

Marta Emilie Hunstad  
Anette Kvernes Ellevold

## Helsesykepleiernes møte med foreldre i veiledning om barns skjermbruk

En kvalitativ studie av helsesykepleiere sin erfaring i å veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år

Masteroppgave i helsesykepleie  
Veileder: Kari Blindheim  
Mai 2024





Marta Emilie Hunstad  
Anette Kvernes Ellevold

## **Helsesykepleiernes møte med foreldre i veiledning om barns skjermbruk**

En kvalitativ studie av helsesykepleiere sin erfaring i å  
veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år

Masteroppgave i helsesykepleie  
Veileder: Kari Blindheim  
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden



## Forord

En lærerik og krevende periode med masterskriving går mot slutten. Vi kan se tilbake på denne tiden som svært innholdsrik, da det har gitt oss kunnskap vi kan benytte videre inn i arbeidslivet som helsesykepleiere. Læringskurven har vært bratt, og prosessen har gitt oss innsikt i hvor krevende det er å skrive en masteroppgave. I tillegg har begge arbeidet som helsesykepleiere ved siden av masterskrivingen, som har gjort prosessen ekstra krevende.

For at vi har kommet i mål med denne oppgaven er det flere vi ønsker å takke. Den største takken retter vi mot hverandre og for vårt gode samarbeid gjennom oppturer og nedturer i hele prosessen. Vi har gjort hverandre gode og spilt på hverandres ressurser i skriveprosessen, og dette har bidratt til en nøye gjennomtenkt masteroppgave. Vi takker derfor hverandre for alle gode refleksjoner og diskusjoner, for at vi har kommet i mål med dette sluttresultatet.

Videre retter vi er stor takk til vår flotte veileder Kari Blindheim. Tusen takk for din fleksibilitet og raske svar på alle spørsmålene vi har hatt. Ikke minst en stor takk til dine gode råd og forslag i alle deler av masteroppgaven, dette har hjulpet oss mye. Deretter vil vi takke våre medstudenter, og spesielt takk til disse studentene Helene, Anna Sofie og Sigrid. Gjennom de siste to årene har dere vært til god støtte og en trygghet for oss. Vi har kunnet stille hverandre spørsmål og hjulpet hverandre til å fullføre helsesykepleierutdanningen. Våre andre medstudenter og lærere har også bidratt til gode refleksjoner og tips til utbedring av masteroppgaven gjennom seminarene i Ålesund.

Til slutt vil vi rette vår takknemmelighet mot familie og venner som har hatt troa på oss og bidratt med gode ord gjennom hele perioden. Takk til Ida og Ian som hjalp oss med den engelske oversettingen av sammendraget. Vi vil spesielt trekke frem våre kjærester Ulrik og Alexander som har vært gode bidragsyttere. De har hjulpet oss med å se sammenhenger i oppgaven, vært gode støttespillere og tilrettelagt hverdagen for oss.

Trondheim/Sigdal 12.mai 2024

Anette Kvernes Ellevold & Marta Emilie Hunstad

## Sammendrag

I denne masteroppgaven ønsket vi å se nærmere på helsesykepleiere sine erfaringer med veiledning av foreldre om skjermbruk. Vi lever i dag i en digitalisert verden hvor dagens samfunn er helt avhengig av å bruke skjerm, og dette påvirker barn på lik linje som voksne. Verdens helseorganisasjon presenterer viktigheten av at barn under fem år reduserer tid på skjerm, for å få en sunn oppvekst som inkluderer en bedre fysisk helse og positiv innvirkning på psykososial utvikling. I 2022 kom også helsedirektoratet med nasjonale faglige råd for skjermtid til barn. Helsesykepleier har en viktig rolle i å formidle råd og veilede foreldre om skjermbruk, og derfor det viktig å få innblikk i erfaringene helsesykepleiere har om dette. Formålet er å få innsikt i helsesykepleiere sin kunnskap om hvordan de kan styrke sin veiledningskompetanse i samhandling med foreldre, for å fremme balanserte og sunne skjermvaner hos barn. Med dette som utgangspunkt har vi benyttet følgende problemstilling:

*«Hvordan erfarer helsesykepleier å veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år?»*

For å besvare problemstillingen har vi foretatt en kvalitativ studie. Studien har en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, og det er brukt individuelle dybdeintervju som datainnsamlingsmetode. Valget falt på dybdeintervju fordi det er en passende metode når en ønsker å utforske flere sider av et fenomen, ut fra intervjupersonens erfaringer og opplevelser. Studiens utvalg består av seks helsesykepleiere som arbeider i helsestasjonstjenesten. Datamaterialet ble kodet, tolket og analysert ved bruk av tematisk analyse.

Resultatene viste at helsesykepleierne erfarte et behov for ytterligere basiskunnskap om skjermbruk og konsekvenser det har for barnet. De erfarte at de i er i en unik posisjon til å veilede foreldre med små barn, men fremhevet et godt kunnskapsgrunnlag som viktig for å kunne veilede på en god måte. Samtidig erfarte helsesykepleierne at en tillitsfull relasjon bygger grunnlaget for god veiledning. Hvordan helsesykepleierne tilnærmet seg foreldrene var avgjørende for hvordan veiledning om temaet skjermbruk utspilte seg. Helsesykepleierne la vekt på refleksjon og undring sammen med foreldrene, for å bevisstgjøre valgene de tar ovenfor barna sine. Likevel viste resultatene at alle helsesykepleierne erfarte skjermbruk som et sensitivt tema å ta opp, og at de var redde for å komme med pekefingeren i tilnærmingen. Dersom de opptrådte belærende ovenfor foreldrene kom de ingen vei i veiledningen. Å tilpasse veiledningen etter foreldrenes behov ble også sett som vesentlig. Helsesykepleiernes erfaringer blir i denne oppgaven drøftet opp mot tidligere forskning og teori om helsefremmende arbeid, empowerment og veiledning.

## Abstract

In this master's thesis, we wanted to explore public health nurses' experiences in advising parents regarding screen use. Today we live in a digitalized world where society is completely dependent on the use of screens, which affects our children as well as adults. The World Health Organization presents the importance of children under the age of five reducing screen time, in order to have a healthy childhood that includes better physical health and positive psychosocial development. In 2022, The Norwegian Directorate of Health also published national professional advice on screen time for children. Public health nurses have an important role in counseling and advice parents about their children's use of screens. Therefore, it is important to gain insight into the experiences public health nurses have in this regard. The purpose of this study is to gain insight into health nurses' knowledge of how they can strengthen their counseling and advice when interacting with parents, in order to promote balanced and healthy screen habits in children. Based on the above, we used the following research question: *"How do public health nurses experience advising parents regarding screen use in children between the ages 0 – 5?"*

To answer the question above, we conducted a qualitative study. The study had a hermeneutic phenomenological approach, and individual in-depth interviews were used to collect the data. The choice fell on in-depth interviews, because the method was suitable when exploring several sides of a phenomenon, based on the public health nurses' experiences. The study's sample consisted of six public health nurses who worked with children under the age of five. The data material was coded, interpreted, and analyzed using thematic analysis.

The results of this study showed that the health nurses experienced a need for additional basic knowledge regarding screens and the consequences they have for the child. They acknowledged that they are in a unique position to advice parents but highlighted the need for knowledge to be able to advice in an effective way. At the same time, the health nurses have learned that trust builds the foundation of good guidance. How they approached the parents was decisive for the outcome of the screen use guidance. The health nurses emphasized reflection and consideration with the parents, to make them aware of the choices they make for their children. Nevertheless, the results showed that all public health nurses experienced screen use as a sensitive topic to address, and that they were afraid to be instructive in their approach. An instructive approach was seen as risky. The finding of adapting the guidance individually to the parents' needs was important. In this thesis, the nurses' experiences are discussed against previous research and theory on health promotion, empowerment, and guidance.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>6</b>
1.1	OPPGAVENS OPPBYGNING	7
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK RAMMEVERK</b>	<b>8</b>
2.1	HELSEFREMMENDE ARBEID	8
2.2	EMPOWERMENT	9
2.3	VEILEDNING	10
<b>3.0</b>	<b>TIDLIGERE FORSKNING</b>	<b>12</b>
3.1	DIGITALISERT SAMFUNN OG FORELDRENES ROLLE I REGULERING AV BARNES SKJERMBRUK	12
3.2	VEILEDNING FRA HELSEPERSONELL	13
3.2.1	<i>Hvordan veilede og hvordan påvirker det foreldre og barnet</i>	13
3.2.2	<i>Individuell tilpasning</i>	14
3.2.3	<i>Helsesykepleiers kunnskap og tidsbegrensing</i>	14
3.3	SKJERMBRUKENS PÅVIRKNING PÅ BARNETS UTVIKLING	14
3.3.1	<i>Språk og atferd</i>	14
3.3.2	<i>Kognitiv utvikling og emosjonsforståelse</i>	15
3.4	OPPSUMMERING	15
<b>4.0</b>	<b>OPPGAVENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING</b>	<b>17</b>
4.1	AVGRENSING OG BEGREPSAVKLARING	17
<b>5.0</b>	<b>METODE</b>	<b>19</b>
5.1	BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	19
5.1.1	<i>Kvalitativ metode</i>	19
5.1.2	<i>Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming</i>	20
5.1.3	<i>Det kvalitative forskningsintervjuet</i>	20
5.2	FORSKERENS ROLLE OG FORFORSTÅELSE	21
5.3	FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRING AV DATAINNSAMLING	22
5.3.1	<i>Intervjuguide</i>	22
5.3.2	<i>Utvalg og rekruttering</i>	23
5.3.3	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	24
5.4	DATABEHANDLING OG ANALYSE	25
5.4.1	<i>Transkribering</i>	25
5.4.2	<i>Tematisk analyse</i>	26



5.5	STUDIENS KVALITET .....	29
5.5.1	<i>Reliabilitet</i> .....	30
5.5.2	<i>Validitet</i> .....	30
5.5.3	<i>Overførbarhet</i> .....	31
5.6	ETISKE HENSYN .....	31
<b>6.0</b>	<b>RESULTATER</b> .....	<b>33</b>
6.1	FAKTORER SOM PÅVIRKER VEILEDNINGEN OM SKJERMBRUK .....	33
6.1.1	<i>Relasjonens betydning i veiledningen</i> .....	33
6.1.2	<i>Foreldrenes holdninger og kunnskap om skjermbruk</i> .....	34
6.1.3	<i>Helsesykepleier sitt kunnskapsgrunnlag og ressurser</i> .....	35
6.2	STRATEGIER FOR Å KOMME I POSISJON TIL Å VEILEDE OM SKJERMBRUK .....	36
6.2.1	<i>Rutiner og verktøy for å veilede</i> .....	36
6.2.2	<i>Individuell tilpasning i veiledningen</i> .....	38
6.3	TILNÆRMING I VEILEDNINGEN AV SKJERMBRUK .....	39
6.3.1	<i>Reflektere sammen med foreldrene</i> .....	39
6.3.2	<i>Stimulere til bevissthet hos foreldrene</i> .....	40
6.3.3	<i>Bort fra pekefingermentalitet</i> .....	41
<b>7.0</b>	<b>DISKUSJON AV RESULTATER OG METODE</b> .....	<b>44</b>
7.1	HELSESYKEPLEIERENS RESSURSER I VEILEDNING OM SKJERMBRUK .....	44
7.2	BETYDNING AV TILLITT OG RELASJON I VEILEDNING OM SKJERMBRUK .....	46
7.3	HELSESYKEPLEIERENS TILNÆRMING I VEILEDNING OM SKJERMBRUK .....	47
7.3.1	<i>Individuell tilpasning av familien i tilnærmingen</i> .....	49
7.4	STYRKER OG BEGRENSNINGER MED STUDIEN .....	50
<b>8.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>52</b>
	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>54</b>
	<b>VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV MED TILHØRENDE SAMTYKKESKJEMA</b> .....	<b>61</b>
	<b>VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>65</b>
	<b>VEDLEGG 3: VURDERING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER FRA SIKT</b> .....	<b>67</b>

## 1.0 Introduksjon

Denne masteroppgaven handler om helsesykepleiere sine erfaringer med veiledning av foreldre om skjermbruk til barn i aldergruppen 0-5 år. Den er skrevet i form av en monografi etter retningslinjene til NTNU.

Vi lever i dag i en digitalisert verden hvor dagens samfunn er helt avhengig av å bruke skjerm. Det finnes mange positive sider ved skjermbruk, hvor det nyttiggjøres som verktøy i hverdagen både privat og i jobbsammenheng. På samme måte som voksne blir også barna våre påvirket av dagens digitale samfunn, der barna er avhengig av å utvikle gode digitale ferdigheter og kommunikasjonsevner. En kjent problemstilling for foreldre er hvilke regler de skal sette rundt barnas skjermbruk, da skjermen benyttes som underholdning (Bufdir, u.å.).

