som negativt – hva og hvem var ikke til støtte og hjelp.

I forhold til dere selv.

I forhold til X.

Hvordan opplevde dere kontakten med nærmeste familie og venner.

Hvordan opplever dere at hverdagen er hjemme nå.

Dersom dere skulle gi råd til andre foreldre med et for tidlig født barn – hva ville dere si.

Hvordan opplever foreldrene at barnet påvirker parrelasjonen.

Vi vet at det å få barn kan være en berikelse i et forhold, men også en krevende endring.

Det er jo også spesielt sårbart å få et barn som er født for tidlig.

Hvordan opplever dere at det å ha fått X påvirker dere som par nå.

Hvordan er dette ifht. forventningene under svangerskapet.

Tenker dere dette er likt/forskjellig om X hadde vært født til termin.

Hvordan var det å være par under oppholdet på NI.

Dersom dere skulle gi råd til andre par med et for tidlig født barn – hva ville dere si.

Generelt:

Likheter/ulikheter i syn mellom foreldrene.

Likheter/ulikheter for tidlig født/terminfødt barn.

Forventninger i svangerskapet/sett i forhold til hverdagen etter fødsel – på Barneavdelingen-nyfødt intensiv og hjemme.

Eksempler.