

**Kan ”Newborn behavioral observation” øke
sensitivitet og mestringsfølelse hos
førstegangsfødende?**

Mødres erfaringer med hjemmebesøk fra helsestasjonen

Anita Bekken



Masteroppgave i utviklingspsykologi

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2017

**Kan ”Newborn behavioral observation” øke
sensitivitet og mestringsfølelse hos
førstegangsfødende?**

Mødres erfaringer med hjemmebesøk fra helsestasjonen

Copyright Anita Bekken

2017

Kan ”Newborn behavioral observation” øke sensitivitet og mestringsfølelse hos
førstegangsfødende?

Mødres erfaringer med hjemmebesøk fra helsestasjonen

Anita Bekken

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Forord

Det siste året har vært lærerikt, men utfordrende. Gjennom en master i utviklingspsykologi, og regionsenteret for barn og unges psykiske helse (rBUP), fikk jeg muligheten til å være med på et prosjekt for å øke kunnskapen om nybakte foreldres opplevelser av et hjemmebesøk med "Newborn behavioral observation" (heretter NBO) sammenlignet med et ordinært hjemmebesøk fra helsestasjonen. Prosjektet er gjort ved det nasjonale kompetansenettverket for sped- og småbarns psykiske helse.

Først og fremst ønsker jeg å takke helsesøstrene og familiene som har stilt opp for dette prosjektet. Dere var sterke, reflekterte og åpne. Dere tok dere tid til å hjelpe andre bare noen uker etter deres nydelige barn kom til verden. Dette studiet ville ikke vært mulig uten dere. Jeg fikk selv erfare hjemmebesøk med newborn behavioral observation (NBO) med min førstefødte, og kan med egen erfaring anbefale dette til alle. Jeg har lært utrolig mye gjennom hele dette prosjektet, og håper at dette gir muligheten til å gi noe tilbake.

Videre ønsker jeg å takke mine veiledere på rBUP, Filip Drozd og Kari Slinning. Dere har vært på tilbudssiden med både veiledning, positivitet og tålmodighet. Dere har vist en stor forståelse for meg og min nye familie. Tusen takk for en fantastisk mulighet. Jeg håper at mitt bidrag er noe dere kan få nytte av videre.

Takk til min kollega og venn, Christina. Du har vært med meg gjennom hele studiet, og du gjennomførte intervjuer da jeg ikke kunne. Tusen takk for at du stilte opp for meg. Jeg vet at du vil ta godt vare på fedrenes erfaringer gjennom dette prosjektet.

Min kjære mamma, Eli, og min samboer, Jon. Dere har hjulpet meg gjennom svangerskapet, barseltårer og masterskriving. Tusen takk for at dere har vist meg stor tålmodighet, tro og støtte.

Helt til slutt vil jeg takke min sønn, Nilas. Du kom til verden i en stressende tid, men gjorde det helt fantastisk. Du lærte meg mestringsfølelse og sensitivitet, og ingen kunne motivert meg mer enn du.

Anita Bekken.

Sammendrag

Forfatter: Anita Bekken

Tittel: Kan ”Newborn behavioral observation” øke sensitivitet og mestringsfølelse hos førstegangsfødende? - *Mødres erfaringer med hjemmebesøk fra helsestasjon*

Hovedveileder: Filip Drozd

Biveileder: Kari Slinning

Kvinner beskriver at de føler seg usikre i sin nye rolle som mor, og det blir foreslått å sette inn tidlig intervensjon for å støtte og motivere foreldrene, og hjelpe de med å bli kjent med sitt nye familiemedlem (Nelson, 2003; George, 2005). En metode som er foreslått for å hjelpe foreldrene i denne overgangen er ”Newborn behavioral observation” (NBO). Nugent (2015) beskriver at målet med NBO er å plassere barnet i sentrum av intervensjonen, og støtte familien i overgangen til foreldrerollen. Ved å øke foreldrenes sensitivitet i forhold til barnets styrke og nonverbale kommunikasjonssignaler, gjør NBO-veiledning det mulig for spedbarnet å vise hvem det er som individ. Dette kan gi foreldrene en motivasjon i overgangen til foreldrerollen, og styrke det kommende båndet mellom forelder og barn (Nugent, 2015).

I dette studie ble NBO-veiledning presentert på hjemmebesøk fra helsestasjonen. Ved å bruke NBO i et hjemmebesøk ønsket helsesøster å oppnå en relasjon med foreldrene, og utvikle foreldrenes forståelse av spedbarnets kompetanse og kapasitet. Dette gjøres gjennom at helsesøster deler en felles observasjon av barnet med foreldrene. Formålet er å bidra til et positivt foreldre-barn forhold, men også hjelpe de nye foreldre inn i foreldre rolle, og dermed øke foreldrenes mestringsfølelse og sensitivitet. Hjemmebesøk med NBO-veiledning ble sammenlignet med ordinære hjemmebesøk fra helsestasjonen. Undertegnende ønsket å finne ut hva førstegangsmødre vektlegger som betydningsfullt ved første besøk fra helsestasjonen, og om ”Newborn behavioral observation” (NBO) er noe som bør satses på videre.

Mødrene som mottok NBO-veiledning viste økt sensitivitet og mestringsfølelse sammenlignet med mødre som mottok ordinært hjemmebesøk. Mødrene som mottok NBO-veiledning uttrykker stolthet og økt forståelse for spedbarnet individualitet. De beskriver høyere mestringsfølelse både praktisk, kognitivt og affektivt, og fremmer viktigheten av relasjonen med helsesøster og helsestasjonen.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
Veien inn i foreldrerollen	1
Forskningsspørsmål	1
Newborn behavioral observation (NBO)	2
Bakgrunn	2
Metodens grunnprinsipper	2
Praktisk gjennomføring.....	3
Viktigheten av relasjonsbygging	3
Teoretisk bakgrunn	5
Å mestre den nye rollen.....	5
Sensitivitet ovenfor det nyfødte barnet	5
Behovet for sosial støtte og tidlig veiledning	6
Hjemmebesøk – Overgangen fra sykehuset til hjemmet.....	8
Metode.....	10
Deltakere	10
Rekruttering.....	10
Forskningsdesign.....	11
Prosedyre	11
Innholdsanalyse	12
Transkribering	12
Unitizing.....	12
Koding.....	12
Analyse.....	14
Tematisk analyse	14
Malanalyse	15
Resultater	15
Analyse av deltagernes utsagn	15
Gruppen som mottok NBO-veiledning:	15
Gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk:	16
Tematisk analyse	16
Behovet for tidlig oppfølging, spørsmål og svar	16
Malanalyse	24
Parental self-efficacy (PSE).....	24
Forventinger og relasjon (WAI).....	25
Diskusjon.....	26
Mødrenes opplevelse.....	26
Økt sensitivitet.....	28
Høyere mestringsfølelse.....	29
Økt tro på oppfølging.....	30
Muligheten ved første hjemmebesøk.....	30
Studiets kvalitet og begrensning.....	32
Refleksivitet.....	32
Overførbarhet.....	33
Validitet	34
Fremtidig forskning	35

Konklusjon.....	35
Litteraturliste	37

Introduksjon

Veien inn i foreldrerollen

Overgang til morsrollen er en tid med signifikant fysisk, emosjonell og psykologisk forandring for en hver kvinne. Selv om prosessen ved å bli en mor begynner allerede i løpet de tre trimesterne med svangerskap, er det foreslått et fjerde trimester. Rubin (1984) og senere Mercer (1995) beskriver det fjerde trimester som en viktig periode i overgangen til morsrollen. Overgangen til å bli mor forsetter etter fødsel, og følger de første ukene og månedene. Kvinner rapporterer at de føler seg klare for graviditeten og fødselen, men at de føler seg uforberedt for tiden etter fødsel (George, 2005; Nelson, 2003). Mange mødre opplever at det blir gjort lite for å forberede dem på denne overgangen. Dagens helsesystem fremstår som mer rettet mot det praktiske rundt det nyfødte barnet, og ikke overgangen mødre må igjennom for å forstå sitt nyfødte barn. Dette fører til at mange nye mødre er usikre i sin nye rolle (Nelson, 2003). Nelson (2003) anbefaler i sin artikkel at helsepersonell setter større fokus på å lette overgangen inn i morsrollen. Hun mener at mødre må få hjelp til å bli kjent med sitt nyfødte barn, og hjelp til å gi den omsorgen et barn trenger for å etablere trygg tilknytning. Hun foreslår at dette vil øke mødrenes følelse av mestring og selvtillit (Nelson, 2003).

For å lette den første tiden med sitt nyfødte barn, er det spesielt tre faktorer som sees som viktig: Foreldrenes mestringsfølelse ovenfor sin nye rolle (Nelson, 2003; Nugent & Blanchard, 2005;), foreldrenes sensitivitet i samspillet med barnet (Nugent et al. 2012), og den sosiale støtten fra nettverk og helsesystemet (Warren, 2004; Salonen et al. 2009).

Forskningsspørsmål

I denne studien ble NBO-veiledningen benyttet hos ti familier allerede ved første hjemmebesøk fra helsestasjonen, og videre sammenlignet med ti ordinære hjemmebesøk. Målet var å se om NBO-veiledningen kan benyttes for å hjelpe overgangen inn i mødrerollen og hjelpe etableringen av videre tilknytning. Med dette som bakgrunn er oppgavens problemstilling:

Vil et hjemmebesøk fra helsestasjonen hvor det er gjennomført NBO-veiledning gi førstegangs fødende kvinner (a) økt sensitivitet overfor spedbarnets signaler og (b) en høyere mestringsfølelse og trygghet i hennes foreldrerolle sammenlignet med hjemmebesøk uten NBO?

Dette studiet vil også se på opplevelsen ved hjemmebesøket, og hvilken relasjon med helsesøster dette har gitt førstegangsmødre. Videre vil studiet begrense seg til mødrenes erfaringer av hjemmebesøket, og vil ikke ta for seg fedrenes erfaringer, eller parforholdet.

Newborn behavioral observation (NBO)

NBO er en metode for å observere spedbarn (0-3 måneder) i tett samarbeid med foreldrene der spedbarnets unike responsmønstre og sosiale natur er i fokus. Hensikten er å øke foreldrenes sensitivitet ovenfor spedbarnets mange signaler og reformulere disse til et kommunikasjonsspråk. Målet for foreldrene er å øke deres trygghet og mestringsfølelse ved å hjelpe dem med å forstå barnets signaler.

Bakgrunn

NBO er utviklet i samme fagmiljø som ”Neonatal assessment og behavioral scale” (NBAS). NBAS er en omfattende og strukturert metode for å vurdere nyfødt nevrologisk utvikling og atferd, og er hovedsakelig brukt i forskning og kliniske utredninger av spedbarn (Brazelton & Nugent, 1995). Selv om begge metodene vektlegger den felles oppmerksomheten hos barnet og etableringen av relasjonelle bånd mellom foreldre eller omsorgsgiver og det nyfødte barnet, fokuserer NBO i større grad på sensitiviseringen hos foreldrene (Cheatham, Landsem, & Tunby, 2011). NBO ble designet for å være så fleksibel og enkel at det kan bli integrert i ivaretagelsen av familier, både på sykehus, klinikk og i hjemmet. Den primære hensikten er å øke foreldrenes sensitivitet ovenfor spedbarnets kompetanse og nonverbale signaler. Ved at foreldrene lærer seg å tolke spedbarnets signaler er målet å øke mestringsfølelse og trygghet for både foreldre og barn (Nugent et al., 2012).