Det er normalt at barnet ønsker å benytte skjerm som underholdning, da de ser at andre i familien bruker den. Skjermen kan være et godt samlingssted for familien, men likevel skal ikke skjermen erstatte foreldrenes kommunikasjon med barnet (Bufdir, u.å.). Balanse på skjermbruk i familiens hverdag er derfor essensielt (Medietilsynet, 2021). I 2019 kom verdens helseorganisasjon (WHO) med nye retningslinjer for barn under 5 år knyttet til sittestillende aktivitet, fysisk aktivitet og søvn. WHO presenterer her viktigheten av at barn under fem år reduserer tid på skjerm for å få en sunn oppvekst som inkluderer en bedre fysisk helse og positiv innvirkning på psykososial utvikling (World Health Organization, 2019). Barnets skjermbruk påvirker hjernens utvikling, da skjermtiden stjeler tid fra sosialt spill eller andre aktiviteter som er positive for utviklingen (Medietilsynet, 2021: Bufdir, u.å.). Videre assosieres økt skjermtid med større risiko for fedme, fordi skjermaktivitet er pasifiserende og stjeler tid fra andre fysiske aktiviteter (Øen, 2022, s. 31).

Helsedirektoratet kom i 2022 for første gang med nasjonale faglige råd for skjermtid til barn 0-5 år, hvor de trekker fram at begrenset skjermtid for barn har betydning for deres kognitive, sosiale og motoriske utvikling. For 1-åring frarådes skjermtid og fra barnet er 2 år bør skjermtid begrenses til én time daglig. Bruk av skjerm og andre stillesittende aktiviteter for barn eldre enn 2 år bør begrenses og balanseres med fysisk lek og aktive utfoldelser. Samtidig tydeliggjør rådene at de ikke bør gå utover barnets behov for søvn og hvile, og dersom skjerm brukes bevisst i læringsøyemed havner det utenfor rådene (Helsedirektoratet, 2022a). Digitale verktøy i læreøyemed fremmes for barn i barnehagealder, fordi det støtter opp om barns læringsprosesser og bidrar til barnets evne til lek, læring og kreativitet (Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, 2017, kap. 8). Man skiller mellom aktiv og passiv skjermbruk. Passiv skjermbruk inkluderer tiden barnet bruker

skjerm hvor det er begrenset læring, fysisk aktivitet eller samspill med andre. Aktiv skjermbruk inkluderer skjermaktiviteter som bidrar til læring, styrker kognitiv eller motorisk utvikling, samt sosial utvikling ved at man har kontakt med venner og familie (Helsenorge, 2022).

Helsesykepleiere i helsestasjonstjenesten møter nesten alle barn i alderen 0-5 år og deres familier. Arbeidet deres er rettet mot det helsefremmende og forebyggende perspektivet. En av helsesykepleierne sine hovedoppgaver er å veilede og gi råd til foreldre om ulike temaer. Målet er at foreldre skal oppleve mestring i foreldrerollen, etterstrebe et godt samspill med barnet og fremme god utvikling for barnet (Helsedirektoratet, 2022b; Dahl, 2020, s. 136). Helsesykepleier har derfor en essensiell rolle i å formidle råd om skjermtid til foreldre. Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene i helsestasjonsprogrammet skal også helsesykepleier gi foreldreveiledning og helseopplysning om temaet skjermbruk da barnet er 4 uker, 6 måneder, 2 år og 4 år (Helsedirektoratet, 2022b). For å kunne formidle og veilede foreldre på en god måte er det viktig at helsesykepleier har kunnskap om skjermbruk, samt innblikk i egen fag- og veiledningskompetanse.

### 1.1 Oppgavens oppbygning

Først presenteres studiens teoretiske rammeverk, etterfulgt av tidligere forskning omkring tema. Deretter beskriver vi studiens formål, hensikt og problemstilling. Videre redegjør vi for studiens metodiske grunnlag og hvordan studien er planlagt og gjennomført. Funn fra studien presenteres i resultater. I siste del diskuteres utvalgte funn opp mot studiens teoretiske rammeverk og tidligere forskning, før oppgaven avsluttes med en methodediskusjon før konklusjon.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid vil si prosessen som setter mennesker i posisjon til å øke kontroll over og forbedre egen helse. Tankegangen om det helsefremmende perspektivet har sin bakgrunn i Ottawa Charteret i 1986, der målet «helse for alle» ble lansert (World Health Organization, 1998). Den sentrale verdien i det helsefremmede arbeidet er økt innflytelse og bestemmelse over eget liv (Mæland, 2020, s.240). Tanken bygger på en modell som skal fremme brukerens egne ressurser og strategier for mestring, som muliggjøres ved å formidle helseinformasjon og tilrettelegge for gjensidig dialog. På denne måten kan brukeren gjøres i stand til selvstendige avgjørelser i spørsmål knyttet til egen helse (Dahl, 2020, s. 138).

WHO definerer helse som en tilstand av komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og skrøpeligheit (World Health Organization, 1946). Definisjonen beveger seg fra sykdomsorientering til ressursorientering, og var starten på det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2010, s. 24-25). Den tidligere autoritære tilnærmingen “ovenfra og ned” kan knyttes mot begrepet helsefremmede arbeid innen medisin. Fra at helsetjenesten hadde ansvar for folkets helse, rettes det helsefremmende arbeidet seg nå mot at den enkelte har hovedansvar for sin egen helse. Et hovedprinsipp i det helsefremmende arbeidet er å omfordele makt fra fagperson til bruker, med hensikt om å styrke brukerens ressurser, autonomi og tro på seg selv (Tveiten, 2020, s. 26; Mæland, 2020, s.240). Det handler om at helsefagpersoner involverer den enkelte forelder eller foreldrepar gjennom dialog ved å lytte, ha respekt for og anerkjenne deres behov, ønsker, kunnskap og vurdering, for å stimulere til brukermedvirkning. Men det stiller krav til at helsesykepleier har faglig innsikt for å kunne opplyse, foreslå, antyde og oppfordre brukeren til løsninger (Clansy, 2020, s. 166).

Tilnærmingen i det helsefremmede arbeidet skal være prosessorientert som innebærer at tilnærmingen skal være helhetlig og bærekraftig. I prosessen er brukerens behov skiftende og blir tilpasset deretter. Videre skal tilnærmingen være systemteoretisk som omhandler å se på de faktorene som påvirker brukerens helse og hvordan dette kan optimaliseres. Det helsefremmede arbeidet styres av behovene, kunnskapen og verdiene menneskene i samfunnet har, hvor arbeidsformene som brukes er erfaringsbasert og utprøvende (Mæland, 2020, s. 238). Det familierettede helsefremmede arbeidet på det allmenne plan, omhandler å styrke familiens egne ressurser. Dette innebærer at helsepersonell skal ha en generell kompetanse og kapasitet innenfor de offentlige tjenestoområdene (Mæland, 2020, s.259). Individrettet helsefremming handler om at helsepersonell skal ha en individuell tilnærming som hjelper brukere til å finne mestringstrategier og

ressurser for å forbedre sin helse. Respektfull dialog med enkeltmennesket skal her bidra til at brukeren tar selvstendige valg (Mæland, 2020, s. 261, s. 240-241).

## 2.2 Empowerment

Som et rammeverk for helsefremming er empowerment-tenkningen. Empowerment handler om å oppnå større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse, og bidrar til å øke kapasiteten til å ta gode valg (World Health Organization, 2009). Den norske oversettelsen av begrepet Empowerment er *myndiggjøring*. Begrepet representerer et motsvar på det paternalistiske synet på brukeren, som handler om en tilnærming der helsepersonell tar beslutninger om brukeres helse og omsorg uten å ta hensyn til pasientens egne ønsker og behov. Motsvaret betyr at brukeren selv har innflytelse over egen helse. Det kan også forklares ved at brukeren ikke er en mottaker, men en *deltaker* knyttet til egen helse (Tveiten, 2020, s. 33).

Prinsippene medvirkning, maktfordeling og anerkjennelse av brukerens kompetanse på seg selv vektlegges i Empowerment-tenkningen (World Health Organization, 2009). En forutsetning for brukermedvirkning er at brukeren selv har rett til å bestemme om en utfordring eksiterer og hva det dreier seg om. Det handler om at brukeren er ekspert på seg selv, ved å anerkjenne egne opplevelser, tanker og behov. Gjennom dette har den enkelte kontroll til å definere hva som skal gjøres med utfordringen og velge mellom ulike former for hjelp (Tveiten, 2020, s. 41). Askheim (2012, s. 17) hevder at en grunnleggende holdning i Empowerment er at mennesket i utgangspunktet er et aktivt og handlende individ, som har en iboende vilje til å ta ansvar for eget liv dersom det legges til rette for det. Brukeren er ekspert på seg selv, men har ikke nødvendigvis faglig kunnskap til å ta avgjørelser som gjelder egen helse på egen hånd. Samhandling mellom bruker og fagperson er derfor essensielt slik at brukeren får ta del i faglig kunnskap som fagpersonen innehar, samtidig som fagpersonen får økt forståelse for brukeren. Begge sin kompetanse må anerkjennes i samhandlingen for at reell brukermedvirkning skapes (Tveiten, 2020, s. 41-42).

Omfordeling av makt er hovedideen i empowerment-tenkningen. Askheim (2012, s. 12) beskriver begrepet empowerment som at mennesker er i en avmaktssituasjon som de skal komme seg ut av. Ved å bygge opp individuell styrke og selvtillit, klarer den enkelte å bli i stand til å realisere sine egne ressurser og tilegner seg mer makt eller kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s. 56). For å hjelpe brukeren til å ta kontroll over eget liv er en grunnleggende tilnærming å skape en bevissthet hos den enkelte for hvordan egen situasjon henger sammen med ytre forhold. Her blir dialog sett på som den viktigste metoden til bevisstgjøring. Refleksjon i dialogen bidrar til at mennesket selv får en forståelse for at de må kjempe for endring, og på denne måten skape grobunn for handling og at mennesket tar

styring over eget liv (Askehim, 2012, s. 21-23). Som helsesykepleier kan det handle om å om å styrke foreldrene til å ta bevisste valg for barnets helse og velvære, noe som kalles å øke foreldrenes *helsekompetanse*, «Health literacy» (Tveiten, 2020, s.52). Å øke foreldrenes helsekompetanse bidrar til at foreldre får økt kunnskap om hvordan skjermbruk påvirker barnets utvikling, og at de gjennom økt kunnskap vil kunne ta valg som fremmer barnets helse og utvikling positivt.

En forutsetning for empowerment er en arena som bygger på en likeverdig relasjon og fri bruk av makt, samtidig som brukerens verdier står i fokus (Walseth og Malterud, 2004). Tillitt som gjerne følger rollen som fagperson, innebærer at mennesker som søker hjelp vil lettere kunne vise sårbarhet ovenfor en fagperson enn et annet menneske (Eide og Eide, 2018, s. 26). Som bruker er det lett å underkjenne egen kompetanse, fordi fagpersonen sitter på en reell og formell fagkompetanse som for mange representerer makt. Relasjonen mellom makt og tillitt er derfor tett. En forutsetning for å opprettholde en likeverdig og tillitsfull relasjon er at fagpersonen er bevisst på egen funksjon, har kunnskap om empowerment-prosessen og tar konsekvensen av eget ansvar i samhandlingen (Tveiten, 2020, s. 49-51) Det representerer en etisk fordring om at fagpersonen ikke misbruker makten som finnes i en slik tillitsrelasjon (Eide og Eide, 2018, s. 26).

Helsesykepleier har en aktiv rolle i å styrke foreldrenes bevissthet. Empowerment bidrar til denne bevisstgjøringen og gjør foreldrene i stand til å ta informerte beslutninger knyttet til barnets helse. Ved at helsesykepleier inviterer foreldrene til å finne egne løsninger i beslutningsprosesser knyttet til eget barn, tillater det dem å ta kontroll slik at de betrakter seg selv som eksperter. Dette vil styrke deres tro på seg selv, bidra til økt selvstendighet og muligheten til mestring (Tveiten, 2020, s. 46).

### 2.3 Veiledning

En intervensjon eller metode i empowerment-prosessen er *veiledning*. Målet med veiledning er at fagutøveren skal tilrettelegge for at den enkelte tar kontroll over eget liv og egen helse, gjennom bevisstgjøring og ved å rette oppmerksomhet mot forhold som påvirker dette (Tveiten, 2020, s. 97). Hensikten er å styrke brukerens mestringskompetanse. Gjennom refleksjon og læring skal veilederen hjelpe brukeren til å selv finne svar, med den forutsetningen at brukeren selv er aktiv i veiledningen (Tveiten, 2020, s. 102). Tveiten (2020, s. 98) definerer veiledning som en prosess som er relasjonell, formell og pedagogisk hvor hensikten er å styrke mestringskompetansen gjennom dialog.

En fagperson innehar kunnskap som man ønsker å formidle videre til brukeren, Brukeren trenger kunnskap, råd og stimulering til refleksjon for å øke egen bevissthet og mestringskompetanse, slik at hen klarer å mestre eget liv (Tveiten, 2020, s. 98). Kunnskap brukeren trenger og som fagpersonen

innehar, innebærer makt. Derfor har den pedagogiske formidlingsevnen fagpersonen har, betydning for om kunnskap videreføres til brukeren. Helsepsykepleier stiller bevisste spørsmål med utgangspunkt i foreldrenes behov, forståelse og erfaring, for å stimulere til refleksjon. I dette ligger det et bevisst og etisk ansvar slik at foreldrenes autonomi og likeverd ivaretas. Likevel er det opp til dem selv å ta avgjørelser basert på kunnskap og ferdigheter de har fått. Foreldrenes frie vilje står sterkt, og det er opp til den enkelte hva de velger å gjøre med informasjonen (Tveiten, 2020, s. 100 – 101).

Gjennom veiledning etablerer man en relasjon til et individ eller en familie, som bidrar til at de forbedrer evner til mestring og egenomsorg (Glavin, 2020, s. 180). En veiledning må være støttende, utfordrende og anerkjennende, og her har relasjon stor betydning. For at en forelder skal komme i posisjon til å bli veiledet er tillitt og fortrolighet til helsepsykepleier et viktig aspekt (Tveiten, 2020, s.100). Eide og Eide (2018, s. 26) hevder at tillitt er gjensidig og ikke forutbestemt. For at helsepersonell skal vise tillitt må de gi fra seg makt, slippe kontroll og ta en risiko. Og når en forelder blir vist tillitt til, kan det innebære å bli invitert inn på et område som ikke er forutbestemt, og det kan komme overraskende. En gjensidig dynamikk oppstår, der begge parter slipper kontroll og er henvist til å stole på den andre (Eide og Eide, 2018, s. 26). En relasjon som bygger på tillitt er derfor noe en veileder ofte legger vekt på i en veiledningsprosess, fordi en god dialog ofte kommer med en god relasjon (Tveiten, 2020, s.101). En veileders ønske i denne prosessen er å være en person som kan speile brukerens behov og muligheter til mål, som bidrar til at den enkelte tar kontroll over eget liv (Eide og Eide, s. 258).

Tveiten (2020, s. 103) illustrerer en veiledningsprosess gjennom fem faser: *forberedelsesfase, bli-kjent fase, arbeidsfase, avslutningsfase og en avsluttende refleksjon*. Forberedelsesfasen handler om å planlegge at veiledningen skal foregå, selv om innholdet vanligvis ikke kan planlegges fordi man skal ta utgangspunkt i brukerens behov. Praktiske forhold og å sette seg inn i brukerens bakgrunn er viktig i denne fasen. Bli kjent-fasen handler om å bli kjent med brukeren og legge til rette for en tillitsfull relasjon, slik at brukeren er i posisjon til å bli veiledet. I arbeidsfasen lytter man til brukeren gjennom dialog. Målet er å forstå brukerens egne behov, opplevelser og vurderinger, for å kunne finne ut hva brukeren selv synes er viktig. Avslutningsfasen handler om å oppsummere veiledningen her og nå. Ved veiledningens slutt er målet at refleksjonen fortsetter for begge parter (Tveiten, 2020, s. 103-106).

### 3.0 Tidligere forskning

De 21 inkluderte forskningsartiklene kan relateres til barns skjermbruk eller veiledning. Gjennom søk i databaser fant vi ingen artikler direkte knyttet til vår problemstilling. Det var vanskelig å finne forskning med et helsesykepleierperspektiv. Perspektivene i forskningen kan derfor være fra andre synsvinkler som fra foreldrene eller annet helsepersonell. Videre omhandler noe av forskningen om veiledning på andre temaer enn skjermbruk, som for eksempel ernæring eller søvn. Resultatene er likevel benyttet, fordi funnene kan være relevante til vårt tema. Inkludert forskning omhandler i tillegg skjermbrukens påvirkning på barnets utvikling, noe vi mener er relevant fordi helsesykepleier benytter denne kunnskapen i veiledning av foreldre. Samtidig viser konsekvenser av skjermbruk betydningen for hvorfor denne problemstillingen er viktig.

Søkene etter relevant forskning ble utført i databasene Medline, Cinahl, PubMed og Oria. Søkordene som er benyttet for å finne relevante forskningsartikler er «preschool children», «screen time», «parents», «parenting education», «counseling», «child development/development» og «public health nurse».

#### 3.1 Digitalisert samfunn og foreldrenes rolle i regulering av barns skjermbruk

Flere studier fremhevet verden i dag som svært digitalisert, hvor skjermen er uunngåelig. Skjermen er blitt en del av samfunnet og flere familier benytter den i en strevsom hverdag. Funnene viste at foreldrene aksepterer skjermbruk til pedagogisk formål, fordi skjermbruken da ikke vil være skadelig for barnas utvikling (Findely et al., 2022; Henström et al., 2020). Findely et al. (2022) fremhevet viktigheten ved å skille mellom kvaliteten på skjermbruk. Skjerm kan brukes positivt i samhandling med familien, for å takle stress for mor og som læringsverktøy for barnet.

Tang et al. (2018) trakk fram at foreldre er rollemodeller for barna sine, hvor foreldrenes bruk av skjerm kan ha stor innflytelse på barnets egen skjermbruk. Resultatene fra denne studien viste at slik kunnskap bør benyttes inn i veiledningen av foreldre. Andre studier fremhevet at regler foreldrene setter angående skjermbruk reduserte barnets skjermtid (Burnet et al., 2023; Miguel- Berges et al., 2019; Neshteruk et al., 2021). Herunder kom det fram i studien til Burnet et al. (2023) at barn av foreldre med enighet om regler rundt skjermbruk er mindre engasjerte i skjermaktivitet. En annen studie fremhevet tydelige regler fra foreldrene som essensielt for å begrense bruk av skjerm (Miguel- Berges et al., 2019).



## 3.2 Veiledning fra helsepersonell

### 3.2.1 Hvordan veilede og hvordan påvirker det foreldre og barnet

Studien til Sandvik et al. (2018) omhandler samspill mellom barnet og foreldrene. Resultatene viste at anerkjennelse av det foreldrene gjorde bra i samspillet med barnet, hadde stor betydning for å kunne veilede på utfordrerne temaer. Videre viste studien at veiledning ikke bør foregå på en belærende måte, men at man heller skal legge vekt på å styrke foreldrenes mestring og opplevelse av egenkompetanse. Funn fra andre studier fremhevet at god kommunikasjon i veiledning av søvn og ernæring bidrar til at den enkelte opplever god støtte fra helsesykepleier eller helsepersonell (Sandtrø et al., 2022; Helle et al., 2023; Kane et al., 2007). En god relasjon mellom foreldre og helsesykepleier er betydningsfullt for søvnveiledningen (Sandtrø et al., 2022). Samtidig presenterte studien til Henström et al. (2020) at foreldre fikk varierende grad av god støtte fra helsesykepleieren i veiledning om ernæring. Herunder ble det fremhevet et ønske fra foreldrene om mer konkrete råd under en veiledning. Funnene i studien til Vincent et al. (2021) viste at veiledning og råd om skjermbruk fra helsepersonell anses som legitime av foreldre. Likevel ble det uthevet at kun halvparten av helsepersonell kommer med informasjon om skjermbruk (Vincent et al., 2021). Andre studier framstilte at foreldrene var svært mottakelig for veiledning og helsesykepleierne hadde innflytelse, da de opplevde å bli lyttet til og at foreldrene hadde tillit til deres veiledning (Helle et al., 2013; Henström et al., 2020). Foreldrene var spesielt mottakelige for slik veiledning i nye faser av barnets utvikling på temaene skjermbruk, ernæring og fysisk aktivitet (Henström et al., 2020).

Studiene i dette avsnittet fremhevet at foreldreprogram, både individuelt og i gruppe, er essensielt for veiledning. Kane et al. (2007) så på foreldres erfaringer av foreldreprogrammer, med hensikt å bevisstgjøre beslutningstakere om hvilke nøkkelfaktorer foreldrene oppfattet som verdifullt. De fant at veiledning førte til mestring og styrket kontroll over håndtering av barnets atferd. Foreldrene økte empatien for barnet sitt og skyldfølelsen deres ble redusert. Heffler et al. (2022) fant at foreldre økte sin trygghet og kunnskap i samhandling med barna sine gjennom foreldreprogram. Hvor kunnskapen bidro til å forbedre foreldrenes forståelse av hvordan skjermbruk påvirket barnets utvikling. Dette resulterte i endring hos foreldrenes atferd og positive forandringer i det sosiale samspillet mellom barnet og foreldrene (Heffler et al., 2022). Veiledning i grupper ble trukket fram i to studier som positivt for foreldre som er i samme situasjon, da det bidro til refleksjon og støtte dem imellom (Henström et al., 2020; Kane et al., 2007).

### 3.2.2 Individuell tilpasning

Resultatene fra studiene i dette avsnittet trakk fram viktigheten av individuell tilpassing i veiledningen av foreldre. Heffler et al. (2022) fant at individuell tilpasning med hensyn til foreldrenes behov ble gjort gjennom støtte og opplæring fra fagpersonell. Tidspunkt for veiledningen ble blant annet tilpasset etter foreldrenes kalender, og den kunne gjennomføres ved telefonsamtaler. En annen studie trakk fram at foreldrene ikke ønsket at barna skal bruke for mye tid foran skjermen, men uttrykte at skjermen et nyttig hjelpemiddel i familiens travle hverdag. Råd helsestasjonen kommer med bør derfor være tilpasset familien slik at bekymringene og stresset reduseres for foreldrene (Henström et al., 2020). Foreldre med førstefødte barn er mer åpne for veiledning av helsesykepleier, som er en av grunnene til viktigheten av ivaretagelse av den enkelte familiens behov (Helle et al. 2023). Lite anerkjennelse, begrenset tilgjengelighet og begrenset individuell tilpasning fra helsesykepleierne gjorde veiledningen av foreldre utfordrende (Sandtrø et al. 2022).

### 3.2.3 Helsesykepleiers kunnskap og tidsbegrensing

Flere studier trakk fram ressurser og kunnskap fra helsepersonell som essensielt ved en veiledning. En studie fremhevet at helsepersonell hadde gode kunnskaper om innholdet i retningslinjene og at rådene angående barns fysiske aktivitet, skjermtid og søvn ble gitt i samsvar med disse (Hewitt et al. (2021). Dette støttet også studien til Heffler et al. (2022) som sier at veiledningen som ble utført av kvalifiserte helsepersonell ble godt mottatt av foreldrene. Samtidig vises det at dokumentasjonen av rådene som ble gitt i veiledningen var mangelfull (Hewitt et al. 2022). Manglende ressurser som tidspress og kunnskap fikk også oppmerksomheten i veiledningen (Sandtrø et al., 2022; Helle et al., 2023). Tidspresset og manglende kunnskap førte til at veiledningen ble utfordrende for helsesykepleierne, og at de ikke fikk tid til å utføre en helhetlig tilnærming i veiledningen (Sandtrø et al., 2022). Resultatene i studien til Helle et al. (2023) fremhevet at helsesykepleierne hadde begrenset tid til å holde seg faglig oppdatert som førte til at de fikk en følelse av å ikke strekke på spørsmål foreldrene hadde.

## 3.3 Skjermbrukens påvirkning på barnets utvikling

### 3.3.1 Språk og atferd

Flere studier så på sammenhengen mellom mye skjermbruk og forsinket språkutvikling eller atferdsproblemer. En studie fant at forsinket språkutvikling gjaldt spesielt skjermtid barnet har alene. Skjermtid barna hadde sammen med foreldrene ga derimot barna bedre fonologiske, språklig uttrykksevner og generelle språkevner (Mustonen et al., 2022). En annen studie uthevet derimot pedagogiske skjermaktiviteter som positivt for barnets ordforråd, men også betydningsfullt for barnas

atferd. Tiden som investeres i utvalgte aktiviteter i tidlig barndom har derfor påvirkning på barnets senere utvikling (Gialamas et al., 2022). To studier fant at tiden barn 0-5 år benytter på skjerm har betydning for hvor mye barnets utvikling påvirkes, der økt skjermtid ble forbundet med dårlige utviklingsresultater (McArthur et al. 2022; Gülbetekin & Yildirim, 2023). En studie fant at økt skjermtid knyttes til problematferd, rapportert av foreldre (Gialamas et al., 2020). Skjermbruk ble også knyttet til negativ påvirkning på barnets selvreguleringssevne. Her ble det også knyttet sammenhenger mellom om barnet hadde søsken eller ikke, der enebarn kom dårligere ut i forhold til selvreguleringssevnen (Gülbetekin & Yildirim, 2023).

### 3.3.2 Kognitiv utvikling og emosjonsforståelse

En studie viste at minimering av skjermtid vil være helsefremmede og sykdomsforebyggende for småbarn (Poitras et al., 2017). Studiene til Zhang et al. (2022) og Poitras et al. (2017) peker på sammenhengen mellom økt skjermtid og redusert kognitiv utvikling. Videre uthevet resultatene i studien til Poitras et al. (2017) at dette hadde sammenheng med den sittestillende aktiviteten skjermbruk skaper. Disse funnene har fokus på å erstatte skjermbasert sittestillende atferd med lesing og historiefortelling for å fremme den kognitive utviklingen til barnet.

Resultatene i studien til Fitzpatrick et al. (2023) fremhevet at økt skjermtid under pandemien hadde negativ betydning for barnets følelsesregulering. Derfor er det viktig å støtte foreldre i å etablere sunne medievaner i et tidlig forløp. En annen studie satte søkelyset på at begrenset skjermtid i tidlig levealder gir barnet bedre emosjonsforståelse senere i livet, hvor barnet forstår egne tanker og følelser ytterligere. Denne studien la spesielt vekt på TV-titting som også hadde påvirkning i negativ retning på mental forståelse, hvor jenter hadde større utslag enn gutter (Skalicka et al., 2019).