Metodens grunnprinsipper

NBO er basert på syv kliniske prinsipper. Disse er laget for å hjelpe klinikeren å bruke NBO på rett måte. Hos Nugent med flere (2012) er de beskrevet på følgende måte: det første prinsippet er at NBO-veiledningen skal være et relasjonsbyggende redskap. Målet er å styrke båndet mellom foreldrene og barn ved hjelp av at veileder og foreldrene utforsker hvem det nyfødte barnet er sammen. Det andre prinsippet handler om at barnet og barnets utvikling skal være i fokus. Det er hva barnet kan fortelle gjennom sitt uttrykk og sin atferd som styrer samtalen. Familien og barnet betraktes som et kontinuerlig sosialt system som kan styrkes ved hjelp av denne forsiktige tilnærmingen. Det tredje prinsippet viser til at NBO er

et familiesentrert system. Hva som er familie varierer for det enkelte barn. Det er derfor viktig å se hvem eller hva som kan styrke forholdet slik at den enkelte familie kan vokse sammen på en vellykket måte. Dette kan gjøres ved å identifisere de forskjellige ressursene eller suksessfaktorene rundt familien. Det femte prinsippet viser et fokus på en positiv tilpasningsmodell. Det vil si at det er fokus på det friske hos barnet og på ressursene hos familien og barnet. Det sjette prinsippet viser til at NBO vektlegger utviklingen av et positivt samspill og relasjon mellom veilederen og familien. Det syvende prinsippet fokuserer på å bygge broer og skape felles forståelse mellom barnets sosiale nettverk og målene samfunnet har satt for å gi barnet god utviklingsmessig omsorg (Nugent et al. 2012 s.17-24).

Praktisk gjennomføring

NBO metoden brukes av helsepersonell for å oppnå kontakt med foreldre, dele deres forståelse og utvikle denne forståelsen gjennom en felles observasjon av barnet (Cheetham, Landsem, & Tunby, 2011). NBO består av 18 ulike observasjoner for å vise foreldrene det nyfødte barnets kapasitet og atferd. For eksempel har forskjellige spedbarn forskjellige evner til å skjerme søvnen sin mot stimulering fra omgivelsene rundt dem. Noen spedbarn vil være mer sensitive mot lys og lyd, og lar seg lettere forstyrres, mens andre spedbarn klarer å vende seg til lydene og derfor ikke la seg forstyrre. Ved at foreldrene blir klar over dette kan de tilrettelegge for at barnet får en bedre kvalitet (Nugent et al., 2012 s.3-6). Disse observasjonene betegnes ofte som det samlede begrepet AMOR (autonom regulering, motorisk regulering, organisatorisk status og responsivitet) (Nugent et al. 2012 s. 173-174), og sier på ulike vis noe om:

- Barnets evne til å tilpasse seg ytre og uønsket stimuli
- Barnets evne til å regulere sine atferdstilstander og alternere mellom søvn og våken tilstand.
- Hvordan barnet behersker grad av aktivitet og muskelspenning
- Hvordan barnets hudfarge, atferd og kroppsholdning påvirkes av hvordan barnet har det.
- Barnets kapasitet til fokusert oppmerksomhet, og evne til å respondere på lydstimuli (Cheetham, Landsem, & Tunby, 2011).

Viktigheten av relasjonsbygging

En viktig del av NBO-metoden handler om relasjonen som dannes mellom foreldrene og klinikerens. Klinikerens bruker tre hovedstrategier for å bygge en velfungerende relasjon med foreldrene: 1. Klinikerens vurderer spedbarnet og reflekterer hele tiden over sine observasjoner med mor og far tilstede. 2. Klinikerens forteller foreldrene gjennomgående om det de ser og hva de gjør, og hvordan barnet fremstår. 3. De gir foreldrene en aktiv rolle i observasjonen. Målet er å gjøre foreldrene oppmerksomme på hvordan barnet gjør seg forstått. Dette gjøres for å lære foreldrene hvordan de skal observere spedbarnet, og hvordan de kan gi barnet en passende respons (Nugent et al. 2012 s. 56-59).

For eksempel, vil klinikerens observere hvordan spedbarnet tilpasser seg ytre, uønskede stimuli, som lyd og lys. Klinikerens vil forklare foreldrene øvelsen underveis. Lys eller lyd blir presentert for det sovende spedbarnet. Klinikerens vil forklare at dette ikke er en test for hørsel eller syn, men en øvelse for se hvordan barnet beskytter seg mot ytre, uønskede visuell og auditiv stimulering da det sover. Spedbarnet kan reagere ved å skvette, bevege seg, bytte stilling eller grimaser. Klinikerens beskriver disse reaksjonene forsiktig fordi det er grunnleggende for hvordan responsen blir. Klinikerens viser lyset eller lyden igjen hvert femte sekund frem til spedbarnet tydelig tilpasser seg, og ikke lenger har tydelige reaksjoner. Foreldrene får være med på dette, og se hvordan barnet reagerer på denne eksponeringen av stress. Spedbarn reagerer og tilpasser seg forskjellig på denne type stimulering. Klinikerens vil hele veien beskrive reaksjonene hun ser og få foreldrene med på observasjonene. Målet er at foreldrene vil få en forståelse for hvordan barnet klarer å stenge ute eller håndtere ytre, forstyrrende stimuli (Nugent et al, 2012 s.65-72).

Disse tre strategiene, vurdering, beskrivelse av observasjon og aktiv rolletaking av foreldre, skal føre til at foreldrene får respekt for barnet og barnets ferdigheter. Strategiene tillater barnet å vise sin individualitet. Dette er viktig for foreldre-barn relasjonen. Målet er at foreldrene skal bygge empati og en aksept for hvem barnet er, og gjenkjenne, forstå og reflektere over spedbarnet. Dette vil videre resultere i at foreldrene gir spedbarnet riktig respons, og spedbarnet bygger en følelse av trygghet og tillitt til sine foreldre (Nugent, 2015). Klinikerne har et gjennomgående fokus for å bygge denne relasjonen. Klinikerens må hele veien reflektere rundt familien og spedbarnet slik at hver familie får den individualiseringen de trenger. Relasjonen mellom klinikerens og foreldrene blir derfor avgjørende for hvordan barnet blir observert og forstått (Nugent, 2015).

Teoretisk bakgrunn

Å mestre den nye rollen

Det settes store forventinger til den første tiden, og det settes store krav til mor om å fremme barnets utvikling, og skape tillit og tilknytning til barnet (Nelson, 2003; Nugent & Blanchard, 2005). Bandura (1997) trekker frem mestringsfølelsen som et viktig element i tilpasning til foreldrerollen. Mestringsfølelse referer til en persons tro på egne evner om å suksessfullt gjennomføre spesiell atferd (Bandura, 1997). Han viste hvordan dette kunne sees i lys av foreldres viktige rolle. Han konkluderte med at for at foreldre skal mestre foreldrerollen, må de både tro at de vil lykkes, og ha selvtillit og trygghet til å føle at de faktisk mestrer den nye rollen som forelder.

Nyere studier viser at foreldres mestringsfølelse kan relateres til sensitivitet ovenfor spedbarnets behov og muligheten til å reagere på disse (Salonen et al., 2009). En finsk studie viser at foreldrenes mestringsfølelse kan deles i tre nivåer; det kognitive, det praktiske og det affektive nivået. Den kognitive mestringsfølelsen reflekterer foreldrenes mestringsfølelse ovenfor å forstå når barnet trenger mat, bad, stimulering og lignende. Den praktiske mestringsfølelsen handler om troen på å kunne gjennomføre det barnet trenger rent praktisk, for eksempel amming, bading eller stimulering av barnet. Til slutt er det den affektive mestringsfølelse, som går på foreldrenes sensitivitet ovenfor barnets signaler (Salonen et al. 2009).

Sensitivitet ovenfor det nyfødte barnet

Allerede de første dagene etter fødsel starter en tilknytningsprosess. Foreldre og barn går inn i en ny tilværelse som en familie (Bowlby, 1982). Bowlby (1982) påpekte at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere uavhengig av foreldres evne til å møte barnet. Han betegner tilknytningsatferd som medfødt. Han påpeker derimot at foreldrenes sensitivitet spiller en viktig rolle for kvaliteten på tilknytningen. Det er det følelsesmessige samspillet mellom foreldre og spedbarnet som avgjør barnets trygghet. Dersom foreldrene er sensitive, vil barnet utvikle en tryggere tilknytning (Bowlby, 1982). Dette har ført til at spedbarnet blir sett på som en aktiv del av samhandlingen mellom mor og barn innenfor nyere forskning.

Spedbarnet kommer ikke til verden som primitive skapninger, men som meningsskapende og relasjonsorienterte (Smith og Ulvund 1999). Stern (2003) beskriver at spedbarnet allerede fra fødsel befinner seg i en tilstand som kalles årvåken inaktivitet. Det vil si at barnet har evnen til å skille mellom ansikt som smiler eller er sinte, og vil kunne gjenkjenne mors stemme og lukt. Han utdyper at spedbarn har evner som gjør at de er i stand til å observere, og at disse evnene modnes gjennom relasjon til andre (Stern, 2003. s.103). Spedbarn kan signalisere egne intensjoner og grenser, og søker kontakt og relasjon via nonverbale kommunikasjonssignaler og kroppslige handlinger (Nugent, et al. 2012). Dersom de voksne rundt spedbarnet oppfatter forandringen i atferd hos barnet, og endrer sin oppførsel i tråd med dette, vil spedbarnet signalisere når det ønsker nærhet, trøst eller da de trenger en pause fra interaksjonen fra omsorgsgiver. På denne måten vil spedbarnets utvikling skje i takt med omsorgspersonen, og omsorgspersonen vil være en trygg base for barnet (Smith og Ulvund 1999, s. 286; Stern, 2000. s. 71).

Å forstå barnets kroppsspråk er grunnleggende for å forstå hvorfor barnet gråter. Det nonverbale språket kan gi foreldrene et inntrykk av hvordan omgivelsene påvirker barnet, og hva de kan gjøre for å hjelpe barnet (Nugent et al. 2012).

Behovet for sosial støtte og tidlig veiledning

Det har lenge vært et fokus på nettverk og sosial støtte rundt førstegangsmødre. Tiden mødre får være på sykehuset etter fødsel har blitt mindre, og de blir raskere overlatt til seg selv. I 1950-årene var det vanlig å være på sykehuset i fjorten dager etter fødsel. I dag tar foreldrene med barnet hjem allerede 1-3 dager etter fødsel. Dette legger større press på den lille tiden moren er på barselavdelingen, kommunens oppfølging etter hjemreise, og nettverket rundt mor, spesielt mors partner (Warren, 2005).

Mødre har identifisert en rekke faktorer som kan påvirke deres opplevelse som mor, rangert fra fysisk utmattelse og avbrutt søvn (Gjerdingen & Chaloner, 1994), bekymringer om spedbarnets helse og velvære, til oppgaver rundt omsorgsrollen, som for eksempel spising, soving og skifting av bleier (Kapp, 1998). En mor må lære å simultant ta vare på seg selv og barnet. Det er derfor vist at regelmessig kontakt med slektninger, naboer og venner øker en mors kompetanse (Mercer & Ferketich, 1994). Primærkilden til sosial støtte for

førstegangsmødre ligger hos deres partner, men også i hva foreldrene blir tilbud av veiledning av for eksempel helsestasjonen (Warren, 2004).

Flere studier viser at førstegangsførelse skårer statistisk lavere på foreldrenes mestringsfølelse enn erfarne foreldre i den første barseltiden (Mercer & Ferketich, 1995; Salonen et al. 2009). Mercer og Ferketich (1995) beskriver at førstegangsmødre opplever det første året som overveldende, at de føler seg overbelastet, alene og primært ansvarlig for barnet og at de har lite tid igjen til seg selv. Fedrene i studien beskrev at de opplever å måtte fylle store forventninger og de opplever at nye krav skaper belastninger. De beskriver at de blir holdt borte fra barnet samtidig som at de skal være familiens beskytter og forsørger. Mercer og Ferketich (1995) konkluderer med at foreldrene opplever å flytte inn i en ny og overveldende verden sammen med det nyfødte barnet, og at det er et behov for tidlig oppfølging med et fokus på å dempe belastningen foreldrene beskriver. De anbefaler at det bør brukes en metode der helsesøstrenes støtte kan føre til at foreldrene blir styrket i deres foreldreskap (Mercer & Ferketich, 1995).

Warren (2004) ønsket å øke kunnskapen om hvordan sosial støtte de første seks ukene kan påvirke mødre og deres selvtillit for å ivareta det nyfødte barnet. Hun konkluderte med at støtte og positive tilbakemeldinger økte mødrenes selvtillit, og ser derfor sosial støtte som en viktig forutsetning for at førstegangsfødende skal oppleve trygghet og selvtillit. Hun mener derfor at sosial støtte må ligge til grunn for tidlig veiledning. Warren (2004) rettet sitt fokus på mestringsfølelse rundt praktiske gjøremål. De siste årene har fokuset forandret seg, og flere studier har tatt for seg hvordan mødres mestringsfølelse i forhold til forståelse og anerkjennelse av barnets nonverbale signaler er relevant for videre samspill. Ved å fokusere veiledningen mot utviklingen av spedbarnets individuelle egenskaper og personlighet kan veiledning ikke bare øke mødrenes mestringsfølelse, men også trygghet og sensitivitet (Cheetham, Landsem, & Tunby, 2011).