## 3.4 Oppsummering

Den inkluderte forskningen omhandler det digitaliserte samfunnet vi i dag lever i. Videre ble foreldrenes rolle i regulering av barnets skjermtid trukket fram som betydningsfullt for barnets utvikling. Skjerm som pedagogisk verktøy ble fremhevet i forskningen som en positiv side, hvor barnets skjermtid sammen med foreldre hadde betydning. Forskningen viste at skjermbruk har påvirkning på barnets atferd, emosjonsforståelse, språkutvikling og kognitiv utvikling, samt at det er pasifiserende for barnet. Deretter fremhevet forskningen hvordan helsepersonell kan veilede foreldrene, og påvirkningen veiledningen har i hverdagen til barnefamiliene. Herunder ble individuell tilpasningen i veiledning satt søkelys på for å nå fram til foreldrene. I litteratursøket fant vi ingen

forskning direkte knyttet til vår problemstilling, som indikerer et kunnskapshull som er aktuelt å gjøre en studie på.

## 4.0 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer helsesykepleierne har med å veilede foreldre om skjermbruk hos barn i aldersgruppen 0-5 år. Formålet er å bidra til økt innsikt i helsesykepleieres kunnskap om hvordan de kan styrke sin veiledningskompetanse i samhandling med foreldre, for å fremme balanserte og sunne skjermvaner hos barn. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste som skal bidra til å ivareta psykisk og fysisk helse, samt gi et helsefremmede og forebyggende tilbud til familier (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2). Helsesykepleierutdanningen har fokus på en praksisnær og forskningsbasert utdanning samt at helsesykepleierne skal bidra til bærekraftig utvikling av tjenesten. Dette innebærer blant annet at helsesykepleier skal følge råd, retningslinjer og lover, samt møte samfunnets krav om kunnskapsbaserte og likeverdige tjenester (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanningen, 2021, § 2). En viktig del av det helsefremmede og forebyggende arbeidet er derfor å fremme rådene og veilede om skjermbruk hos barn (Helsedirektoratet, 2022a). Fordi det ikke finnes forskning direkte knyttet til vår problemstilling, vil denne studien gi verdifull kunnskap om helsesykepleiernes veiledningskompetanse på skjermbruk, og derfor være fagutviklende i praksis. Med dette som bakteppe håper vi å løfte fram gode refleksjoner med denne problemstillingen:

«*Hvordan erfarer helsesykepleier å veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år?*»

### 4.1 Avgrensning og begrepsavklaring

Studien utforsker helsesykepleiere sine erfaringer, da dette vil bidra til å gi helsesykepleiere kunnskap som kan benyttes i arbeid mot barnefamiliene. En av hovedoppgavene til helsesykepleierne i konsultasjoner på helsestasjon er å veilede foreldrene på ulike temaer, derfor er det viktig å få innblikk i erfaringene helsesykepleiere har for nettopp dette. Problemstillingen avgrensner barnets alder til 0-5 år, fordi det er en gruppe som er tilgjengelig for helsesykepleier på helsestasjonen. Samtidig vil helsefremmende intervensjon i tidlig alder, bidra til å forebygge eventuelle konsekvenser senere. Videre begrenser vi til kun barnets skjermbruk, eller det som kan påvirke barnets skjermbruk.

Studiens problemstilling utforsker helsesykepleiernes erfaringer med veiledning av foreldre om skjermbruk. I denne sammenheng innebærer *veiledning* at helsesykepleier har en sentral rolle for at foreldre skal ta styring over eget liv og helse (Tveiten, 2020, s. 97). I kapittelet om teoretisk rammeverk er veiledning beskrevet ytterligere. Vi benytter begrepet *foreldre* selv om vi er klar over at foreldre ikke omfavner alle personer med omsorgsansvar for barn 0-5 år. Videre inkluderer problemstillingen temaet skjermbruk. I helsedirektoratets nasjonal faglige råd benytter de begrepet *skjermtid*. Vi velger derimot å bruke ordet *skjermbruk* i denne studien, fordi begrepet blir benyttet i

de nasjonale faglige retningslinjene gjennom helsesykepleierens oppgaver om foreldreveiledning og helseopplysning (Helsedirektoratet, 2022b).

## 5.0 Metode

I dette kapitlet redegjøres valg av metode for å kunne besvare problemstillingen: «*Hvordan erfarer helsesykepleiere å veilede foreldre om skjermbruk til barn mellom 0-5 år?*». Følgende presenteres valget av kvalitativ metode, forskerens rolle og forforståelse, forberedelse og gjennomføring av datainnsamling, databehandling og analyse, studiens kvalitet og til slutt etiske hensyn.

### 5.1 Bakgrunn for valg av metode

Det er valgt et kvalitativt design med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med individuelle intervju av seks helsesykepleiere i denne studien. Bakgrunn for valg av metode baserer seg på problemstillingen vi ønsker å utforske. Kvalitativ metode er passende når en ønsker å utforske verden ut fra intervjupersonenes side, hvor individets erfaringer og opplevelser av verden har fokus (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Dermed er kvalitativ metode egnet for å undersøke valgt problemstilling da en ser på helsesykepleierens erfaringer med veiledning av foreldre.

#### 5.1.1 Kvalitativ metode

Hensikten med en kvalitativ studie er å få fram flere ulike sider av fenomenet som forskes på, ut fra intervjupersonenes erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). I kvalitativ forskning vektlegges forståelse og nærhet til deltakerne hvor det er et åpent samspill mellom deltaker og forsker (Tjora, 2017, s.24). Samspillet mellom deltager og forsker er essensielt for datainnsamlingen hvor forsker bør etterstrebe en åpen tilnærming (Malterud, 2021, s. 42).

Kvalitativ metode gir data som utformes hos det individuelle mennesket i en sosiokulturell sammenheng. Denne kunnskapen gir oss informasjon om mening, betydning og nyanser av ulike atferd og hendelser som kan gi oss en forståelse for hvorfor mennesker handler på ulike måter. Dette gjøres ved å se på individets opplevelser, tanker, erfaringer, motiver, forventninger og holdninger (Malterud, 2021, s. 30-31). I dette forskningsprosjekt ønsker vi å ta del i erfaringene helsesykepleierne har med veiledning av foreldre om skjermbruk og hvilke elementer som de mener bør ligge til grunn for å etterstrebe en god veiledning. Denne metoden vil derfor gi oss en betydning og mening av helsesykepleierens erfaringer, samt ulike nyanser av erfaringene som kommer fram under studien.

Kvalitativ forskningsmetode bygger ofte på paradigmet induktiv tilnærming, hvor vi trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2021, s. 27). Dette vil si at man beveger seg fra datamaterialet til teorien, hvor man først ser på virkeligheten for så å bygge opp, forsterke og forfine teorien. Dette omfatter praksisnære studier hvor man etterstreber erfaringer som danner et grunnlag

for å forme en antagelse om hvordan virkeligheten generelt ser ut. Den induktive slutningen kan knyttes nært opp til hverdagstenkningen mennesker har, hvor vi har flere enkeltobservasjoner som bygger et bilde av hvordan verden ser ut (Nyeng, 2021, s. 59-60). Vår studie har derfor en induktiv slutning, da vi har intervjuet deltakere om deres erfaringer som samles og analyseres.

### 5.1.2 Hermeneutisk fenomenologisk tilnærming

Studien vil ha en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, da den ønsker å tolke og forstå menneskelige erfaringer. Fenomenologien handler om å komme nærmere virkeligheten slik vi oppfatter den som helhetlige mennesker. Videre ønsker fenomenologien å utforske sosiale fenomener fra individets egne perspektiver. Den er opptatt av å se på individets erfaringer og opplevelser av verden, samt at den tar hensyn til kroppens og menneskenes handlinger i historiske sammenheng. I det kvalitative forskningsintervjuet har også fenomenologien sin plass ved fokus på å innsnevre intervjuet til individets subjektive opplevelse av livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46). Vår problemstilling omfatter disse elementene da vi under hele studien hadde fokus på deltagerens subjektive opplevelse av veiledning med foreldre, samt deltakerens ulike perspektiver ut fra mellommenneskelige sammenhenger.

Hermeneutikken omhandler læren om fortolkning av tekster. Målet med hermeneutikk er å forstå hva teksten betyr, hvor fortolkning av mening gjennom menneskelige uttrykk er sentralt i sammenheng med problemstillingen og tekstens tema. I den hermeneutiske fortolkningen vektlegges forskernes forkunnskaper om temaet, hvor man ønsker å oppå en allmenn forståelse og gyldighet av tekstens betydning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73-74). Forholdet mellom deler og helhet samt betydning av selvrefleksjon og kontekst, legges spesielt vekt på i hermeneutikken. Vår oppgave knyttes mot flere av Malteruds (2021, s.28-29) prinsipper i hermeneutikken, men kan ikke omtales som direkte hermeneutisk da man ikke kan si at hermeneutikken eier de omtalte egenskapene mer enn andre filosofiske retninger.

### 5.1.3 Det kvalitative forskningsintervjuet

For å utforske problemstillingen ble det benyttet individuelle dybdeintervju. Formålet med et individuelt dybdeintervju er å få vite noe vi ikke viste på forhånd, samt utforske nye utsagn. Dybdeintervju gir en god dybdeforståelse av valgt temaet, fordi vi får fram deltakernes individuelle meninger uten at de blir påvirket av samhandlingen i en gruppe (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Dybdeintervju gir muligheten til en fri samtale for å komme i kontakt med deltakeren på et dypere plan hvor ærlighet og tillit etterstrebes. Dette kan føre til nyanser av opplevelser, reflekterte



erfaringer og meninger knyttet til problemstillingen. Dybdeintervjuer vil ikke bare gi kunnskap om deltakerne, men også hjelpe til å forstå sammenhenger utover deltakerne som individer (Tjora, 2017, s. 113-115).

Det kvalitative intervjuet sies å være kontekstuell, som kan omhandle faktorer som samfunn, kultur, miljø eller situasjoner. Dette handler om at fenomener som studeres kan påvirkes av konteksten i en intervjusituasjon, i motsetning til for eksempel spørreundersøkelser eller labbforskning. Ulike faktorer som påvirker utførelsen av intervjuet og hvilke data som kommer fram kan være intervjuer, deltaker, kropp og ikke menneskelige ting (Kvale & Brinkmann, 2015, s.114-117). I vår studie vil empatisk tilnærming både med fokus på verbal og nonverbal kommunikasjon være viktig i intervjusituasjonen, fordi empatisk tilnærming sies å være nøkkelen til data. Hvis empatisk tilnærming ikke blir tilfredsstillt kan dette påvirke forskningens resultater, fordi intervjupersonen kan få en følelse av at forsker ikke er interessert i deres deltakelse og unnlater å komme med nyttige erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 122-123). Ikke menneskelige ting som kan påvirke en intervjusituasjon er lydopptaker, utføring av intervju gjennom teams eller det fysiske rommet som intervjuet ble avholdt i. Overnevnte kan bidra til uforutsigbare forstyrrelser under intervjuene, for eksempel på grunn av tekniske feil eller støy i nær omkrets (Kvale & Brinkmann, 2015, s.129).

## 5.2 Forskerens rolle og forforståelse

Alle mennesker har historiske og individuelle forutsetninger, verdier og erfaringer med seg inn i et forskningsprosjekt. Dette kalles forforståelse, og er en viktig del av tolkningsgrunnet av et datamateriale (Malterud, 2021, s. 44). Kvale og Brinkmann (2015, s.108) mener at hvem man er som person, forskerens integritet, er avgjørende i kvalitativ forskning. Forskeren er det viktigste redskapet for å innhente kunnskap i et intervju, og hvordan forskeren velger å treffe etiske valg opp mot vitenskapelige kunnskap i et prosjekt er av betydning for kvaliteten. Det betyr at forskeren må være bevisst på at egen integritet kan hindre nye meninger og perspektiver i studien, samtidig som det kan fremme ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s.108). Dette kan foregå gjennom intervjusituasjonen og ved tolkning av funn i analyseprosessen (Malterud, 2021, s. 41-42). Før vi startet datainnsamlingen var det derfor viktig for oss å identifisere forhold i vår forforståelse og rolle som forskere som kunne være med å påvirke studien. Dette gjorde vi ved at vi på forhånd snakket om vår erfaring og faglige perspektiv om emnet vi forsker på. Forventinger til prosjektet og funn vi ventet oss å finne var også spørsmål vi stilte oss i forkant av datainnsamlingen (Malterud, 2021, s. 46). Refleksjon over vårt bidrag som forsker ved å være sensitiv ovenfor fordommer var også viktig for oss, for å opprettholde objektiviteten i forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s.273).

Kunnskap og kompetanse vi har om *veiledning av foreldre om skjermbruk* kommer fra helsesykepleieutdanningen. Vi har fått erfaring ved å arbeide på helsestasjon 0-5 år gjennom en 10-ukers praksisperiode, hvor vi møtte sped- og småbarn og deres foreldre. Her veiledet vi foreldre om skjermbruk fast etter helsestasjonsprogrammet sine anbefalinger, eller etter behov. Gjennom praksisperioden erfarte vi at temaet skjermbruk ofte ble nedprioritert, eller avglemt av helsesykepleier i en konsultasjon. Utenom arbeid og utdanning har begge nære relasjoner til foreldre med små barn privat, og har erfart at temaet skjermbruk er et hyppig diskutert samtaleemne blant foreldre. Dette har gitt oss et innblikk i hva som interesserer småbarnsforeldre, og bidro til at vi valgte å forske mer om temaet i denne studien. Vi har en forståelse om at helsesykepleier som arbeider på helsestasjon er i en unik posisjon til å formidle kunnskap om skjermbruk til foreldre, fordi de møter de fleste foreldre som har barn i Norge. Denne informasjonen vil gi leseren et viktig innblikk i vårt utgangspunkt for studien og vår rolle som forskere, og vil bidra til å øke validiteten i studien.

## 5.3 Forberedelse og gjennomføring av datainnsamling

### 5.3.1 Intervjuguide

Før rekruttering og intervju av deltakere i studien, ble det utformet en intervjuguide (vedlegg 2). Målet med en intervjuguide er at den skal benyttes i alle intervjuene som et verktøy for å etterstrebe en oversikt og struktur over emner, samt forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Vi valgte å lage en semistrukturert intervjuguide med spørsmål, utarbeidet fra problemstillingen. For å kunne lage en god intervjuguide, leste vi oss opp på temaene om skjermbruk, barns utvikling, foreldre og veiledning. Intervjuguiden ble formulert og klargjort til gjennomføring av intervjuene sammen med veileder.

Intervjuguiden ble delt inn i to deler, hvor del én er intervjupersonens arbeidsbakgrunn og del to er spørsmål om prosjektets tema og problemstilling. Hovedspørsmålene er tredelt, og er rettet mot at deltakerne skal presentere erfaringer og synspunkter rundt sentrale tema i studien. I et dybdeintervju er det viktig at det lages en intervjuguide med åpne spørsmål for å få mest mulig utfyllende skildringer om temaet intervjuet handler om. Dette for å sikre god kvalitet på datamaterialet (Thaagaard, 2018, s. 95). Malterud (2021, s. 136) beskriver at intervjuguiden bør tilpasses møtet med den enkelte deltaker og revideres underveis i datainnsamlingen etter hvert som man ser hvor fokuset på intervjuet bør ligge. Dette ble gjort underveis i intervjuprosessen ettersom det kom nye utsagn vi ønsket å utforske ytterligere hos de enkelte deltakerne. Man må også bruke skjønn for hvor nær man

skal forholde seg til guiden, for å ikke avgrense nye veier eller strekke seg for langt fra relevant informasjon til studiens tema (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162).

### 5.3.2 Utvalg og rekruttering

Det ble gjort et strategisk utvalg av deltakere med en målsetting om å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte. Et strategisk utvalg danner grunnlag for tolkning og funn som vil lære oss noe nytt om det vi ønsker å forske på (Malterud, 2021, s.60). Det var hensiktsmessig å intervju helsepsykeleiere som arbeider i helsestasjonstjenesten. Inklusjonskriteriene for å delta ble avgrenset til helsepsykeleier med minst ett års erfaring i 70 – 100 % stilling på helsestasjon 0-5 år, for å sikre at deltakerne hadde god erfaring innenfor temaet. I tillegg skulle deltakere ha videreutdanning eller master i helsepsykeleie for å sikre et godt faglig grunnlag.

For å rekruttere deltakere ble det i første omgang sendt e-post til virksomhetsleder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i de kommunene det var mulig å møte for fysisk intervju. I e-posten ba vi virksomhetsleder videreformidle forespørselen til ledende helsepsykeleier i kommunen. I tillegg informerte vi om prosjektet, kriteriene for å delta og hva det ville innebære å delta ved å legge ved et informasjonsskriv om prosjektet (vedlegg 1). Denne prosessen var tidkrevende, fordi det var flere kommuner som ikke svarte på henvendelsen. Med bakgrunn i dette utvidet vi rekrutteringsfeltet til flere kommuner i Norge, med forbehold om at intervjuet kunne tas over teams. Ved uteblitt respons sendte vi påminnelse via e-post eller kontaktet de direkte via telefon for en avklaring. Enkelte kommuner avsto forespørselen om deltakelse direkte grunnet en tidsperiode med pressende ressurser og høy arbeidsbelastning, og noen kommuner ga ingen tilbakemelding på om de hadde mottatt forespørselen. Ledende helsepsykeleier i de inkluderte kommunene ga oss kontaklinformasjon til de aktuelle deltakerne. Til slutt kom vi i kontakt med totalt seks deltakere fra ulike kommuner i Norge, alle positive til å delta i prosjektet.

Utvalgets metning er oppnådd når forskeren vurderer at det ikke kommer ytterligere ny kunnskap fra datamaterialet (Malterud, 2021, s. 64). Vi kom fram til at det var tilstrekkelig med seks deltakere, da vi ikke fant nye funn i datamaterialet og informasjonen deltakerne ga besvarte problemstillingen. Samtidig ga mangfold i alder og arbeidserfaring, samt at deltakerne er fra både små og store kommuner som arbeider i by og bygd nyanser i resultatene. Som nevnt i Tjora (2017, s. 130) vil dette sammen kunne gi reflekterte uttalelser og variert kunnskap om teamet for å kunne svare på problemstillingen på best mulig måte. Et strategisk utvalg som vektlegger mangfold kan representere

styrke på informasjonen som samles inn, og variasjonsbredden vil gi mulighet til å beskrive flere nyanser av et og samme fenomen (Malterud, 2021, s. 59).

Utvalget i denne studien kommer fra 6 ulike kommuner i Norge. De er fra kommuner med innbyggertall fra 2300 - 66 000. Det er stor variasjon i alder på deltakerne der yngste er 29 år og eldste er 52 år. Gjennomsnittsalderen på deltakerne er 43,5 år. Deltakerne har jobbet som helsesykepleiere i gjennomsnitt 11,08 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring på helsestasjon 0-5 år er 5,8 år.

### 5.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Tjora (2017, s. 121) trekker fram at det bør tilrettelegges for at intervju av deltakerne gjennomføres på steder de føler seg trygge, og i denne studien ble alle intervjuene gjennomført på deltakernes arbeidsplass. Forskerne hadde ansvar for å intervju tre deltakere hver. Fire intervju ble gjennomført over teams på grunn av avstand mellom intervjuer og deltaker, og to ble gjennomført ved fysisk oppmøte. Intervju med *deltaker 5* ble først startet over teams, men måtte fullføres gjennom en telefonsamtale på grunn av tekniske problemer. De seks intervjuene ble gjennomført i løpet av en tidsperiode på 12 dager tilpasset etter deltakernes behov. Under intervjuene hadde vi fokus på at det var minst mulig støy i rommet for å sikre gode lydopptak som er tråd med Kvale & Brinkmann (2018, s. 207) sine anbefalinger. Ved å bruke lydopptak kunne vi også konsentrere oss om flyt og god kommunikasjon i intervjuet (Tjora, 2017, s. 166). Vi brukte ekstern lydopptaker for å ta opp intervjuene. Dette ble fremhevet i informasjonsskrivet med tilhørende samtykkeerklæring (vedlegg 1) som deltakerne fikk utlevert før intervjuet.

Kvale & Brinkmann (2018, s. 160) fremhever at de første minuttene av et intervju er avgjørende. I innledningen av intervjuet ønsket vi derfor å skape en relasjon til deltakerne gjennom en kort orientering. Vi startet med å fortelle hvem vi som forskere er og bakgrunnen for prosjektet. Målet med dette var å skape god kontakt til deltakerne slik at de følte seg komfortabel med oss og de spørsmålene som ble stilt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). Malterud (2021, s. 134-135) sier at det er viktig å gi rom for flertydighet i et kvalitativt intervju. Intervjueren skal være oppmerksom på forandringer i fortellingen under samtalen, og det er vanlig at deltakeren gir overraskelser eller ny kunnskap som ikke forskeren hadde forkunnskaper om. Den beste kunnskapen får man da deltakeren får spillerom til å dele sine erfaringer fra konkrete hendelser (Malterud, 2021, s. 134-135). Det ble derfor etterstrebet å ha en åpen tilnærming og stille åpne spørsmål gjennom intervjuene, for at deltakeren kunne snakke fritt om sine erfaringer og meninger. Interessante erfaringer eller

opplevelser ble utforsket underveis i intervjuet gjennom å stille oppfølgingsspørsmål eller spesifiserende spørsmål. Dette bidro til å få fram nyanser og variert informasjon om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166 - 167). I samråd med Kvale og Brinkmann (2015, s. 122-123) benyttet vi empatisk kommunikasjonen i intervjuene gjennom bruk av bekreftende ord som «ja», «okei», «fortell mer» eller lignende, samt kroppsspråk som nikk, øyekontakt og en sittestilling henvendt mot deltakeren. Kroppsspråk var dog noe mer utfordrende gjennom digitale intervjuer. Likevel merket vi at det kan være vanskelig å stille gode, åpne spørsmål som gjorde at deltakerne ga utfyllende svar. Derfor har det vært varierende hvor nøye intervjuguiden er fulgt på grunn av modifisering til den enkelte deltaker. Avslutningsvis i intervjuet åpnet vi for at de kunne tilføye ytterligere erfaringer, hvor det hos enkelte kom fram ny relevant data.

Lengden på intervjuene varierte fra 31 til 52 minutter, der det var enkelte deltakere som snakket mer detaljert og utfyllende enn andre. Vi opplyste om at deltakerne kunne ta kontakt i etterkant av intervjuet dersom de hadde mer de ønsket å tilføye, eller om de hadde spørsmål knyttet til studien.

## 5.4 Databehandling og analyse

### 5.4.1 Transkribering

Transkribering handler om å transformere en muntlig intervjusamtale til skriftlig form. Hensikten er å strukturere datamaterialet slik at det blir bedre egnet til analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Talespråket er naturlig mer oppstykket og uformelt enn det skriftlige språket, slik at direkte avskrift av det som blir sagt kan virke ufullstendig i skriftlig form. Når man strukturerer en muntlig samtale til skriftlig form, skjer det derfor en naturlig fordreining av hendelsen for å få en gyldig gjengivelse av det som blir sagt (Malterud, 2021, s. 78). En transkripsjon mister også naturlig kroppsspråk og stemning fra det fysiske møtet mellom to mennesker (Tjora, 2021, s.186). På grunn av dette var det viktig for oss å transkribere intervjuene kort tid etter intervjuene var gjennomført, for å bedre ivareta inntrykket og de naturlige aspektene fra den fysiske samtalen. Malterud (2021, s. 79) beskriver at det er mange gode grunner til at forskeren selv bør utføre transkriberingen. Som deltakende part i samtalen kan man huske momenter som har betydning for meningsinnholdet, eller man har mulighet til å oppklare uklarheter. Derfor valgte vi å transkribere intervjuene hver av oss hadde ansvar for.

Vi lagret transkriberingsdokumentene i NICE -1 for å sikre at sensitiv informasjon ikke kom på avveie, før vi anonymiserte teksten fullstendig helt til slutt. Transkriberingen var en tidkrevende prosess, fordi vi hele tiden måtte stoppe og spole tilbake på lydopptaket. Det ble ordrett skrevet ned hva som ble sagt av intervjuer og deltaker under transkriberingen, men vi valgte å utelukke pauser, «eh» -ord og

liknende fordi vi mener det ikke ville påvirke meningsinnholdet i resultatene. Vi ble også enig om på forhånd å bruke samme skriveprosedyre, slik at det var mulig å foreta språklige sammenligninger. Herunder fjernet vi blant annet dialektuttrykk i transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207 – 208; Malterud, 2021, s. 78). Ved å transkribere intervjuene selv satte det i gang en tankeprosess av egne funn som bidro inn i det videre arbeidet i analysen. Helt til slutt lyttet vi gjennom lydopptakene samtidig som vi fulgte med på transkriberingen, for å sikre at vi hadde fått med oss alt. Når forskeren selv gjør transkriberingen, øker også muligheten for å oppdage svakheter i datamaterialet eller i intervjusituasjonen (Malterud, 2021, s. 80). Dette ble vi oppmerksomme på, og lærte mye om hvordan vi stilte spørsmål og hva vi kunne endre på til neste intervjusituasjon.

#### 5.4.2 Tematisk analyse

En tematisk analyse ble gjennomført ved hjelp av Braun og Clarke sine 6 faser. Braun og Clarke beskriver tematisk analyse som en metode for å identifisere, analysere og rapportere tematiske mønstre i kvalitative datamaterialer (Braun & Clarke, 2022, s. 4). Denne metoden kan brukes til både induktiv og deduktiv metode, valgt metode er induktiv som innebærer at datamaterialet styrer hvilke koder og tema utvikling som etableres. Analysen har fokus på mening fra flere nivåer som er godt egnet til vår problemstilling, da vi ønsker å utforske erfaringer og opplevelser helsesykepleier har (Braun & Clarke, 2022, s.10-11). Tematisk analyse er en fleksibel metode som passer til mange problemstillinger. Metoden har ingen strenge regler, men har robuste retningslinjer som hjelper forskeren til å lære prinsippene og prosessen for en god analyse. Ved å være aktiv og engasjert i metoden, har forskeren på denne måten mulighet til å velge hvordan hen orienterer seg i datamaterialet. Herunder er et viktig prinsipp at forskeren er en integrert komponent og innsiktbringende del av analyseprosessen, for å kunne finne meningsinnhold i datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 9-11).