Nyere forskning viser et økt fokus på å fremme mors forhold og samspill til spedbarnet (Sanders & Buckner, 2006; Cheetham, Landsem, & Tunby, 2011; Nugent, 2015). En rekke studier viser at positive tilbakemeldinger fra omgivelsene kan øke mors trygghet og mestringsfølelse, og fremmer viktigheten av dette (Warren, 2005; Salonen et al., 2009). Det har blitt vist en direkte korrelasjon mellom mestringsfølelse og kvaliteten på mor-barn interaksjonen (Sanders & Buckner, 2006; Nugent, 2015). Dette har ført til at mer forskning har fokusert på tidlig veiledning av samspill, og økt fokus på å få dette implementert i

helsevesenet. Resultatet av strukturert veiledning har vist at ferske foreldre fremstår tryggere og er mer sensitive ovenfor barnets signaler (Cheetham, Landsem & Tunby, 2011). Det er vist at intervensjoner som er rettet direkte mot mor-barn relasjonen har størst effekt hos førstegangsfødende (Mercer & Walker, 2006).

Hjemmebesøk – Overgangen fra sykehuset til hjemmet

I Norge har helsestasjon tett oppfølging den første tiden. Helsesøster får derfor en viktig rolle som fagperson, og må bli ansvarlig for å skape en relasjon og en trygghet for mor. Det blir viktig å forstå hva førstegangsmødre trenger så de kan individualisere intervensjonen og hjelpe dem gjennom overgangen til morsrollen (Stern, 1995. s.173; Warren, 2004). Svært mange førstegangsfødende føler seg usikre i sin nye rolle, og føler seg ofte etterlatt til seg selv etter fødsel (Mercer & Ferketich, 1995). Helsepersonell får derfor en viktig rolle i forhold til å belyse relevante temaer som kan gi mor trygghet. Dette bør inkludere samspill med barnet og utvikle mestringsfølelse som mor (Nelson, 2003).

Overgangen fra sykehuset til hjemmet setter foreldrene i en sårbar situasjon (George, 2005). Allerede ved hjemreise etter fødsel får foreldre informasjon om hvilken oppfølging som venter de første ukene. Det skal innebære at en helsesøster kommer hjem på hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2014). Dette er en unik mulighet der helsesøster kommer inn i hjemmet, og ser foreldre og barn i sine naturlige omgivelser. Det har blitt anbefalt å ta i bruk veiledningsmodellen NBO for å lette overgangen til morsrollen og familielivet. Det blir stilt spørsmål om denne modellen kan benyttes som en støtte etter den tidlige hjemreisen etter fødsel, og være med å avdekke relasjonelle problemer mellom mor og barn (Cheetham, Landsem, & Tunby, 2011). Nugent (2015) beskriver at målet med NBO er å plassere barnet i sentrum av intervensjonen, og støtte familien i overgangen til foreldrerollen. Ved å øke foreldrenes sensitivitet i forhold til barnets styrke og nonverbale kommunikasjonssignaler, gjør NBO-veiledning det mulig for spedbarnet å vise hvem det er som individ. Dette kan gi mødrene en motivasjon i overgangen til foreldrerollen, og styrke det kommende båndet mellom mor og barn (Nugent, 2015).

NBO kan benyttes av helsesøstre og annet helsepersonell for å danne et meningsfullt forhold til foreldrene, og støtte helse og velvære innad i familien. Den sårbare tiden rett etter fødsel gir helsepersonell en rik mulighet til å bruke NBO for å støtte opp foreldrene og

spedbarnet etter hvert som de blir kjent med hverandre. Dette er en hektisk og stressende tid for foreldrene, og mange føler seg utslitt fra både svangerskap og fødsel, og mangel på søvn. NBO kan hjelpe foreldrene ved å gi en systematisk og sterk strategi for å styrke foreldre-barn forholdet og fostre prosessen der foreldre og barnet skal forelske seg (Brandt, 2012. s.197-201). Mødre har selv beskrevet at NBO-veiledningen som en lærerik opplevelse. De opplever at NBO gav dem økt kunnskap om spedbarnet, og økt kunnskap om hvordan de skulle respondere på barnet signaler (Sanders & Buckner, 2006).

Helsesøstre som har vært med i tidligere studier med NBO-veiledning har selv beskrevet at det er et overveldende behov for denne typen veiledning. De ser NBO som et verktøy som kan øke mødrenes engasjement og motivasjon til å bli kjent med spedbarnet utover de praktiske bekymringene (Sander & Buckner, 2006). NBO er et enkelt, lettlært, og hurtig gjennomførbart verktøy. Dersom det blir brukt av dyktige klinikere kan det gi en sterk, kompleks og rik strategi for å observere og vise spedbarnets atferd og unike kvaliteter. Det kan øke foreldrenes tilstedeværelse og respons til barnets atferd, og hjelpe foreldrene med å forstå barnets signaler (Brandt, 2012. s. 208).

Nugent med flere (2006) har foreslått at NBO er så fleksibelt og enkelt å bruke, at det lett kan bli integrert inn i rutine kontroller på sykehus, tidlig intervensjoner og hjemmebesøk. Det har blitt et økende behov for intervensjonsprogrammer for å redusere det økende behovet for fødselsdepresjon hos førstegangsfødende. Intervensjonsprogrammer som er mye brukt er støttegrupper, kognitiv atferd terapi, mor-barn psykoterapi og familiebaserte intervensjoner. Disse programmene har vist suksess i forhold til behandling av fødselsdepresjon (Nugent et al. 2006) Nugent med flere (2006) erkjenner at selv om det er behov for mer forskning på NBO, spesielt for å se om de positive resultatene gjennom NBO-veiledningen er langvarig, har studier vist at styrken og effektiviteten av NBO i forebygging av fødselsdepresjon kan komme av både det tidlige tidspunktet for intervensjonen, og hvordan spedbarnet er i fokus for å danne foreldre-barn samspill.

NBO støtter ikke bare foreldre-barn relasjonen, men det får klinikerne til å føle en større relasjon til foreldrene (Nugent, 2015). Holland og Watkins (2015) belyser hvordan helsesøstre som gjennomfører NBO støtter at implementeringen av NBO-veiledning har vært fordelaktig både for å styrke foreldre-barn relasjonen, men påpeker også at metoden er viktig for relasjonen mellom helsesøstre og foreldrene.

Metode

Deltakere

Totalt 20 førstegangsmødre hvor ti mødre har hatt hjemmebesøk med NBO og ti mødre har hatt et ordinært hjemmebesøk. Alle deltagerne ble rekruttert av helsesøster etter hjemmebesøk fra helsestasjonen. Alle deltagerne var førstegangsmødre mødrene var mellom 27 til 39 år (m: 31,7 år, SD = 3.2) som enten var gift eller samboer med faren til barnet (50/50 %). I tillegg hadde alle deltagerne høyere utdanning og var fast ansatt. Alle deltagerne bor i Oslo-området. Både foreldrene og intervjuerne er blindet for hvilken veiledningsmetode som blir brukt på hvert av hjemmebesøkene.

Rekruttering

Studien har blitt gjennomført i samarbeid med helsestasjoner i Oslo. Helsesøstre gjennomførte både ordinære hjemmebesøk, og hjemmebesøk med NBO innen de to første ukene etter fødsel. Helsesøster har fortløpende rekruttert etter hvert som hjemmebesøkene ble gjennomført.

De ble satt en rekke kriterier til grunn for rekrutteringen:

- a. det første hjemmebesøket er gjennomført med begge foreldrene tilstede
- b. foreldreparet består av en mor og en far
- c. begge foreldrene behersker norsk, svensk, dansk, eller engelsk muntlig

Alle disse kriteriene måtte være oppfylt for å delta i studiet. Grunnen til at det var ønskelig med begge foreldrene tilstede, og en far og en mor, var fordi en annen del av prosjektet ser på fedrenes rolle og erfaringer i NBO-veiledningen. Fordi veiledningen er muntlig er det viktig at deltagerne behersker skandinavisk eller engelsk, for å sikre lik tilgang til informasjon og veiledning til alle deltagerne, samt for å unngå misforståelser under veiledningen.

Foreldre ekskluderes dersom:

1. en eller begge av foreldrene har rusproblemer
2. hvor det er risiko for vold.

Ekskluderingskriteriene ble satt for å unngå problemstillinger som kan oppstå i veiledningssituasjoner, og som denne undersøkelsen ikke ser på.

Forskningsdesign

I dette studiet er det valgt å bruke en kvalitativ metode. Vi valgte å bruke et semistrukturert intervjuformat kalt SWOT-formatet. SWOT-formatet består hovedsakelig av to hoveddeler, en åpen og en utforskende del. Intervjuet begynner med fire åpne spørsmål der deltagerne ble oppfordret til å reflektere over styrker, svakheter, muligheter og trusler ved hjemmebesøket de hadde fra helsestasjonen. Spørsmålene som ble stilt var ”Kan du fortelle meg om det du erfarte som (styrker/svakheter/muligheter/trusler) ved hjemmebesøket du hadde fra helsestasjonen?”. Intervjueren kunne veilede deltageren til å utdype det som ble sagt, men i første del skulle deltakeren snakke om det hun selv syntes er viktig eller relevant. Dette sikrer at intervjueren ikke kan påvirke deltakernes svar eller styre samtalen.

Intervjuet etterfølges av en utforskende del, der intervjuer kan gå tilbake og stille spørsmål angående det som ble sagt i den åpne delen. For eksempel ”hva mente du med..”, ”du nevnte..”. Nå kan intervjuer systematisk jobbe seg igjennom de ulike ”SWOT’ene” (Styrker, svakheter, muligheter og begrensninger) basert på det som ble sagt i den åpne delen. Intervjuer kan nå involvere seg mer, og intervjuet kan nå gi mer detaljert informasjon, men også klargjøre for misforståelser eller uklarheter.

Formålet var å skape en åpen refleksjon av foreldrenes erfaringer og opplevelser av hjemmebesøket, uten å bli avbrutt av intervjueren. Ettersom dette formatet ikke angir noen forhåndsspesifiserte eller bestemte svar skal det være et hjelpemiddel for å ikke begrense intervjuet med antagelser og forforståelse hos intervjueren. Samtidig gir SWOT-formatet en viss struktur, og deltagerens refleksjoner kan i etterkant kodes i flere dimensjoner.

Dette intervjuet inkluderte en tredje del med to spørsmål som gikk direkte på elementene fra NBO. Et spørsmål om hva mødre lærte om barnet sitt, og et spørsmål der de utdypet relasjonen til helsesøster.

Prosedyre

Ti førstegangsmødre hadde hjemmebesøk med NBO og ti mødre hadde et ordinært hjemmebesøk. Mødrene måtte skrive under et samtykkeskjema hvis de ønsket å gjennomføre

et intervju i etterkant av hjemmebesøket. De mødrene som ønsket dette ble kontaktet i løpet av to uker etter helsesøster hadde vært på hjemmebesøket. Alle deltakerne svarte på et skjema med enkle bakgrunnsopplysninger (Alder, utdanning og parforholdets varighet), og deltok på et intervju. Undertegnende gjennomførte ti intervju, mens en kollega gjennomførte de siste ti intervjuene da undertegnende var i fødselspermisjon. Undertegnende visste ikke hvem av mødrene som var i hvilken gruppe under intervju, transkribering og unitizing.

Innholdsanalyse

Transkribering

Hvert intervju har blitt transkribert verbatim (ord for ord) for å sikre kontekstens relevans. Det originale transkriptet ble da formatert, og irrelevant prat (for eksempel babyprat) og typiske fyllingsord (for eksempel ”ehm” og ”hm”) ble fjernet. Alle intervjuene ble transkribert på norsk, selv om en deltager var svensk og en deltager var dansk. Intervjuerens spørsmål og utsagn ble også fjernet fra den redigerte versjonen av intervjuet, og det var kun deltagerens utsagn som ble stående igjen. Den formaterte versjonen ble videre brukt til kodingsprosessen. Hvert intervju ble transkribert av undertegnende.