##### **Fase 1: Få kjennskap til datamaterialet**

Alle transkripsjonene er lest gjennom flere ganger av begge forskerne for å få god kjennskap til helheten i datamaterialet. Underveis i denne gjennomgangen ble det reflektert over interessante utsagn. En del av å bli kjent med datamaterialet er at forskerne sammen stiller seg spørsmål og er kritisk engasjert til innholdet med et spørrende og tolkende syn (Braun & Clarke, 2022, s. 43-44). I tillegg markerte vi aktuelle sitater som ble lagt fram for hverandre og diskutert, før prosessen med identifisering av koder startet.

## **Fase 2: Identifisere koder i datamaterialet**

Etter å ha fått god kjennskap til datamaterialet kodet forskerne de intervjuene de selv hadde gjennomført. For å få bedre oversikt over datamaterialet laget vi en tabell med sitat fra transkripsjonene og relevante koder ved siden av. Alle relevante sitat ble kodet slik at alle mulige vinklinger ble holdt åpne i en tidlig fase i analysen (Braun & Clarke, 2022, s. 61-64). Kodene former byggeklossene for å kunne utvikle en analyse videre, og derfor er det viktig at kodene er beskrivende for meningsinnholdet i sitatene (Braun og Clarke, 2022, s. 52). Etter at første koding ble gjort gikk begge forskerne gjennom den andres arbeid med å identifisere koder, kodene ble diskutert og justert om det var nødvendig (Braun & Clarke, 2022s. 61). For å holde oversikt ble deltakerens anonyme nummer og linjenummer i transkripsjonen skrevet i en egen kolonne. Dette gjorde det lettere å hente ut tilhørende sitat til hver enkelt deltaker videre i analysen.

## **Fase 3: Kategorisere første tema**

I denne fasen skal man kategorisere temaer ut fra kodene som er laget. For å finne et første tema må man utforske meningslikheter i kodene (Braun og Clarke, 2022, s. 79). Det ble laget en ny kolonne i tabellen med første tema, for å ha best mulig oversikt over datamaterialet og på denne måten ha en strukturert framstilling av analyseprosessen. Et første tema skal være knyttet opp mot forskningsspørsmålet som vi hadde foran oss under hele analyseprosessen. Ved første gjennomgang av kategorisering av tema skrev vi ned det vi synes passet, men de ble endret underveis i prosessen når vi gjennomgikk kodene gjentatte ganger. I denne fasen er det viktig å ikke være for fastlåst i etablerte førstetemaer, fordi de krever ytterligere gjennomgang før det kan betraktes som et mer fastlåst tema (Braun & Clarke, 2020, s. 79-80). Vi gjennomgikk denne prosessen flere ganger, fordi vi hoppet fram og tilbake mellom fase 3 og 4. Dette blant annet på grunn av en liten endring av problemstillingen fra å *samarbeide* til å *veilede*. Se tabell 1 for utsnitt av koding og førstetema.

Tabell 1: Utsnitt av koding og førstetema

Person-Linjenummer	Sitat	Kode	Første tema
4-239	<i>Men der hvor du har en god relasjon, så er foreldrene ofte litt lydhør for hva du har å si. Og der hvor du ikke har den relasjonen, så kan det være at de tenker: det gjør jeg som jeg vil med, eller det gidder jeg ikke bry meg om. Og der opplever jeg at det er forskjell.</i>	Foreldre mer lydhør for hva helsesykepleier har å si ved en god relasjon	Relasjonens betydning for veiledning
3-115	<i>Ikke bare komme å duse på og si at det er sånn dere må gjøre det. Da har vi ikke fått noe tillit til å kunne jobbe med ting som de eller jeg tenker er viktig at de jobber med.</i>	Være forsiktig med pekefinger, så man mister tillitt.	Forsiktig med pekefinger
1-82	<i>Men de prøver å finne eller lage [en unnskyldning]. Eller fortelle meg hvorfor det er sånn. Da tolker jeg det som at det er en dårlig samvittighet som ligger bak. Og noen sier også at jeg har dårlig samvittighet.</i>	Foreldrene har dårlig samvittighet for barnets skjermtid	Dårlig samvittighet

#### Fase 4: Utvikling og evaluering av temaer

I denne fasen ble temaene utvidet og gjennomgått fra fase tre. I denne fasen valgte vi å lage en ny tabell der vi samlet sitat, koder og temaer som hadde likt innhold og mening. Vi markerte koder og tilhørende første tema i ulike farger for å få bedre oversikt over meningslike temaer. Dette var en gjentakende fase der vi gikk fram og tilbake i datamaterialet, for å undersøke om temaene passet til sitatene. Dette gjorde vi for å sjekke kvaliteten og gyldigheten på temaene vi hadde laget (Braun og Clarke, 2022, s. 97). I denne fasen ble noen koder også utelukket, fordi de ikke var relevant for problemstillingen. Et eksempel på dette er koder som omhandlet konsekvenser av skjermbruk, da dette var fagkunnskap som deltakerne ramset opp. I denne temautviklingsfasen var det enklere å se en sammenheng og helhet mellom temaene, fordi de ble samlet og markert med lik farge. Som følge av dette var lettere å fange essensen og de relevante elementene i datamaterialet i tråd med problemstillingen. Braun og Clarke (2022, s. 102) beskriver denne prosessen som viktig for en nyansert og fyldig analyse som er sikret mot problemstillingen (Braun og Clarke, 2022, s. 102).

#### Fase 5: Finne endelige hovedtemaer

Denne fasen handler om å finne endelige hovedtemaer som skal presenteres i resultatdelen. Vi brukte mye tid på denne fasen på grunn av datamaterialets størrelse. Vi gikk fram og tilbake mellom fase 4 og 5 for å utvikle temaene til endelige hovedtemaer. Like temaer var allerede sortert med like farger under fase 4, men etter ytterligere gjennomgang av disse temaene sammenfalt flere under ett og samme hovedtema. Parallelt ble det utarbeidet subtema under hvert hovedtema. Vi hadde fokus



på både likheter og ulikheter for å få bredde i utarbeidelse av hovedtema, og stilte oss disse spørsmålene: Hva handler temaet om? Hva er temaets grenser? Hva bidrar hvert tema med i en samlende analyse? Hva er unikt og spesifikt for hvert tema? Disse spørsmålene bidro til å finne gode hovedtemaer som besvarte problemstillingen (Braun & Clarke, 2020, s. 111). Ved navngivning av temaene hadde vi i tankene at det skulle være en kort setning som fanger essensen av temaet og engasjerer leseren (Braun & Clarke, 2020, s. 112). Dette er også en prosess som vi brukte tid på og endret flere ganger. Se tabell 3 for endelige hovedtemaer og subtemaer.

Tabell 3: Hovedtemaer og subtemaer

Subtema	Hovedtema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relasjonens betydning i veiledningen</li> <li>• Foreldrenes holdninger og kunnskap om skjermbruk</li> <li>• Helseesykepleier sitt kunnskapsgrunnlag og ressurser</li> </ul>	Faktorer som påvirker veiledningen om skjermbruk
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutiner og verktøy for å veilede</li> <li>• Individuell tilpasning i veiledningen</li> </ul>	Strategier for å komme i posisjon til å veilede om skjermbruk
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflektere sammen med foreldrene</li> <li>• Stimulere til bevissthet</li> <li>• Bort fra pekefingermentalitet</li> </ul>	Tilnærming i veiledningen av skjermbruk

### Fase 6: Skrive resultatdel

Fase seks gir mulighet for en siste forbedring av analysen, og du kan gjøre store endringer også på dette stadiet. Fasen skal overbevise leseren om gyldigheten av argumenter og analytiske påstander. Vi har gjennom denne fasen presentert funnene som en historie i en sammenhengende tekst, med bruk av beskrivende sitater som forklarer våre hovedfunn (Braun & Clarke, 2020, s.118). Gjennom utarbeiding av resultatdelen ble også fase fem tydeligere for oss. Vi forflyttet oss derfor fram og tilbake mellom disse fasene som hjalp oss med navngiving av hovedtemaene. Se kapittel 6 for presentasjon av våre resultater.

## 5.5 Studiens kvalitet

I kvalitativ forskning er det sentralt å vurdere forskningens troverdighet, overførbarhet og styrke. Det er viktig å reflektere rundt metodens styrker og svakheter, og om metoden som er brukt representerer en logisk vei til kunnskap som besvarer problemstillingen. Dette diskuteres i

samfunnsvitenskapen gjennom begrepene *reliabilitet*, *validitet* og *overførbarhet* og vil bli redegjort for i nevnt rekkefølge i dette kapittelet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272; Malterud, 2021, s. 192).

### 5.5.1 *Reliabilitet*

Reliabilitet knyttes til forskningens troverdighet. Det handler om å se om forskningsprosessen er gjort på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Videre sier reliabilitet noe om man finner samme resultat hvis man gjentar studien, samt om andre forskere ville kommet fram til lignende funn andre steder (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276). Derfor vil vår detaljerte, tydelige og åpne beskrivelse av forskningsprosessen bidra til gjennomsiktighet i studien, og dermed styrke dens troverdighet.

Inn i et prosjekt har man som forsker med seg en forforståelse som vil være med å påvirke forskningens reliabilitet. Våre holdninger og verdier kan komme til syne gjennom måten vi kommuniserer på og dermed påvirke informasjonen deltakerne gir oss, til tross for at vi har vært bevisste på vår rolle som uerfarne forskere (Thagaard, 2018, s. 188). For å styrke troverdigheten, har vi forklart vår forforståelse og rolle som forskere tidligere i dette kapittelet. Selv om forforståelsen skal tas med i vurderingen av studiens reliabilitet, kan den også ses på som en nødvendig ressurs. Dette fordi vårt engasjement for temaet har hjulpet oss til å drive oss gjennom de ulike prosessene i forskningen, samt har preget vinklingen av oppgaven. Det har også gitt oss mulighet for ytterligere refleksjon under intervjuene og mellom oss som forskere underveis i prosessen (Tjora, 2017, s. 235-236).

Når man er to eller flere forskere, er risikoen større for å gjennomføre intervjuene på ulike måter. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide har vi sikret at alle intervjuene har hatt samme utgangspunkt og struktur, som bidrar til å styrke forskningens reliabilitet (Malterud, 2021, s.133). Gjennom hele forskningsprosessen har vi hatt fokus på å bevare deltakernes stemmer. Gode lydopptak samt nøyaktighet var utslagsgivende for dette, fordi det ga oss ordrette, detaljerte transkripsjoner som ble brukt videre i analyseprosessen. På denne måten styrkes studiens troverdighet.

### 5.5.2 *Validitet*

Forskningens gyldighet kan knyttes opp mot begrepet validitet. Validitet handler om hvorvidt en metode egner seg til å undersøke det den skal undersøke, og om tolkningen av datamaterialet er gyldig med tanke på fenomenet vi ønsker å se på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276; Malterud, 2021, s. 23-24). Kvalitativ metode med individuelle dybdeintervju er som nevnt en god metode for å undersøke erfaringer. Vi anser derfor metoden som gyldig i denne studien siden problemstillingen

ønsker å utforske helsesykepleiernes erfaringer i å veilede foreldre om skjermbruk. Videre må datamaterialet kvalitetssikres med hensyn til at dataene er holdbare og nøyaktige for å styrke validiteten. Et intervju bør omfatte en grundig utspørring med tilhørende oppfølgingsspørsmål for å kontrollere meningen i det som blir sagt (Kvale og Brinkmann, 2015, ss. 278-279). Derfor benyttet vi oss av en intervjuguide med åpne spørsmål med rom for å stille kontrollspørsmål.

I kvalitativ forskning handler ikke validitet kun om metoden som blir benyttet, men også om forskeren som person. Hvem forskeren er og deres moralske integritet kan være avgjørende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Gjennom analyseprosessen har vi funnet meningsinnhold knyttet til problemstillingen ut fra egen tolkning av datamaterialet. Å stille spørsmål til gyldigheten av tolkningsprosessen er derfor essensielt å se på, hvor forskeren har et kritisk syn på sine fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277-279). En risiko ved intern validitet er at folk svarer på noe annet enn vi etterspør, og forskeren ikke forstår dette (Malterud, 2021, s. 23). I denne studien har vi minimal erfaring fra helsesykepleier sin rolle og arbeidshverdag. Dette kan bidra til misforståelse av hva deltakerne mener som alltid vil være en risiko i samspillet mellom mennesker. Samtidig gir det oss mulighet til å se situasjonen med et utenfra perspektiv, som gir datamaterialet mindre påvirkning av egne erfaringer.

### 5.5.3 Overførbarhet

Vi benytter begrepet overførbarhet, istedenfor generaliseringen på grunn av begrepets urealistiske sammenhenger om allmenngyldig overførbarhet. Overførbarhet knyttes mot ekstern validitet. Hensikten er å se om resultatene kan overføres og gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre kontekster enn der studien ble utført. Dette handler om at funnene kan gi en mening ut over seg selv (Malterud, 2021, s. 66-67). Ifølge det humanetiske synet legges det vekt på individuelle opplevelser og kontekstuelle faktorer. En faktor ved kvalitativ forskning er at et lite utvalg kan gjøre overførbarheten av slike studier utfordrende (Kvale & Brinkmann, 2015, s.289-290, Malterud, 2021, s.66). Selv om denne studien har benyttet individuelle erfaringer fra et lite utvalg, er det likevel mangfoldet i erfaringene som er essensielt for å kunne besvare problemstillingen. I denne studien får vi direkte kunnskap fra helsesykepleiere som er aktiv i helsestasjonstjenesten, hvor funnene viser likheter og sammenhenger i erfaringene mellom helsesykepleierne. Resultatene kan derfor gi nytte i andre kontekster og mening utover seg selv.

## 5.6 Etiske hensyn

Denne studien følger den internasjonale helsinkideklarasjonen utviklet av World Medical Association (WMA) i 1964, som omhandler etiske prinsipper for medisinsk forskning hvor mennesker eller

identifiserbare menneskelige materiell og data er inkludert (World Medical Association, 2013). Uavhengig av det norske lovverket er helsinkideklarasjonen en viktig ressurs for det etiske hensynet. Videre baserer studien seg på de nasjonale forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora som skal sikre ansvarlighet, integritet og akademisk frihet i forskningen (NESH, 2021). En viktig del av etiske hensyn er å behandle personopplysninger i samsvar med personvernsprikkene, som er forankret i lovverket (Personopplysningsloven, 2018, kap. II). Dette har blitt gjort gjennom lagring av personopplysninger og lydopptak i NICE 1 etter NTNUs retningslinjer. Lydopptakene ble tatt opp med ekstern lydopptaker og slettet umiddelbart etter transkriberingen var ferdigstilt. Konfidensialitet der personopplysninger i forskningen anonymiseres er essensielt for at deltakerne ikke skal være gjenkjennbare (Kvale & Brinkmann, 2015, s.106). Dette gjorde vi ved at transkripsjonene ble aidentifisert, før de ble benyttet videre i studien.

En del av kravet om personvern var å sende søknad til sikt, denne søknaden ble godkjent (vedlegg 3) før vi satte i gang prosjektet (Sikt, u.å.). NESH (2021) fremhever informert samtykke fra alle deltakerne. I denne sammenhengen har det vært viktig for oss å informere deltakerne om hensikten og formålet med studien ved å sende ut et informasskriv om prosjektet (Se vedlegg 1). I informasjonsskrivet ble det også opplyst om frivillig deltakelse og at deltakerne kunne trekke seg når som helst uten at det ga negative konsekvenser for dem. Før intervjuet opplyste vi om dette igjen, og ba om skriftlig, eller muntlig samtykke for bruk av informasjonen de ga (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104-105).

Videre fremhever NESH (2021) forskningsformidling som et viktig etisk hensyn, dette kommer fram gjennom en grundig metodebeskrivelse av de ulike delene i en forskningsprosess. Forskningsformidling omhandler respekt for deltakerne, hvor forskernes bevissthet over måten man tolker og analyserer data er viktig for å beskytte deltakerne mot feilrepresentasjon og misbruk av deres bidrag (Braun & Clarke, 2022, s. 214-215). I transkripsjonene endret vi derfor sitatene fra muntlig til skriftlig språk. Dette gjorde vi for å unngå fornærmelser av deltakerne, da muntlig språk ofte kan oppfattes usammenhengende (Kvale & Brinkmann, 2015, s.213). Forskerfellesskap som omhandler hvordan forskerne behandler hverandre er et viktig etisk hensyn. I hele forskningsperioden har vi behandlet hverandre med respekt og annerkjennelse for ulike bidrag. Ved gjennomgang av annen forskning har vi også sitert dette i oppgaven på en respektfull måte som bidrar til forskerfellesskap (NESH, 2021)

## 6.0 Resultater

I dette kapittelet samles de mest relevante funnene i datamaterialet fra analyseprosessen. Fra analysen har vi definert tre hovedtema: *Faktorer som påvirker veiledningen om skjermbruk, Strategier for å komme i posisjon til å veilede om skjermbruk, Tilnærming i veiledningen om skjermbruk*. Sitat og utsagn som er valgt er rettet mot problemstillingen: *Hvordan erfarer helsesykepleier å veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år?*

### 6.1 Faktorer som påvirker veiledningen om skjermbruk

#### 6.1.1 Relasjonens betydning i veiledningen

Det var en felles erfaring fra alle helsesykepleierne at det å legge til rette for en tillitsfull relasjon, er en viktig del av veiledningsprosessen. En av helsesykepleierne beskrev at det å skape en god tone, en god relasjon, gjennomsyrrer hele jobben. Flere trakk fram at det handler om å skape en god relasjon fra første møte med foreldrene, og at denne relasjonen bygger grunnlaget for god veiledning. En helsesykepleier sa: «Jeg tenker på generelt grunnlag så handler det jo om relasjoner. Å bygge en god relasjon til foreldrene. Helt fra starten av». (HS6)

Helsesykepleierne erfarte at det tar tid å skape en god og tillitsfull relasjon til foreldrene. Man må bruke tid og være nysgjerrig på hvem foreldre er, for å lære dem å kjenne. En av helsesykepleierne fortalte at hun ofte måtte ha foreldrene inne på kontoret gjentatte ganger, før foreldrene fikk tillitt til det hun veiledet de på. En annen helsesykepleier beskrev hvordan hun ble kjent med foreldrene slik:

*At jeg prøver å lære meg å bli kjent med de foreldrene. Og ja, er det en pappa som kjører lastebil så snakker vi litt om å kjøre lastebil. Selv om det egentlig ikke er jobben min, men jeg prøver å finne ut av det. Og lære dem å kjenne. (HS1)*

Flere av helsesykepleiere trakk fram at relasjonen til foreldrene er av vesentlig betydning for om de får en god samtale om teamet skjermbruk. De fleste beskrev at gode samtaler bygger på trygge relasjoner. En helsesykepleier formulerte dette ved å si at det kommer an på relasjonen hun har med de hun tar opp temaet skjermbruk med, om det er enkelt å ha en samtale om det. En annen helsesykepleier erfarte at mange samtaler kan være fine med bare foreldre til stede, spesielt hvis man vet om ting som kan være vanskelig. Flere sammenlignet en god samtale ut fra en god- eller ikke eksisterende relasjon, hvor de sier at foreldrene er mer mottakelig for veiledning med en god relasjon:

*Men der hvor du har en god relasjon, så er foreldrene ofte litt lydhør for hva du har å si. Og der hvor du ikke har den relasjonen, så kan det være at de tenker: det gjør jeg som jeg vil med, eller det gidder jeg ikke bry meg om. Og der opplever jeg at det er en forskjell. (HS4)*

Angående situasjoner der helsesykepleier får inntrykk av at skjermbruk er et problem, trakk samtlige fram at en tillitsfull relasjon er viktig i veiledningen. De sa at det er lettere å komme litt under huden til foreldrene man har en god relasjon med, hvis det skulle være et problem. Flere av helsesykepleierne sa at dersom de ikke har en god relasjon er det vanskeligere eller ubehagelig å ta opp teamet, fordi det er et sensitivt tema å snakke om for foreldrene. En av helsesykepleierne fortalte at hvis foreldrene vet at de har et problem, er de allerede i forsvarmodus og kan være vanskelig å veilede. En tillitsfull relasjon kan bidra til at foreldrene ikke føler seg angrepet under veiledningen:

*For jeg tenker at mange ikke er veiledbare, hvis de har piggene ute. De er litt sånn: åh, de er ute etter å ta meg her nå, da gjør jeg feil. Så kjenner de kanskje bare på skam og alt mulig. Det er jo ikke det en ønsker. En ønsker bare å hjelpe dem og at det skal bli bedre. Så det er noe med å bruke litt tid før en kan ta opp det temaet hvis en ser at det er et problem. (HS2)*

### 6.1.2 Foreldrenes holdninger og kunnskap om skjermbruk

Flere av helsesykepleierne fortalte at de anser det å skaffe seg kunnskap om foreldrenes utgangspunkt og refleksjoner rundt skjermbruk som en viktig del veiledningsprosessen. Samtlige av helsesykepleiere erfarte at det er stort sprik over hvor opplyste foreldrene er rundt helsedirektoratets råd om skjermtid. De fortalte at noen foreldre blir overrasket over rådene hvor de ikke kjente til dem, mens andre foreldre er veldig bevisste på rådene. En helsesykepleier mente likevel at de fleste foreldre prøver å etterstrebe rådene:

*Opplever at de fleste vet om dem, eller har hørt om dem. Har fått det med seg, på et eller annet vis. Og at veldig mange, de aller fleste, prøver å få til å møte dem så langt det lar seg gjøre. (HS5)*

Helsesykepleierne fortalte at en grunnleggende holdning blant foreldrene er at de bør begrense barnets skjermbruk i hverdagen, fordi de vet at mye skjermbruk ikke er bra for små barn. Selv om flere av helsesykepleierne erfarte at de fleste foreldre har denne holdningen og er bevisste over rådene, erfarte de at mange foreldre synes det er vanskelig å følge rådene i hverdagen. «Ja, at jeg forteller hva som er rådene. Og så er det jo ingen foreldre som ikke er enige. Men allikevel så er det

ikke det som skjer i det daglige», sa en helsesykepleier (HS6). Men flere av helsesykepleierne påpekte også at det finnes foreldre som har en holdning om at det å begrense skjermtid til barnet sitt ikke er så viktig. De erfarte også at foreldrene kan pynte litt på sannheten, og er usikre på foreldrenes ærlighet når de snakker om skjermbruk.

Et gjentakende funn som helsesykepleierne fortalte om, er dårlig samvittighet blant foreldre når de veiledet om skjermbruk. De sa at mange foreldre synes det er vanskelig å håndtere helsedirektoratets råd om skjermbruk, og at de kjenner på dårlig samvittighet. Samtidig trakk en helsesykepleier fram at mange foreldre har delte meninger om temaet, og at det er mye diskusjoner blant foreldre om hva som er «riktig og galt» i forhold til rådene. Hun opplevde at diskusjonene bidro til usikkerhet blant foreldrene og dårlig samvittighet ovenfor barna. Helsesykepleierne erfarte at foreldrenes dårlige samvittighet førte til at de gjerne vil forklare, eller komme med en unnskyldning på hvorfor de gjør som de gjør:

*Men de prøver å finne eller lage [en unnskyldning]. Eller fortelle meg hvorfor det er sånn. Da tolker jeg det som at det er en dårlig samvittighet som ligger bak. Og noen sier også at jeg har dårlig samvittighet. (HS1)*

### 6.1.3 Helsesykepleier sitt kunnskapsgrunnlag og ressurser

Helsesykepleierne uttrykte at de har manglende kunnskap for å begrunne helsedirektoratets råd om skjermbruk. Flere fortalte at de synes det er vanskelig å gi en god forklaring til foreldrene når de får spørsmål knyttet til begrunnelsen av rådene. En helsesykepleier trakk fram at hun hadde trengt mer basiskunnskap om skjermbruk for å styrke sin veiledningskompetanse innenfor dette spesifikke fagområdet:

*Jeg tror vi kunne oppdatert oss, eller jeg kunne oppdatert meg og lest meg opp på om det har kommet noen ny forskning i det siste, så jeg kan være tryggere i begrunnelsen av anbefalingen ... Jeg må si at jeg har syntes det har vært litt vanskelig å lage en god [forklaring], gi foreldrene en veldig god begrunnelse for hvorfor anbefalingene er som de er. (HS1)*

Funnene viste også at helsesykepleierne ikke er sikre på hvor de skal finne oppdatert kunnskap om temaet. En av helsesykepleierne fortalte blant annet at hun ikke har lest helsedirektoratets råd om skjermbruk, men innrømmte at hun burde begynne der for å kunne si noe om den oppdaterte

kunnskapen fra nasjonalt hold. Hun sa derimot at hun pleier å henvise til rådene om skjermbruk fra Verdens helseorganisasjon til foreldrene. Flere av helsesykepleierne etterlyste og uttrykte at det er manglende retningslinjer fra nasjonalt hold om hvor de kan finne gode nettressurser. De sa at slike nettressurser hadde gjort det lettere for dem å finne fram til ny og oppdatert kunnskap som de kan bruke i veiledningen. «Jeg håper det blir lettere for helsesykepleiere og ha én side å forholde seg til når man skal informere foreldre», forteller én helsesykepleier (HS3). Samtidig var det også noen som uttrykte skepsis og bekymring til at det er lite forskning på hvilke konsekvenser skjermen vil gi barna som vokser opp i dag. En helsesykepleier fortalte i denne sammenhengen at hun pleide å sammenligne skjermbruk med tobakk. Her brukte hun føre-var-prinsippet i veiledningen, fordi det ikke finnes nok forskning på området.

Likevel ga helsesykepleierne uttrykk for at de er i en unik posisjon til å formidle kunnskap om teamet skjermbruk til foreldre, fordi de møter de aller fleste familier tidlig. En deltaker trakk fram kompetansen helsesykepleiere har om samspill og tilknytning, og at dette er verdifull kunnskap ved spørsmål om konsekvenser av for mye skjermbruk. Med verktøy og oppdatert kunnskap er de i en god posisjon til å informere foreldre om skjermbruk ifølge alle helsesykepleierne:

*Jeg tenker at vi er i en unik posisjon. Vi møter 98,8 prosent av Norges befolkning, eller av de som får barn. Så jeg tenker det er viktig at vi får både verktøy og oppdatert kunnskap til å kunne gi god veiledning. Og god informasjon av det. Det handler jo ganske mye om det å informere foreldre om det. (HS4)*

Tidspress ble også tatt opp som en problemstilling av samtlige helsesykepleiere. For å kunne lese seg opp på forskning og tilegne seg ny kunnskap, er man avhengig av å ha tid til det sa de. De trakk også fram at de ikke hadde tid til å snakke om og/eller veilede om temaet: «Og så er det jo ikke sånn at man har tid til å snakke om alle mulige temaer på alle konsultasjoner» (HS6). Skjermbruk er ofte et tema som blir nedprioritert av helsesykepleierne, fordi det er andre temaer som er viktigere. En helsesykepleier fortalte at skjermbruk ofte kan bli en salderingspost blant alle temaer man skal ta opp og veiledes i på en konsultasjon.