Unitizing

For videre analyse ble de formaterte transkriberingene kategorisert ned i mindre enheter, en metode kalt unitizing. Dette innebærer å se på hvert av deltagerens utsagn, og se hvor mye det kan brytes ned, uten at man fjerner den meningsbærende delen av utsagnet. For eksempel utsagnet: ”Hun gjorde at jeg forstår barnet mitt bedre” gir en annen informasjon enn ”jeg forstår barnet mitt”. Da hvert utsagn var brutt ned i minste meningsbærende enhet ble det totalt 875 utsagn. Disse ble satt inn i Microsoft Excel for Mac 2017 for videre koding.

Koding

All dataen ble kodet av undertegnende, men med hyppig evaluering og rådgivning av veileder. Alle utsagnene ble kodet etter seks ulike variabler. Forskningsspørsmålene ble utformet i samarbeid med veileder under kodeprosessen.

Den første variabelen viser hvilken gruppe hver deltager kom fra. Det vil si om deltageren mottok NBO-veiledning eller ordinært hjemmebesøk fra helsestasjon. Undertegnende visste ikke hvilken gruppe hver deltager var i før dette tidspunktet.

Den andre variabelen representerer hvilken del av intervjuet hvert utsagn ble hentet fra. Som tidligere nevnt, bestod første del av intervjuet av en åpen del og en utforskende del. Den andre delen av intervjuet bestod av to spørsmål relatert til NBO: ”Hva lærte du om barnet ditt på hjemmebesøket?” og ”Hvordan vil du beskrive helsesøster som var på hjemmebesøket, og ditt forhold til henne?”. Videre ble hvert utsagn fra den første delen av intervjuet kodet etter hvilke av de ulike SWOT’ene deltagerne svarte på i intervjuet: Styrker, svakheter, muligheter og begrensinger. Den andre delen av intervjuet ble kodet som ”sensitivitet” og ”relasjonsbygging”.

Den tredje variabelen var ”Level”. Her ble hvert utsagn kodet ut i fra hvem eller hva som ble snakket om i utsagnet. Denne variabelen hadde tretten verdier: 1. Mor, 2. Barn, 3. Far, 4. Mor-barn relasjonen, 5. Far-barn relasjonen, 6. Mor-far relasjonen 7. Mor-far-barn relasjonen, 8. Helsesøster, 9. Mor-helsesøster relasjonen, 10. Helsesøster-barn relasjonen, 11. Far-helsesøster relasjonen, 12. Helsesøster-familie relasjonen, 13. Residual. Residual inneholder resterende utsagn som kunne kodes på level, men ikke passet inn i de tolv andre verdiene.

Undertegnende valgte videre å fokusere på to viktige faktorer: mors mestringsfølelse som forelder (”Parental self-efficacy”, PSE), og oppfylte forventinger og relasjoner opp mot helsestasjon og helsesøster (”Working alliance inventory”, WAI) .

For å se nærmere på mors mestringsfølelse kodet undertegnende ut i fra elementene brukt i Salonen med flere (2009) sitt studie basert på PSE. Dette er et omtalt finsk studie der foreldrene ble intervjuet i løpet av den første uken etter fødsel (N= 1300 familier). Spørreskjemaet omhandlet tre nivåer av foreldrenes opplevelse av mestring: ”Affective self-efficacy”, ”Cognitive self-efficacy” og ”Behavioral self-efficacy” (Salonen et al. 2009). Gjennom en faktoranalyse ble det vist at ”Affektive self-efficacy” plukker opp foreldrenes mestringsfølelse i forhold til sensitivitet, for eksempel sensitivitet til signalene barnet gir for å signalisere sult, ønske om stimulering eller individuelle behov. ”Cognitive self-efficacy” fanger opp foreldrenes mestringsfølelse av kognitiv forståelse ovenfor barnets behov, i forhold til når barnet skal skiftes, mates, døgnrytme, sikkerhet og lignende. ”Behavioral self-efficacy” registrerer foreldrenes mestringsfølelse i forhold til handlinger rettet mot barnet, for eksempel å mate, trøste, og stimulere (Salonen et al. 2009).

Da vi skulle se på forventinger og relasjoner opp mot helsestasjon og helsesøster valgte vi å kode ut i fra elementene brukt i "Working Alliance Inventory" (WAI). WAI er opprinnelig et spørreskjema som omhandler klient og terapeuts opplevd kvalitet på relasjon og samarbeid. Spørreskjemaet skal fange opp både arbeidsmessige forhold (kodet som "task"), som hvor vidt det er en enighet om terapeutiske oppgaver og mål (kodet som "goal"), og ikke minst den emosjonelle kvaliteten på relasjonen mellom forelder og helsesøster (kodet som "bond"). Faktorer som påvirker relasjonen er her gjensidig tillitt, aksept og fortrolighet (Horvath & Greenberg, 1989). Ettersom tidligere studier har funnet at pasientens egen vurdering av relasjonen er sterkest korrelert med effekt av behandlingen (Krupnivic et al., 1996) er det WAI og mødrenes egne utsagn som ligger til grunn for kodingen.

Analyse

For å undersøke forskningsspørsmålene valgte jeg å bruke tematisk analyse og malanalyse (template analysis). Tematisk analyse ble benyttet for å utforske hvordan mødrene opplevde hjemmebesøket, og hvilke temaer som var viktige for dem i overgangen til morsrollen. Malanalyse ble brukt for å spesifikt se hvordan NBO bidro til å dekke mødrenes behov ved et hjemmebesøk sammenlignet med et ordinært hjemmebesøk (WAI) og hvordan NBO kan bidra til å øke mors mestringsfølelse og sensitivitet (PSE).

Tematisk analyse

Selv om tematisk analyse er en vidt brukt metode, er det ikke en klar enighet for hva en tematisk analyse er og hvordan den skal gjennomføres. Undertegnende valgte derfor å benytte fremgangsmåten beskrevet i Braun og Clarke (2006).

I den første delen av analysen ble det gjennomført en tematisk analyse for å identifisere temaer i datasettet. Disse temaene ble videre analysert til et mønster, og rapportert som deltagerens felles opplevelser og behov ved hjemmebesøket. Dette ble gjennomført med en induktiv tilnærming, der temaene ble funnet i datasettet, i motsetning til forhåndsbestemt, og er derfor sterkt knyttet til deltagerens egne opplevelser (Braun & Clarke, 2006). Grunnen til at jeg valgte å gjennomføre en tematisk analyse på hele datasettet var fordi

jeg ønsket å gi en rik beskrivelse av dataene som ble funnet, og gi leseren en følelse av dominerende og viktige temaene for mødrene.

Etter den tematiske analysen ble hver av temaene kryssstabulert med styrkene, svakhetene, mulighetene og begrensningene som deltagerne beskrev vedrørende hjemmebesøket de hadde. Temaene ble videre sett i forhold til om gruppen mottok ordinært hjemmebesøk eller om de mottok NBO-veiledning på hjemmebesøket.

Malanalyse

Malanalyse ("template analysis") er en form for tematisk analyse (Brooks, McCluskey, Turley, & King, 2015). Undertegnende valgte å benytte fremgangsmåten beskrevet av King (2016). Det ble identifisert et sett med temaer (maler) etter intervjuene, som la grunnlaget for videre koding, analysering og revidering (King, 2016). Undertegnende valgte å basere malene på "Parental self-efficacy" (PSE) og "Working Alliance Inventory" (WAI) for å undersøke om hjemmebesøk med NBO kan støtte opp de nybakte mødrene, og øke mødrenes mestringsfølelse og relasjon med helsestasjonen/helsesøster sammenlignet med mødrene som mottar et ordinært hjemmebesøk.

Resultater

Analyse av deltagerens utsagn

Intervjuene resulterte i 875 utsagn etter transkribering, koding og unitizing, hvorav 490 (56 %) utsagn var fra gruppen som mottok NBO (gjennomsnitt 49) og 385 (44 %) utsagn var fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk (Gjennomsnitt 38,5).

Gruppen som mottok NBO-veiledning:

Av de 490 utsagnene ble det kodet 248 utsagn fra de åpne spørsmålene i den første delen av intervjuet, mens 81 utsagn var fra de utforskende spørsmålene i den første delen av intervjuet.

I første del av intervjuet ligger hovedmengden av utsagn i den åpne delen, og det ble ofte en kort overgang til de utforskende spørsmålene. Undertegnende velger derfor å analysere den åpne og utforskende delen sammen. Den totale mengden utsagn på hver av SWOT-spørsmålene var 154 styrker, 42 svakheter, 91 muligheter, og 45 begrensinger.

Den andre delen av intervjuet bestod av to oppfølgende spørsmål relatert til sensitivitet og relasjonsbygging, der ble det kodet 100 utsagn på sensitivitet og 61 utsagn på relasjonsbygging.

Gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk:

Av de 385 utsagnene ble det kodet 222 utsagn fra de åpne spørsmålene i den første delen av intervjuet, mens 54 utsagn var fra de utforskende spørsmålene i første delen av intervjuet.

Undertegnende velger å analysere den åpne og utforskende delen sammen på samme måte som med NBO-gruppen, og se på totale mengden utsagn på hver av SWOT-spørsmålene. Det ble kodet 106 styrker, 31 svakheter, 82 muligheter og 51 begrensinger.

Den andre delen av intervjuet bestod av to oppfølgende spørsmål, relatert til sensitivitet og relasjonsbygging, der det ble kodet 55 utsagn på sensitivitet og 54 utsagn på relasjonsbygging.

Tematisk analyse

I den tematiske analysen ble hvert utsagn kodet etter type semantisk budskap, der målet var å se hvilke temaer som var viktige for mødrene. Undertegnende ønsket å se forskjellen på hvilke styrker, svakheter, muligheter og begrensinger de to gruppene utdypet i intervjuene. Dette førte til at den tematiske analysen avdekket seks hovedtemaer som var gjentakende i intervjuene:

1. Behovet for tidlig oppfølging, spørsmål og svar
2. Behov for besøk i hjemmet
3. Behovet for bekreftelser
4. Viktigheten av relasjon med helsesøster
5. Viktigheten av å se barnets tidlige selv
6. Behovet for inkludering av far

Behovet for tidlig oppfølging, spørsmål og svar

Alle mødrene i studien beskrev at de hadde behov for tidlig oppfølging, og et behov for å stille spørsmål, men de reflekterer også over den tidlige oppfølgingen på spørsmål om svakheter, muligheter og begrensinger ved hjemmebesøket. Det var 259 av 875 utsagn som gikk på dette, der 174 av disse kom i den åpne delen av intervjuet. Det var ingen stor forskjell mellom den gruppe som mottok NBO og gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

Styrker:

De opplevde at hjemmebesøket ga den informasjon om videre oppfølging, samtidig som de fikk svar på eventuelle spørsmål. De beskriver derfor at tidlig oppfølging er en styrke ved hjemmebesøket, og at det gir dem en følelse av å være ivaretatt av helsevesenet:

”Jeg syntes det var bare fint egentlig.. man kan jo tenke seg at de skal se hvordan man gjør det med barnet ditt, men det var ikke sånn. Det føltes bare som at de kom for at de ville se at vi hadde det bra og hvordan vi følte det. At det var for å vise litt omsorg for oss og.” Deltager 309.

En av styrkene som gikk igjen var at hjemmebesøket gav mødrene en trygghet for hvilken oppfølging de skal få videre:

”Alt som skal skje fremover. At man fikk det allerede nå. Det betyr mye for meg. At jeg vet hva som kommer liksom. Hva som skal skje.” Deltager 311

Det er variasjon i hvilket tidsrom deltagerne tenker at hjemmebesøket skulle være. Noen mødre beskriver at tidspunktet for hjemmebesøket passet perfekt:

”Jeg syntes det var perfekt tidspunkt for henne å komme til oss. Da var hun jo en uke gammel og det hadde jo stabilisert seg litt. vi hadde jo vært hjemme noen dager og fått samlet opp noen spørsmål”. Deltager 407.

Svakheter:

Andre føler besøket skulle vært tidligere. Mye begynner å falle til ro, og de har allerede fått svar på det de lurte på:

”Hun kunne kommet tidligere. De kom etter 14 dager, så egentlig vært en fordel om de hadde kommet før. For da hadde vi egentlig spurt noen andre egentlig.” Deltager 309.

Dette utsagnet tilsier at moren hadde et nettverk hun kunne støtte seg på. Det er viktig å anerkjenne at ikke alle mødrene opplevde at de hadde like stort nettverk å lene seg på.

Muligheter:

Flere av mødrene så muligheten ved å fange opp mødrenes sinntilstand ved et hjemmebesøk. Mødrene beskriver at helsesøster vil komme inn i foreldrenes private sone, og derfor kunne se mer enn de ville sett på helsestasjon. De anerkjenner at den første tiden er sårbar, og at det er viktig å følge opp familien tett. Mødrene beskriver derfor at de skulle hatt oppfølgende hjemmebesøk:

”altså jeg tenker jo at hvis man drar på et hjemmebesøk til da. Så får man fulgt litt opp da, og det er kanskje lettere å legge merke til om mor.. om hvordan ho egentlig har det da.” (Deltager 408)

Begrensninger:

Flere av mødrene utdyper hvordan den første tiden er veldig personlig, og utdyper hvordan tidlig oppfølging kan sees som en begrensning:

”Det er jo ikke alle som er for det første kanskje ikke så glad i å snakke om alle disse temaene som blir veldig personlig. Og det er ikke alle som klarer å by på seg selv” (Deltager 405)

De fortalte at de gjerne skulle vært forberedt litt på hva et hjemmebesøk var. En av deltagerne som mottok NBO reagerte på at barnet skulle være så delaktig, og hadde ønsket å vite om dette på forhånd:

”det var muligheter ved å fortelle litt om hjemmebesøket i forkant for å skape litt forventinger. Og.. det andre er praktiske råd for hvordan å forberede seg på hjemmebesøket” (Deltager 4XX).

Behovet for besøk i hjemmet

Av de tjue mødrene som ble intervjuet, utdyper 17 mødre viktigheten av å få besøk i hjemmet. Alle mødrene har opplevd dette som en styrke og en mulighet, men samtlige beskriver også at å få besøk i hjemmet kan føles som en svakhet og begrensning. Det var 83 av 875 utsagn som gikk på dette, der 74 av disse kom i den åpne delen av intervjuet. Det var ingen stor forskjell mellom den gruppe som mottok NBO og gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

Styrker:

Mødrene satt igjen med en følelse av at alt var nytt, og at det var befriende og betryggende at helsesøster kom hjem til familiens trygge omgivelser.

”jeg syntes at det er veldig fint at de kan komme hjem til deg. At ikke du i tidlig fase må ut for å få råd og veiledning. Mye tryggere å gjøre det hjemme. Jeg hadde en veldig positiv opplevelse og syntes at det var veldig betrygget. Jeg hadde kanskje ikke dratt ned til en helsestasjon for å gjøre det samme.” (Deltager 416)

Svakhet:

De ser derimot at for noen familier kan det føles som en svakhet i forhold til at de må ta imot noen i sitt hjem så tidlig etter en fødsel:

”altså det er jo en liten utfordring å få besøk. Man føler det litt som.. Man må jo rydde og forberede seg litt.” (Deltager 402)

Muligheter:

Mødrene beskriver at de var mer villige til å åpne seg i hjemmet, sammenlignet med helsestasjonen. De forklarer at hjemmebesøk kan sees som en mulighet fordi de er tryggere i sitt eget hjem. De beskriver at det er en forskjell på hvordan de åpner seg på helsestasjon, sammenlignet med i hjemmet:

”Men jeg tror egentlig at jeg er villig til å åpne meg mer hjemme enn på helsestasjon”. (Deltager 309).

Videre tenker de at det er en stor mulighet for helsesøster å observere barnets omgivelser. Mødrene beskriver at det kan være lett å holde en maske på helsestasjon, men at et hjemmebesøk vil kunne avsløre hvor trygt barnet har det:

”Det syntes jeg var bra. Spesielt da jeg tenker på andre. Jeg håper det ikke var så mye å si på oss. Men jeg tenker på andre foreldre.. man kan jo skjule så mye.. så jeg tenker ikke på overflaten. Men så kommer man hjem og ser hvordan det egentlig er. så syntes jeg det er bra. Man ser at alt ikke er kaos.” (Deltager 402)

Begrensinger:

Videre beskriver mødrene at et hjemmebesøk kan ha begrensninger. Dersom foreldrene ikke ønsker å ha besøk i hjemmet, kan dette være avgjørende for hvor mye foreldrene orker å åpne seg:

”Jeg er relativt åpen og har ikke sperrer for noen ting egentlig. Sånn å snakke om.. så for min del vil det nok ikke være det, men for enkelte vil det være både og. det spørres nok hvordan de har det hjemme. Noen vil oppleve at det er enklere å snakke om ting i eget hjem, mens andre vil syntes det er vanskeligere”. (Deltager 003)

”hvis man i utgangspunktet ikke føler for å ha folk hjem da. men at det blir litt påpushet å få noen hjem til seg så er ikke det det beste utgangspunktet det heller”. (Deltager 003)

De beskriver menneskers individuelle natur. Noen åpner seg lettere enn andre, og dersom det er vanskeligheter innad i hjemmet ville et nøytralt sted som helsestasjonen kunne trygge foreldrene til å fortelle mer.

Behovet for bekreftelser

Samtlige av mødrene beskriver at en styrke ved hjemmebesøket var at de fikk dekket et behov for bekreftelse. Det var til sammen 134 utsagn som ble kodet under dette temaet, og det fremstod ingen forskjell mellom gruppene. De forklarte at helsesøster gav bekreftelser på at barnet var friskt, at de skulle følge sin magefølelse og gjorde det som var best for barnet. Flere mødre beskrev usikkerheten, og hvordan det var fint at noen kunne komme å gi de den tryggheten de trengte:

”Trygghet. at du føler at du ikke er helt alene om å ta hånd om babyen. at det er noen som kan hjelpe deg da”. (Deltager 417)

”jeg hadde en forventning om at hun skulle gi meg trygghet, og det gjorde hun. Selv om man innerst inne skjønner at noe riktig gjør jeg. Han legger på seg, han spiser godt, han sover godt”. (Deltager 405)

De forklarer at de etter hjemmebesøket følte at de mestrer foreldrerollen på en god måte. De beskriver den første tiden som usikker, og at de derfor har mer behov for bekreftelser og at helsesøster klarte å gi dette på hjemmebesøket:

”vi fikk jo veldig bekreftelse. Vi fikk bekreftelse på at vi er godt i gang på å tolke signalene og.. og på en måte.. at vi gjorde mye riktig. Hun sa hun var imponert over hvor mye vi allerede hadde skjont og. så det var jo egentlig bare godt å få den bekreftelsen da. det gjør jo oss tryggere.” (Deltager 408)

Dette hovedtemaet bestod av styrker. Ingen utsagn under ”bekreftelser” ble kodet som svakhet, begrensning eller mulighet.

Viktigheten av relasjon med helsesøster

Alle mødrene beskriver relasjon med helsesøster som den viktigste faktoren i forhold til hjemmebesøket. De beskriver at relasjonen er personavhengig, og at det er helt avgjørende for hvordan de vil benytte tilbudet videre. De kan derfor beskrive relasjonen med helsesøster som både en styrke, svakhet, mulighet og begrensning. Det er totalt 215 utsagn om relasjonen til helsesøster av 875 utsagn totalt, der 123 utsagn kommer fra den åpne delen av intervjuet. Selv om mødrene ble stilt oppfølgende spørsmål relatert til deres relasjon til helsesøster, valgte deltagerne å uavhengig trekke inn helsesøsters personlighet, og kjemien mellom dem som en styrke. Det var en forskjell mellom gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, og gruppen som mottok et ordinært hjemmebesøk. Mødrene som mottok NBO hadde flere utsagn i både den åpne delen, og til oppfølgings spørsmålet om relasjon, men alle mødrene beskriver viktigheten av den gode relasjonen.

En av mødrene som mottok NBO-veiledningen beskriver relasjonen til helsesøster:

”Fordi jeg opplevde så god relasjon til henne så.. så var jeg ikke noe redd for å spørre om ting eller noe redd for å by på meg selv. Eller fortelle litt om negative erfaringer også da. Eller negative følelser. Men det kunne absolutt vært en trussel.. eller en negativ erfaring hvis jeg ikke hadde hatt noen god relasjon til henne” (Deltager 405)

Viktigheten av å se barnets tidlige selv

Samtlige av mødrene i gruppen som mottok NBO-veiledning på hjemmebesøket reflekterer rundt at de føler at de har blitt bedre kjent med barnet sitt, og barnets tidlige signaler. De beskriver hvordan de fikk en bedre tilknytning til barnet etter hjemmebesøket, og hvordan forståelsen de fikk av barnet har forenklet morsrollen. Alle de ti mødre fortalte om dette i tilsammen 117 utsagn, og 29 utsagn er kodet fra den åpne delen av intervjuet.

”Den største styrken var vel å få kjenne babyen bedre” (Deltager 4XX)

”Jeg tenkte hvordan skal vi bli kjent med han nå. Det er enten gråt eller så er det bleie, eller mat. men vi ble kjent med han på en bedre måte. jeg ser han mer. Hvem han er, og hvordan han reagerer. Det var jo kjempe trygt. for da var det lettere å møte hans behov, og forstå hva det er han trenger når han trenger det”. (Deltager 400)

Dette temaet identifiserte en stor forskjell mellom de to gruppene i intervjuet. Seks av de ti mødrene som mottok ordinært hjemmebesøk nevnte barnet og det tidlige samspillet, men fokuset er annerledes. Det er kun et utsagn fra mødrene som mottok ordinært hjemmebesøk som kunne kodes innenfor dette tema som ble nevnt som en styrke:

”Det var litt sånn i forhold til utvikling. Det syntes vi var litt interessant da. I forhold til når vi skal forvente at hu skal eller hvilke type kontakt hu søker på hvilket tidspunkt”. (Deltager 003)

Da mødrene i gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk ble spurt om hva de lærte om barnet, reflekterte de lite rundt barnets signaler og samspillet med barnet, og mer rundt de praktiske bekymringene i forhold til det nyfødte barnet, som for eksempel amming og vekt:

”Det er jo så tidlig. Det er ikke så mye samspill og ting som skjer utviklingsmessig så tidlig, så man har ikke noe erfaring enda” (Deltager 1300)

”jeg følte egentlig ikke at jeg lærte så mye mer. Må jeg innrømme. Men litt sånn bekreftelse på ting vi har lurt på. som vi selvfølgelig også har spurt føden om eller googlet ikke sant. Man prøver å finne informasjon over alt, men litt sånn bekreftelse egentlig på at vi gjør det vi kan da, og at det ikke er så mye mer vi får gjort akkurat med. eksempel med raping. Vi gjør det riktig på en måte og han raper mye mer nå da enn han har gjort. Så han har blitt flinkere på det. jeg syntes ikke jeg lærte noe nytt egentlig. Det syntes jeg ikke”.
(Deltager 1400)

Behovet for inkludering av far

Gruppen som mottok NBO beskriver hvordan de opplevde at far ble inkludert på en god måte, og hvordan dette fikk både mor og far til å føle seg viktig. Mødrene beskriver at de ikke er alene i prosessen da far ser at barnet trenger dem begge gjennom de forskjellige øvelsene helsesøster gjennomførte:

”Hun gjorde en øvelse der han skulle følge ting med blikket, og da skulle hun få noen av oss til å gjøre en øvelse der vi skulle imitere ansiktsinntrykk. Ved å rekke ut tungen.. så da fikk han gjøre det. det var veldig fint. men når hun skulle få han til å vende blikket så med en stemme så brukte hun meg fordi kanskje mors stemme er sterkere så det ville kanskje fungert. Hun tilpasset det sånn at vi begge to fikk gjøre hver sin øvelse. men hun kanskje visste at stemmen fungere bedre med moren, mens den andre ville fungere like godt med mor som far. så vi fikk vi gjøre hver sin og da fikk kjenne seg like viktig.” (Deltager 4XX)

”Jeg følte hvert fall at vi var glade begge to når hun dro for da hadde vi liksom... Det var så mye som stod bra til med henne som vi fikk bekreftet. Også lærte vi litt av åssen vi skulle.. ja vi ble litt mer kjent med barnet vårt rett og slett etter det besøket”. (Deltager 407)

Selv om temaene var gjentakende hos alle deltagerne, var det forskjell på de to gruppen. Dette gjelder spesielt temaene ”viktigheten av relasjon med helsesøster”, ”barnets tidlige selv” og ”Inkludering av far”.

Malanalyse

Parental self-efficacy (PSE)

I analysen ble 223 utsagn kodet med PSE, der 161 utsagn tilhørte gruppen som fikk NBO på hjemmebesøket og 62 utsagn tilhørte gruppen som hadde ordinært hjemmebesøk. Disse 223 utsagnene ble kodet i tre nivåer: Affective self-efficacy, Cognitive Self-efficacy, og Behavioral self-efficacy.

70 utsagn ble kodet som Affective self-efficacy (1), og reflekterer utsagn der mødrene sier at deres følelsesmessige mestringsfølelse har økt etter hjemmebesøket. Dette handler blant annet om følelsen av å mestre barnets emosjonelle behov, for eksempel mestring av omsorg og sensitivitet ovenfor barnets individuelle personlighet og barnets signaler. 62 utsagn (89 %) kom fra gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, mens 8 utsagn (11 %) kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

”Jeg lærte at hun egentlig er mye smartere enn man skulle tro av en sånn nyfødt en. det med de tegnene hun gir, at hun var sterk, at refleksene var bra.” (Deltager 407)

46 utsagn ble kodet som Cognitive self-efficacy (2), og reflekterer utsagn der mødrene sier at deres kognitive mestringsfølelse har økt etter hjemmebesøket. Dette kan være følelsene av å mestre barnets intellektuelle behov, for eksempel hvordan barnet trenger å stimuleres, å se barnets behov angende mat, døgnrytme, og hjemmemiljø. 25 utsagn (54 %) kom fra gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, mens 21 utsagn (46%) kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

”Men for oss så var det egentlig bare bekreftende i de forskjellige situasjoner der man gjør sånn og sånn så er det vanlig å tenke det, så var de veldig.. veldig sånn positive til det vi hadde tenkt. Så vi følte jo bare at det var betryggende”. (Deltager 309)

107 utsagn ble kodet som Behavioral self-efficacy (3), og reflekterer utsagn der mødrene sier at deres praktiske mestringsfølelse har økt etter hjemmebesøket. Dette er følelsene av å mestre barnets praktiske behov, for eksempel ved kommunikasjon og fysisk veiledning av stell og amming. Her inkluderes også foreldrenes trygghet på den fysiske oppfølgingen, og økt trygghet om muligheten for å søke hjelp. 74 utsagn (69%) kom fra

gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, mens 33 utsagn (31%) kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. En av mødrene som mottok NBO-veiledningen beskriver:

”Jeg var veldig bekymret fordi han bare vil sove hos oss. Men alle sier jo at det ikke går ann, og at han skal sove i egen seng. Så jeg hadde jo ikke sovet siden fødselen. Han ville jo ikke sove.. men da kom helsesøster og sa at det var greit. Så nå samsover vi, og det går fint. En bekreftelse.” (Deltager 402).

Dette utsagnet viser en økt praktisk mestringsfølelse. Denne moren opplever en økt trygghet på sin avgjørelse ved at barnet kan sove hos de etter hjemmebesøket, og hun sover derfor bedre selv.

Forventinger og relasjon (WAI)

I analysen ble hele 420 utsagn kodet med WAI, og 269 utsagn tilhørte gruppen som fikk NBO på hjemmebesøket og 151 utsagn tilhørte gruppen som hadde ordinært hjemmebesøk. Disse 420 utsagnene ble kodet i tre nivåer: Task, goal, og bond.

111 utsagn ble kodet som Task (1), og reflekterer utsagn der mødrene forteller om en tillitt og forpliktelse til aktivitetene som helsesøster og foreldrene gjennomførte på hjemmebesøket. 74 utsagn (67%) kom fra gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, mens 37 utsagn (33%) kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. En av deltagerne som mottok NBO-veiledningen beskriver:

”Hun svarte godt på de spørsmålene vi hadde. Det syntes vi var veldig bra. Hun hadde satt av mye tid til at vi kunne stille spørsmål. det var ikke bare sånn at hun satt å stilte oss masse spørsmål hele tiden.. så det var jo veldig bra. Hun hadde god tid, det syntes jeg også var veldig positivt.” (Deltager 417)

139 utsagn ble kodet som Goal (2), og reflekterer utsagn der mødrene forteller om at det var en felles forståelse mellom foreldrene og helsesøster for hva som målet med hjemmebesøk. 96 utsagn (69%) kom fra gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, mens 43 (31%) kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. En av deltagerne som mottok NBO-veiledningen beskriver:

”Det gikk jo litt generelt på han som nyfødt. Om han var der han skulle være. Også hadde jeg jo forventinger om å få svar på det jeg lurte på. Og det stod til forventningene så absolutt.. også hadde jeg jo forventinger om å skulle få bekreftelser på at det vi gjorde var riktig” (Deltager 405)

Bond ble kodet som 3, og reflekterer utsagn der mødre forteller om relasjonen til helsesøster i forhold til felles tillit, tro og forkjærlighet til hverandre. 99 utsagn (58%) kom fra gruppen som mottok NBO på hjemmebesøket, mens 71 (42%) kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. En av deltagerne som mottok NBO-veiledningen beskriver:

”Jeg følte at hun støttet meg ved å lytte til det jeg hadde og si, og lytte til mine erfaringer. Bekrefte veldig mye av det jeg følte på. At det var riktig å kjenne på de følelsene og at det var naturlig.” (Deltager 405)

Diskusjon

Formålet med dette studiet var å sammenligne opplevelsen og erfaringene fra mødre som mottok et hjemmebesøk fra helsestasjon med NBO-veiledning, med mødre som mottok ordinære hjemmebesøk fra helsestasjonen.

Forskningsspørsmålet var:

”Vil et hjemmebesøk fra helsestasjonen hvor det er gjennomført en Nyfødt observasjon (‘Newborn behavioral observation’; NBO) gi førstegangsfødende kvinner (a) økt sensitivitet overfor spedbarnets signaler og (b) en høyere mestringsfølelse i hennes foreldrerolle sammenlignet med hjemmebesøk uten NBO ?”

Videre ønsket undertegnende å utforske opplevelsen ved hjemmebesøket, og hvilken relasjon med helsesøster dette har gitt førstegangsmødre.

Mødrenes opplevelse

Formålet med studiet var å analysere foreldrenes opplevelser av de to forskjellige tilnærmingene til hjemmebesøk fra helsestasjonen. Analysen av deltagerens utsagn viste at

mødrene som mottok NBO-veiledning gav flere utsagn i den åpne og utforskende delen, sammenlignet med mødrene som mottok ordinært hjemmebesøk. Utsagnene var mer beskrivende utsagn sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. De gav også dobbelt så mange utsagn relatert til andre del av intervjuet, ”sensitivitet i forhold til barnet”, og ”relasjon til helsesøster”. Dette indikerer at mødrene som mottok NBO-veiledningen har reflektert mer over sitt barn i ettertid av besøket, sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

Utsagnene fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk tilsier at de forventet praktisk oppfølging i forhold til amming, barnets vekt, hodeomkrets og oppfølging av mor. Utsagnene tilsier at gruppen ikke savnet noe, men at de heller ikke visste hva de skulle forvente uten om tidlig oppfølging, muligheten for å stille spørsmål og få svar.

Ved hjelp av en tematisk analyse kom det frem at det var seks hovedtemaer deltagerne fokuserte på gjennom intervjuet. Disse temaene var gjentakende i samtlige av intervjuene: Behovet for ”tidlig oppfølging, mulighet for spørsmål og svar”, ”behovet for besøk i hjemmet”, ”behovet for bekreftelser”, ”viktigheten av relasjon med helsesøster”, ”viktigheten av å se barnets tidlige selv” og ”behovet for inkludering av far”.

Alle mødrene beskriver relasjonen med helsesøster som både den største styrken og svakheten med hjemmebesøket. De gir rike beskrivelser av helsesøster, og viser en tydelig tilknytning etter første møte. De mødrene som ikke skulle ha samme helsesøster videre, uttrykte en sorg rundt dette, og bekymret seg for videre oppfølging. Det var ingen forskjell mellom gruppene på dette punktet. Dette støtter viktigheten av helsesøsters rolle hos førstegangs fødende.

En interessant, men ikke overaskende, forskjell mellom gruppene var ”barnets tidlige selv” og ”inkludering av far”. Dette er temaer som ligger til grunn i NBO analysen. Gruppen som mottok NBO fremstår som overrasket over at barnet klarer å signalisere egne intensjoner og grenser (Nugent et al, 2012), og hvordan de opplever en økt motivasjon og relasjon i forhold til spedbarnet. De beskriver at de ser barnet med nye øyne, og at helsesøster hjalp dem med dette noe som poengteres hos Nugent med flere (2015), Warren (2004), og Sanders og Buckner (2006). De forklarer hvordan far var stolt av barnet etter hjemmebesøket, og

videre har fortalt dette til flere rundt seg. De opplevde at fedre viste en økt tilstedeværelse. Dette finner vi igjen hos Brandt (2012).

Alle deltagerne nevner at parforholdet ikke ble nevnt utover en brosjyre, og tenker at dette vil bli relevant for videre møter med helsestasjon. Dette er derfor heller ikke diskutert nærmere i denne oppgaven.

Økt sensitivitet

Som tidligere nevnt er NBO-veiledningens viktigste mål å utvikle kontakt med foreldrene, dele deres forståelse og utvikle denne forståelsen gjennom en felles observasjon av barnet (Cheetham, Landsem, & Tunby, 2011). Et av formålene med dette studiet var å finne ut om NBO-veiledning kan gi førstegangsfødende kvinner økt sensitivitet for spedbarnets signaler.

Sensitiviteten oppstår blant annet gjennom forståelsen som utvikles ved observasjon av barnet. Mødrene som mottok NBO-veiledning på hjemmebesøket beskriver allerede i den åpne delen av intervjuet om ”barnets tidlige selv”. Resultatene viser at mødrene som mottok NBO-veiledning beskriver uoppfordret hvordan det er en utfordring å bli kjent med barnet, men hvordan hjemmebesøket bidratt til at de nå vet hvordan barnet skjermes mot ytre stimuli som lys og lyd, og temperatur. Flere foreldrene beskriver stolt at deres nyfødte barn er ”robust” og ”sterk”, og hvordan barnet kan roe seg ved rolig snakk og berøring. Foreldrene utdyper hvordan barnet ikke alltid har behov for mat, men behov for å høre deres stemme og kjenne berøring. Mødrene som mottok ordinært hjemmebesøk beskriver at de ikke ser et poeng ved at helsesøster berører barnet, men at den viktigste lærdommen var hvordan barnet la på seg riktig og veiledning i forhold til ammingen. Selv om dette er like viktig informasjon, er fokuset betydelig forskjellig.

Videre ble det kodet dobbelt så mange utsagn fra gruppen som mottok NBO (sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk) fra andre del i intervjuet under ”sensitivitet”. Mødrene beskriver detaljer hva de lærte om barnet, for eksempel hvordan de ulike øvelsene helsesøster gjennomførte i NBO-veiledningen førte til at de ser barnet på en annen måte. I likhet med det Bandura (1997) tidligere har beskrevet, forteller mødrene at de føler at barnet allerede har en tilknytning til dem, og hvordan dette har forsterket tilknytningen de føler til barnet. I likhet med funnene av Salonen et al (2009)

beskriver mødrene at de behersker morsrollen på en bedre måte, da de klarer å lese signalene barnet viser. De beskriver at den økte sensitiviteten gir de en bedre beherskelse av barnet og morsrollen.

Selv om forskning lenge har vist at barnet allerede fra fødselen er relasjonsorientert, og kan være i stand til å gjenkjenne morens stemme og lukt, får foreldrene nå oppleve dette fra sitt eget spedbarn. Mødrene beskriver dette som overaskende og spesielt. Dette kan tyde på at foreldrene ikke var klar over at barnet har hva Stern (2003) kalte årvåken inaktivitet. Barnet viser seg som et lite menneske med individuelle behov, og mødrene beskriver at de føler seg trygge på at de klarer å lese hva barnet trenger. De beskriver at de får en praktisk gjennomgang av hvordan det er å lese barnets nonverbale kommunikasjonssignaler, og at dette går utover signalisering om ”sult” og ”trøtthet”. Disse beskrivelsene kommer ikke fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

Høyere mestringsfølelse

Videre var formålet med studiet å se om kvinner som mottok NBO-veiledning på hjemmebesøket viste en høyere mestringsfølelse i sin nye rolle sammenlignet med mødre som mottok ordinært hjemmebesøk. Flere studier indikerer at førstegangsmødre skårer statistisk lavere på mestringsfølelse som forelder sammenlignet med erfarne foreldre, og at dette kan gjøre overgangen til foreldrerollen vanskeligere (Mercer & Ferketich, 1995). Den tematiske analysen viser at begge gruppene viser et stort behov for bekreftelser, og at dette behovet ble møtt på hjemmebesøket. De fremstiller dette som det viktigste elementet. De beskriver at de har en økt tro på at de skal lykkes som foreldre, og at de føler trygghet for at de mestrer sin nye rolle. Mestringsfølelsen var et resultat av hjemmebesøket i seg selv, og det var lite forskjell mellom gruppene. Tidligere forskning viser derimot at høy mestringsfølelse kan relateres til mødrenes sensitivitet ovenfor spedbarnet (Salonen et al. 2009; Cheetham et al. 2011) og det er kun gruppen som mottok NBO-veiledning som beskriver en økning av dette.

I malanalysen kom det frem en stor forskjell mellom gruppen som mottok NBO-veiledning under hjemmebesøket, sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. Dobbelt så mange utsagn som kunne kodes under PSE kom fra gruppen som mottok NBO. Den største forskjellen ble sett under det første nivået, affektiv mestringsfølelse (Affectiv self-efficacy). Over 89 % av utsagnene som ble kodet på dette nivået kom fra

gruppen som mottok NBO. Dette tyder på at mødrene viser økt mestring av omsorg og sensitivitet ovenfor barnets individuelle personlighet og barnets signaler, sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. Derimot ble det kodet jevnere på andre nivå, kognitiv mestringsfølelse (Cognitiv self-efficacy). 54 % av utsagnene kom fra gruppen som mottok NBO, og 46% kom fra gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. Dette tilsier at mødrenes kognitive mestringsfølelse har økt med hjemmebesøket, men at det ikke er en betydelig forskjell mellom gruppene. Mødrene beskriver at de har en økt følelse av å mestre barnets intellektuelle behov, for eksempel stimulere barnet, se barnets signaler vedrørende mat, døgnrytme og miljøet i hjemme. Det siste nivået av PSE viser igjen et stort sprik mellom gruppen som mottok NBO-veiledning og gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. Mødrene som mottok NBO-veiledning på hjemmebesøket har flere utsagn (69%) vedrørende økt praktisk mestringsfølelse, sammenlignet med mødrene som mottok ordinært hjemmebesøk (31%) fra helsestasjonen. Mødrene som mottok NBO-veiledning viser en økt trygghet for at de kan gjennomføre den praktiske omsorgen for barnet. Trygge mødre resulterer i trygge barn (Bowlby, 1982).

Økt tro på oppfølging

Da vi skulle se på forventinger og relasjon opp mot helsestasjon og helsesøster valgte vi å kode ut i fra elementene brukt i WAI. I forhold til forventinger og relasjon opp mot helsesøster hadde gruppen som mottok NBO flere utsagn på alle tre nivåene. Dette kan bety at gruppen som mottok NBO har større tillitt og forpliktelse til helsesøsters arbeidsmessige mål, at det var større enighet om hvilke oppgaver helsesøster skulle gjennomføre og hvilke mål som skulle bli nådd på hjemmebesøket, og at den emosjonelle kvaliteten på relasjonen var bedre. Selv om samtlige deltagerne beskriver en god relasjon fylt med gjensidig tillitt, aksept og fortrolighet, hadde deltagerne som mottok NBO flere og mer beskrivende utsagn vedrørende helsesøster. Tidligere forskning har vist at pasientens egne vurderinger av relasjonen er den som korrelerer høyest med effekten på behandling (Krupnivck et al., 1996). Dette studiet kan bekrefte dette da gruppen som mottok NBO-veiledning også kommer med flere utsagn vedrørende effekten av hjemmebesøket. De beskriver høyere mestringsfølelse og økt sensitivitet sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk.

Muligheten ved første hjemmebesøk

Dette studiet foreslår at NBO-veiledning bør benyttes ved første hjemmebesøk fra helsestasjonen. Helsesøstre er i en god posisjon for å støtte opp og implementere intervensjoner som kan øke engasjement og motivasjon hos førstegangsmødre (Sanders & Buckner, 2006). Intervensjoner som NBO-veiledning kan hjelpe mødre med å gjenkjenne, forstå og reagere på de nonverbale signalene spedbarnet uttrykker. Mødrene i dette studiet bekrefter tidligere funn. De beskriver hvordan de føler seg overlatt til seg selv, og hvordan de opplever at det er mye press i forhold til å forstå barnet og hvordan de skal håndtere de ulike situasjonene. Samtlige mødre gjengir en enorm bekreftelse etter hjemmebesøket, der de har fått bekreftelser rundt spedbarnets helse og velvære, og hvordan de takler ivaretagelsen av seg selv og barnet. Forskjellen mellom hvordan gruppen som mottok NBO og gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk fremstiller barnet og barnets personlighet viser til betydningen av NBO-veiledningen. Dette studiet fremmer aktualiteten av tidlig veiledning, og tidlig fokus på samspill mellom mor og barn. Flere studier viser at positive tilbakemeldinger fra omgivelsene kan gi mødre økt trygghet og mestringsfølelse (Warren, 2004; Salonen et al. 2009), og hvordan viktigheten av å øke mors mestringsfølelse kan bli direkte korrelert med mor-barn interaksjon.

Tidligere studier som Cheetham, Landsem og Tunby (2011), viser at strukturert NBO-veiledning kan gi ferske mødre trygghet, og mer sensitivitet ovenfor spedbarnets nonverbale signaler. Dette studiet er gjennomført på en større gruppe mødre, og setter NBO-veiledningen inn i et tilbud som allerede eksisterer. Dette gir helsesøstre en gylden mulighet til å motivere, engasjere og bekrefte førstegangsmødre. Det åpner for å knytte relasjoner med familier som det ellers ikke er lett å komme i kontakt med. Foreldrene får økt relasjon med helsesøster, samtidig som de får hjelp til å forstå barnet sitt, og de trenger ikke oppsøke denne hjelpen selv. Alle familier får tilbud om hjemmebesøk. Alle mødre i dette studie ønsket hjemmebesøk da det er tungt å reise ut den første tiden. Mødrene viser økt mestringsfølelse, og økt tro på foreldre-barn relasjonen allerede da barnet er tre uker gammelt. Foreldrene tilegner barnet flere egenskaper, og helsesøstre gir bekreftelser på at foreldrene håndterer sin nye rolle på en god måte.

Dette studiet viser videre at en del av mestringsfølelsen kommer fra hvordan hjemmebesøket er lagt opp, og hvordan de opplever støtte og relasjon til helsesøster. De fleste som arbeider med spedbarn og familier vil kjenne igjen mye av innholdet i observasjonsmetoden. I tillegg til å strukturere og systematisere foreldrenes observasjoner,

skal NBO-veiledningen styrke relasjonen mellom foreldre og barn. Gjennom denne metoden vil foreldrene samtidig bygge en positiv allianse med veilederen. Dette vil føre til at det er lavere terskel for at familien søker hjelp og støtte dersom de skulle trenge det i denne nye tiden. Målet for helsesøstrene er å oppnå tidlig kontakt med de nybakte foreldrene, dele deres forståelse og videre utvikle denne forståelsen gjennom felles observasjon av barnet (Cheetham, Landsem & Tunby, 2011).

Studiets kvalitet og begrensning

Kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies. Kvalitative studier kan bidra til en ny forståelse av menneskers opplevelser og erfaringer (Malterud, 2011). Malterud (2011) mener at kvalitative forskningsmetoder kan øke kunnskapen i helsevesenet på en måte kvantitativ forskning ikke kan. Kvalitativ forskning er basert på å tolke og forstå data, og deltagerens mening står i sentrum. Derfor ligger kvalitativ metode til grunn for denne oppgaven. Sammenlignet med kvantitativ forskning er det større rom for begrensninger, og det kreves andre prosedyrer for bearbeiding og analysering. Malterud (2011) utdyper derimot at grunnprinsippene for vitenskapelig kvalitet i kvalitativ data ikke er vesentlig forskjellig fra kvantitativ data. Det er måten kunnskapen blir innhentet og håndtert som avgjør om det blir god eller dårlig forskning. Undertegnende har derfor valgt å gjennomføre en kvalitetssikringsprosess ved hjelp av Malterud (2011,2012) sine begrep ”refleksivitet”, ”overførbarhet” og ”validitet”.

Refleksivitet

I følge Malterud (2011) handler refleksivitet om forskerens forutsetninger og tolkningsrammer, og er grunnleggende for forskningens troverdighet. Refleksivitet handler om at forskeren har en aktiv rolle i sin egen forskning, og hele veien må erkjenne hvordan denne rollen ligger til grunn for kunnskapen som kommer ut av prosessen (Malterud, 2011). Undertegnendes faglige interesse, bakgrunn og erfaring har ligget til grunn under valg av prosjekt og vil derfor også hatt betydning for tolkningen av data. Undertegnede fikk selv barn gjennom denne prosessen, og fikk selv hjemmebesøk med NBO-veiledning, noe som kan ha farget forståelsen for prosessen deltagerne gikk igjennom. Alle mennesker vil ha en forforståelse, men ved å være bevisst på den kan forskningen belyse nye sider av et fenomen. Malterud (2002) påpeker hvordan det er viktig at forståelsen blir begrunnet i empiri og diskutert i forhold til teori.

For å oppnå forskningstroverdighet har undertegnede hele veien hatt en veileder som ikke deltok aktivt i prosjektet. Undertegnede visste ikke hvem av deltagerne som var i hvilken gruppe, dette var det veilederen som holdt styringen på frem til kodeprosessen. Gjennom kodeprosessen hadde undertegnende et stort fokus på å være oppmerksom på egen rolle. Malterud (2011) beskriver viktigheten av å innta en metaposisjon. Det vil si å hele tiden trekke seg tilbake, og prøve å se på dataen med nye øyne. Det har gjennom hele prosessen vært et underliggende fokus på å være etterrettelig og nøyaktig. I transkribering og analyse er det en risiko for at utsagn kan bli fortolket annerledes enn det deltagerens mening var. Undertegnede valgte å sjekke den transkriberte teksten flere ganger opp mot lydbåndet før analysering. Min veileder har hele veien sett over kodingen, og kommet med innspill. Dette var for å tilstrebe refleksivitet og objektivitet gjennom prosessen (Malterud, 1996).

Undertegnede valgte videre å belyse forskningsspørsmålene ved hjelp av to kvalitative metoder for å dekke et ønske om å gi studien både en dybde- og bredde forståelse omkring forskningsspørsmålet. Ettersom det er stort sprik i hvordan kvalitative analyser bør gjennomføres, valgte undertegnende å benytte fremgangsmåten beskrevet i Braun og Clarke (2006) for den tematiske analysen, og fremgangsmåten beskrevet av King (2016) for malanalysen. Undertegnede valgte å dele sitater fra deltagerne for å øke troverdighet, fremme deltagerens stemme, og gi leseren en bedre tilgang til materialet.

Overførbarhet

Overførbarhet handler om studiets relevans. Om studiet har kommet frem til ny kunnskap, og om denne kunnskapen kan overføres til andre grupper (Malterud, 2011, s.20-21). Et master prosjekt har klare begrensinger når det gjelder omfang og tid. Det gjenspeiler prosjektet og problemstillingens størrelse. Vi brukte et år på dette prosjektet, og skulle derfor gjerne fulgt opp relasjonen mellom mor og barn ved et senere tidspunkt. Dette ville belyst hvor viktig relasjonsbygning med NBO kan være for familiens tilknytning.

En viktig begrensning for dette studiet går på antall deltagere. Malterud med flere (2015) har sett nærmere på faktorer som er med på å bestemme hvilken utvalgsstørrelse som kan danne best mulig grunnlag for analyse av data fra kvalitative intervjustudier. De utviklet begrepet informasjonsstyrke ("information power"). Utvalgets informasjonsstyrke bestemmes

utfra fem faktorer: Studiets problemstilling, utvalgets spesifisitet, studiens teoretiske forankring, dialogkvaliteten i intervjuene og analysestrategien. Disse faktorene vil indikere hvor stort utvalg som vil være hensiktsmessig for studiet (Malterud et al. 2015).

Studiets problemstilling sier noe om at resultatene kan generaliseres på tvers av hjemmebesøk i hele Norge. Dette studiet bestod av 20 mødre, der det var ti i hver gruppe. Dette representerer et lite utvalg, og vil ikke være representativt for alle hjemmebesøk. I forhold til utvalgets spesifisitet ble det satt en rekke kriterier for utvalget. Disse kriteriene kan ha betydning for overføringsbetydningen ved resultatene. Som beskrevet under ”rekruttering”, Alle deltagerne var høyt utdannede, i 30 årene, i et fast forhold og bosatt i Oslo området. Deltagerne i gruppen hadde et aldersspenn på ca. ti år. Dette gir nyansert informasjon sammenlignet med om gruppen hadde vært i jevnere alder. Det kan også være en begrensning at utvalget i studien bærer et preg av homogenitet. kriteriene som ble satt før rekruttering er med å bidrar til dette. Dette kan ha betydning for generaliserbarheten i resultatene, og derfor ikke nødvendigvis være representativt for alle ferske mødre som mottar hjemmebesøk i Norge. Utvalget representerer hvordan mødre opplever hjemmebesøk i storbyen, og ikke nødvendigvis hvordan kvinner opplever det andre mindre steder i Norge.

Det er vesentlig å reflektere om studiet har kommet frem til ny kunnskap. Den teoretiske forankringen beskrevet innledningsvis er basert på både helsesøstrenes erfaringer med NBO (Holland og Watkins, 2015), førstegangsfødende mødres erfaringer av NBO i USA (Sanders & Buckner, 2006) og fem førstegangsmødre på barselavdelingen i Norge (Cheethan et al. 2011). Det siste nevnte studiet er gjennomført i Norge, men tar for seg hvordan et lite utvalg mødre opplever veiledningen på sykehuset. Dette gir studiet større grad med overførbarhet i forhold til at utvalget er større, og representerer hvordan hjemmebesøk kan være arenaen for denne type veiledning. Det er viktig å få frem at flere studier innen samme tema vil bekrefte tidligere funn, samtidig som at det fremkommer ny informasjon etterhvert som temaet utdypes.

Validitet

Det siste kvalitetskriterium beskrevet av Malterud (2011) er studiets validitet. Studiets validitet viser om man undersøker det man skal undersøke, og at forskningsspørsmålene blir besvart. I dette studiet er validiteten synliggjort gjennom metodedelen ved at leseren kan

følge veien fra hvordan deltagernes intervjuer ble gjennomført, til hvordan undertegnede behandlet rådataen gjennom analyseprosessen (Malterud, 2011). Alle intervjuene gjennomført av undertegnede selv og kollega. Vi har begge gjennomført opplæring i SWOT-formatet av samme veileder på rBUP. Dette gir begge intervjuerne samme utgangspunkt for å holde intervjuer i dette formatet. Transkribering, unitizing, koding og analyse er gjennomført av undertegnede.

Fremtidig forskning

Prosjektet reiser flere interessante spørsmål for fremtidig forskning. Ettersom NBO-veiledning ved første hjemmebesøk kan øke mødrenes mestringsfølelse og sensitivitet, samtidig som at de opplever en trygghet ved relasjonen til helsesøster, vil det være interessant å følge familiene videre for å se om det kan være forebyggende for trygg tilknytning.

Videre studier bør derfor inkludere et større utvalg med varierende sosioøkonomisk status, mødre uten partner og ut fra et større geografisk område. Det vil også være interessant å se på hvordan mødrene og fedrene opplever den første tiden som forskjellig. Mødrene som mottok NBO-veiledning hadde flere utsagn der de inkluderte viktigheten av at far var tilstede, og at de opplevde at fedrene følte en økt tilknytning, samt følte seg viktigere for barnet enn før hjemmebesøket. Videre studier på NBO-veiledningen burde se hvordan fedrene føler at NBO påvirker deres rolle i overgangen til foreldrerollen. Moderne barselomsorg bør ha et fokus på hele familien, og ikke mor og barn. Da mor ofte har nok med å restituere egen kropp og etablere amming, kan far hjelpe både mor og barn ved å vie sin oppmerksomhet til å forstå den nyfødte gjennom kroppsspråk og samspillsinitiativ. Fokuset for intervensjon bør derfor deles mellom foreldrene ved å sette inn veiledning som kan sikre et felles språk, og sikre at motivasjonen deles hos foreldrene. NBO-veiledning gir en tydelig mulighet for å løfte foreldrenes oppmerksomhet fra det praktiske, og rette oppmerksomheten mot barnets individuelle personlighet. Det vil derfor være interessant å se på farens erfaring av hjemmebesøkene. Dette er det besøket der de fleste fedrene er tilstede før de reiser tilbake til arbeid.

Konklusjon

Etter å ha snakket med så mange førstegangs fødende kvinner er det ingen tvil om at dette er en ny og skremmende periode, et fjerde trimester, og at behovet for oppfølging og

hjelp er stort. De beskriver hvordan tidsrommet for hjemmebesøket og at oppfølgingen skjer i hjemmet er helt avgjørende for hvor mye de fikk ut av oppfølgingen (Holland og Watkins, 2015).

Det viktigste funnet i dette studiet indikerer at mødre som mottok NBO-veiledning har økt mestringsfølelse og sensitivitet sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk. Mødrene som mottok NBO-veiledning reflekterer rundt at de føler at de har blitt bedre kjent med barnet sitt. De beskriver en ny kunnskap om barnet, og hvordan de lett kan lese signalene barnet gir. De uttrykker for eksempel stolthet over barnet, og beskriver barnets preferanser i forhold til lys, lyd og temperatur i rommet. Mødrene som mottok ordinært hjemmebesøk har ingen lignende utsagn. Dette tyder på at det er en forskjell mellom gruppene i mødrenes sensitivitet i forhold til barnet. Mødrene som mottok NBO-veiledning viser høyere affektiv mestringsfølelse, kognitiv mestringsfølelse og praktisk mestringsfølelse etter hjemmebesøket. Sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk uttrykker mødre som mottok NBO-veiledning en større økning i den affektive og den praktiske mestringsfølelsen.

Resultatene i dette studiet foreslår at NBO kan være en nyttig og effektiv intervensjon for førstegangsfødende. Studiet viser at mødre beskriver lettelse, trygghet og økt mestringsfølelse i sin nye rolle. Foreldrene som mottok NBO viser økt sensitivitet ovenfor barnet signaler, økt mestringsfølelse utover det praktiske, og en god relasjon med helsesøster. Ved å implementere NBO-veiledning på et tradisjonelt hjemmebesøk, vil det kunne ligge til grunn som en forebyggende tidlig intervensjon. Foreldrene i dette studiet viser en økt forståelse for hvordan de skal respondere på barnet, og beskriver at de møter den nye rollen med større trygghet og forståelse enn før hjemmebesøket. Sammenlignet med gruppen som mottok ordinært hjemmebesøk, er dette mer enn hva tidligere hjemmebesøk har kunnet bidra med. Alle nybakte mødre har krav på et hjemmebesøk de første ukene etter de har kommet hjem fra sykehuset. Det vil derfor ikke være en ekstra økonomisk ressurs, men heller en forebygging for videre oppfølging, og ikke minst vil det fremme mestringsfølelse, sensitivitet og til slutt: god tilknytning.

Litteraturliste

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: the experience of control*. New York: Freeman

Bowlby, J. (1982) *Attachment and loss*. London: Hogarth press.

Brandt, K. (2012). Using the newborn behavioral observations system in postpartum clinic and home visits. I J. K. Nugent, C. H. Keefer, S. Minear, L. C Johnson & Y. Blanchard (Red.), *Understanding newborn behavior & early relationships: the newborn behavioral observations (NBO) system handbook*. (S.197-211). Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.

Braun, V., & Clark, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), 77-101.

Brazelton, T.B. & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal behavioral assessment scale*. London: Mac Keith Press.

Brooks, J., McClusky, S., Turley, E., & King, N. (2015) The utility of template analysis in qualitative psychology research. *Qualitative research in psychology*, 12 (2), 202-222.

Cheetham, N. B., Landsem, I. P., & Tunby, J. 2011. Øker trygghet hos nybakte foreldre. *Sykepleien*. 2011;12:55-57

Gjerdingen, K. & Chaloner, K. 1994. Mothers experience with household roles and social support during the first postpartum years. *Woman and health* 21 (4), 57-75.

George, L. 2005. Lack of preparedness. Experiences of first-time mothers. *The american journal of maternal/child nursing*. PubMed.

Helsedirektoratet (2014, 09.04) Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barselomsorgen/forord>

Holland, A., & Watkins, D. (2015). Flying Start health visitors' views of implementing the Newborn Behavioural Observation: barriers and facilitating factors. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 88(6), 33.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), 223.

Kapp, M. 1998. Mothers perceptions of confidence with self-care and infant care. *Journal of perinatal education* 7 (4), 17-25.

King, N. (2006). Using templates in the thematic analysis of text. I Catherine Cassell & Gillian Symon (Red.), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research* (s. 256-270). London: Sage Publications Ltd.

King, N. (2016). Template Analysis. Lastet ned fra <http://www.hud.ac.uk/hhs/research/template-analysis/>

Krupnwick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J. Elkin, I., Walkins, J. et al. (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 532-539.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K., Siersma, V. D., Guassora, A.D. (2015) Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*. Published online november 27. DOI: 10.1177/1049732315617444

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift-norske læreforening, 122 (25), s 2458-2472.

Mercer, R. T. (1995) *Becoming a mother*. New York: Springer.

Mercer, R. & Ferketich, S. 1994. Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing research* 43 (1), 38-43.

Mercer R.T. & Ferketich S.L. (1995) Experienced and in- experienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing and Health* 18, 333–343.

Mercer, R. T. & Walker, L. O. (2006) A review of nursing interventions to foster becoming a mother, *journal of obstetric, Gynecologic, & Neonatal nursing*, 35 (5), s. 568-582.

Nelson, A. M. 2003. Transition to motherhood. *Journal of obsteric, gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32 (4), s. 465-477.

Nugent, J. K. (2015) The newborn behavioral observations (NBO) system as a form of intervention and support for new parents. *Zero to three*, 36(1), 2-10.

Nugent, J. K. & Blachard, Y. (2005). Prematurity and the impact of the caregiving environment. *Newborn behavior and development: Implications for health care professionals*. I J.F. Travers & K. Thies (Eds.), *The handbook of human development for health care professionals*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C. & Blanchard Y. (2012). *Understanding newborn behavior & early relationships: the newborn behavioral observations (NBO) system handbook*. (S.197-211). Maryland : Paul H. Brookes Publishing Co.

Nugent, J. K., Valim, C., Killough, J., Gonzales, J., Wides, J., Shih, M.C. (2006) Effect of the newborn behavioral observations (NBO) system on postpartum maternal depression. Zero to Three. Hentet fra: <http://www.adolescentwellness.org/wp-content/uploads/2011/06/NBO-Newborn-Behavioral-Observations.pdf>

Rubin, R. (1984). Maternal identity and maternal experience. New York: Springer.

Sanders, L. W. & Buckner, E. B. (2006) The newborn behavioral observations system as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers : feasibility and desirability. *Pediatric nursing*, 32 (5), s. 455-459

Salonen, A. H. Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Jarvenpaa, A. L., Isoaho, H. & Tarkka, M. T. (2009) Parenting self-efficacy after child-birth. *Journal of advanced nursing*, 65 (11), s. 2324-2336.

Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). Spedbarnsalderen. Oslo: Universitetsforlaget

Stern, D. N. (1995). The motherhood constellation: a unified view of parent-infant psychotherapy. New York: Basic books.

Stern, D. N. (2000). Spædbarnets interpersonelle verden : et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv. København : Hans Reitzels forlag.

Stern, D. N. (2003). Spædbarnets interpersonlige verden. Oslo: Gyldendal akademisk.

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