## 6.2 Strategier for å komme i posisjon til å veilede om skjermbruk

### 6.2.1 Rutiner og verktøy for å veilede

Helsesykepleierne fortalte at de har som rutine å følge helsestasjonsprogrammet for når de tar opp temaet skjermbruk. De tar det opp med foreldrene fast på noen av de første konsultasjonene, som



ved 4 uker og 6 måneder. Noen sa også at de i tillegg bruker hjemmebesøket og 4 måneder konsultasjonen som en arena for å snakke om skjermbruk, selv om det ikke er en del av helsestasjonsprogrammet. Det er en felles erfaring fra alle helsesykepleierne at veiledning om skjermbruk har hatt fokus i flere konsultasjoner enn helsestasjonsprogrammet anbefaler nå enn tidligere. Dette på grunn av samfunnets endringer og tilgjengeligheten av skjerm i hverdagen til familiene. Alle helsesykepleiere tok det også opp fast på to- og fireårskontroll. I disse aldersgruppene uttrykte de at barna bruker mer tid foran skjerm, og får dermed et større fokus enn tidligere: «Men jeg tar det opp på to og fire års [konsultasjon], ( ... ) for da er det jo barnet som er mer aktiv i skjermbruken» (HS4).

Flere av helsesykepleierne trakk fram at de brukte brosjyrer på helsestasjonen som en måte å ta opp temaet skjermbruk på: «Det er ofte en fin innledende greie å ha en brosjyre ... [for å] si noe om [skjermbruk]. Dette pleier vi å si noe om til alle. Så det pleier jeg ofte å starte med» (HS5).

En av helsesykepleierne sa at de hadde hengende plakater på venterommet om skjermbruk hvor det står at barna skal være i fokus. Hun sa at disse plakatene er en fin inngangsport for å ta opp temaet, fordi plakatene er synlige for alle foreldre som er innom helsestasjonen.

Noen helsesykepleiere snakket også om at brosjyrer og slike verktøy blir mer og mer byttet ut med informative nettsider. Disse ble flittig henvist til av helsesykepleierne under konsultasjonene, som vil gi foreldrene god informasjon om skjermbruk. En av helsesykepleierne nevnte også at helsestasjonen brukte egen facebook-side til å legge ut innlegg og lenker til nettsider om skjermbruk for å nå lettere fram til foreldrene: «Vi henviser alltid til nettsider. Det er masse gode råd, tips og kurs, og alt er nettbasert» (HS1).

Helsesykepleierne trakk fram gruppekonsultasjoner som en god arena for å veilede om skjermbruk. Gruppekonsultasjoner bidrar til å skape samtale og diskusjoner hvor foreldrene får en bevissthet om skjermbruk. Noen av helsesykepleierne benyttet seg av å vise videoen fra stillface-eksperimentet på 4 måneders gruppe-konsultasjon for å snakke om skjermbruk. En av helsesykepleierne beskrev videoen som ganske sterk som bidrar til forståelse og bevissthet blant foreldrene. Herunder nevnte flere av helsesykepleierne at skjermbruk også tas opp i forbindelse med COS-P kurs, både i grupper av foreldre eller på individuelle konsultasjoner. Å snakke om tilknytning gjennom trygghets sirkelen er en fin måte å tematisere skjermbruk på, én helsesykepleier fortalte:

*Vi har også en prat om det i forbindelse med COS-P-kurs. Der blir det ofte en fin samtale, hvor foreldrene kanskje ikke har vært så bevisst på det. Men foreldrene får en oppvekker av å snakke om det. (HS5)*

### 6.2.2 Individuell tilpasning i veiledningen

Individuell tilpasning til alle familier er noe samtlige av helsesykepleierne var opptatt av. De fremmet viktigheten av fokus på det foreldrene ønsker og familiens utfordringer i forhold til hvilke temaer som tas opp på konsultasjonen. En helsesykepleier fortalte at selv om man forbereder seg på å veilede om temaet skjermbruk, så kan foreldrene ha et annet behov som gjør at konsultasjonen endrer retning. Det ble også sagt av flere helsesykepleiere at temaet skjermbruk sjeldent har fokus i en konsultasjon dersom foreldrene ikke ser det som en utfordring, eller hvis familien forteller at de avstår fra skjerm. Noen trakk også fram at ved mye uro og distraksjoner under en konsultasjon, ble ikke nødvendigvis temaet skjermbruk prioritert. Alle helsesykepleierne fortalte at de ser an situasjonen under konsultasjonen, og avtalte om nødvendig et nytt tidspunkt for veiledning. En helsesykepleier fortalte: «Og klart ser man at foreldrene er urolig eller barnet er urolig, og det blir vanskelig ... eller at stemningen er høyløst eller de er slitne, kan man heller avtale en tid senere» (HS3).

Helsesykepleierne fortalte at dersom de ser, eller foreldrene uttrykker selv at skjermbruk er en utfordring tas det opp i konsultasjonen. En helsesykepleier fremhevet at hun ikke alltid er så flink til å følge helsestasjonsprogrammet, men tok opp skjermbruk hvis hun ser at det er et problem. Hun beskrev dette som både en styrke og svakhet:

*Det er ikke alltid man er så opptatt av eller er flink til å følge den veilederen, fordi man tar opp ting når det passer seg. Det er en svakhet, men kanskje også en styrke, for da kan jeg snakke med foreldre når de for eksempel tar fram telefonen for å avlede barnet sitt. (HS1)*

Helsesykepleierne sa at mange foreldre bruker skjerm som avledning for barnet ved flere anledninger under konsultasjonene. Dette forekommer ved situasjoner som vaksinerings, gråt, uro og måling av lengde hos barnet. Helsesykepleierne trakk fram at de brukte denne anledningen til å ta opp tema skjermbruk med foreldrene. Noen nevnte også at de brukte situasjoner der foreldrene uttrykker at de har utfordringer med grensesetting i forhold til skjerm, for å veilede om temaet.

Flertallet av helsesykepleierne snakket om at de må tilpasse veiledningen av skjermbruk ulikt til førstegangsforeldre og flergangsforeldre. En av helsesykepleierne sa at foreldrene ofte forteller at når

første barnet har gått opp løypa med skjerm, blir det raskere skjerm på nummer to og tre. Det kommer også fram at det er vanskelig for foreldrene å nekte det minste barnet å se på skjerm når søsknene gjør det. Foreldre med en annen kulturell bakgrunn blir også trukket fram som en grunn til å tilpasse veiledningen om skjermbruk på en annen måte, fordi de ikke nødvendigvis har samme grunnleggende holdning rundt grensesetting som i norsk kultur. Det er viktig å prøve å forstå hva foreldrene har behov for, en helsesykepleier fortalte:

*[Det er viktig] å tone seg inn på foreldrene og prøve å forstå hva foreldrene trenger. Det er forskjell på hva førstegangsforeldre og tredjegangsførelde trenger. Hvis man skal ha lik tilnærming, så er det litt vanskelig å nå foreldrene på en god måte. (HS6)*

Flere av helsesykepleierne nevnte at familiens totale belastning har betydning for den individuelle veiledningen om skjermbruk. Hvilken situasjon familien står i og hvor krevende den er har betydning for veiledningen. En helsesykepleier sa at de ikke kan komme med samme råd til familier som har barn med ekstra utfordringer eller diagnoser, som de gir til andre familier: «Det kommer an på barnet selvfølgelig. Det er jo noen barn som har ekstra utfordringer, der [skjerm] er det eneste som fungerer. Det blir jo noe helt annet» (HS2). Tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner ble også trukket fram av flere helsesykepleiere som essensielt hos slike familier for å gi god individuell veiledning.

## 6.3 Tilnærming i veiledningen om skjermbruk

### 6.3.1 Reflektere sammen med foreldrene

For å tilnærme seg temaet skjermbruk i veiledningen mente helsesykepleierne at det er viktig å reflektere og undre seg sammen med foreldrene. Flere uttrykte at det å stille åpne spørsmål på en undrende måte om hvordan familien har det i sitt hjem, er viktig for å skape refleksjon. De mente at det gjør det lettere å veilede og komme med gode råd om skjermbruk. En helsesykepleier beskrev det slik:

*Ja, så bruke en god innfallsvinkel og spørre dem, undre seg litt hvordan det er hjemme hos dere. Hvordan er det med skjermbruk? Hva tenker dere om skjermbruk? Få fram deres opplevelse og mening, og så kanskje fylle på med [kunnskap] vi vet til nå. (HS4)*

Flere av helsesykepleierne sa at de undret seg sammen med foreldrene over hva de ser hos barna sine, i forhold til utvikling og atferd. De pleide å stille spørsmål rettet til foreldrenes reaksjoner på barnets atferd, slik at det kunne skape en reflekterende diskusjon og veiledning mellom

helsesykepleier og foreldre. Noen av helsesykepleierne sa de også utforsket foreldrenes handlinger og følelser gjennom refleksjon, spesielt i familier med fastlåste mønstre hos barnets skjermbruk. En helsesykepleier brukte disse spørsmålene for å skape refleksjon rundt foreldrenes handlinger og følelser:

*Hvordan det er for deg når barnet ditt gråter? Hvordan er det for deg å håndtere det? Er det vanskelig, eller hvordan er det for deg? Hva er det det setter i gang av følelser i deg? Da de ikke gjør som du vil, eller er vanskelig å håndtere? (HS1)*

En helsesykepleier fremmet at helsestasjonen skal være et godt sted hvor man kan snakke om vanskelige og utfordrende temaer. Alle fremhevet viktigheten av å snakke med foreldrene på en inviterende og forståelsesfull måte, slik at foreldrene følte en trygghet til å åpne seg og reflektere om sine utfordringer til helsesykepleier. En av helsesykepleierne sa at man burde fremme og snakke om ting som er både fint og vanskelig for foreldrene. For å stimulere til refleksjon rundt utfordringer angående skjermbruk, mente noen av helsesykepleierne at fokuset i veiledningen bør være på å normalisere skjermbruk. De trakk fram at det er viktig å ikke skremme foreldrene, men normalisere at skjerm er noe vi må lære oss å leve med. En helsesykepleier fremhevet at skjerm kan være en utfordring for mange familier og viktigheten av at foreldrene selv reflekterer over dette.

### 6.3.2 Stimulere til bevissthet hos foreldrene

Helsesykepleierne fremhevet viktigheten av at foreldrene har en bevissthet over valgene de tar ovenfor barna sine. En av dem sa det er essensielt at foreldrene selv kommer fram til en løsning for barnets skjermbruk som fungerer for dem. En annen helsesykepleier sa at bevisstgjøring av foreldrene setter i gang en tankeprosess hos de som man senere kan bygge videre på: «Det kan kanskje være et lite frø som er sådd, at det kan sette i gang noe, og så kanskje jeg kan ta det opp igjen senere» (HS1).

For å stimulere til bevissthet hos foreldrene fremhevet helsesykepleierne dialog med foreldrene. De sa at dialogen må inneholde tanker om konsekvenser av valgene foreldrene tar, og hvilke utfordringer, vaner eller positive utfall det kan bli for barna senere. Anerkjennende tilbakemeldinger på det foreldrene gjør bra, ble også fremhevet som viktig i en dialog med veiledende hensikt. Noen av helsesykepleierne trakk også fram dette med å bevisstgjøre foreldrene om at egne holdninger påvirker barna deres. Herunder stilte en helsesykepleier spørsmål som får foreldrene til å tenke gjennom valgene de tar:

*Vi fikk en dialog på det da. Hvis du tenker, hva ser du for deg om to år fram i tid, hva tenker du om det? Tenker du at det ville vært ok at hun sovner foran TV-en? Du danner jo grunnlaget for vanene hennes nå. Hva tenker du om at dette er en vane som du vil fortsette å ha eller ikke? Har du noen tanker om det? (HS1)*

Flertallet av helsesykepleierne trakk fram det at skjerm blir brukt som avledning ved gråt. De sa at foreldre bruker situasjoner hvor barnet gråter, til å gi de skjerm istedenfor å trøste barnet selv. Flere av helsesykepleierne uttrykte viktigheten av at foreldrene bør bruke seg selv i denne situasjonen, og ikke skjerm. Herunder sa de at de brukte disse tilfellene til å bevisstgjøre foreldrene på egne handlinger, og for å snakke med foreldrene om de syntes det er utfordrende å trøste barnet. En av de fortalte at hun brukte sammenligninger for å få foreldrene til å forstå konsekvensen av å avlede gråt med skjerm. Hun beskrev det slik:

*[Du kan sammenligne det] ( ... ) med at du sitter på sofaen og gråter, og så kommer mannen din inn. Og så ser han at du gråter, men det orker han faktisk ikke. Så da tar han fram telefonen sin og skal vise deg en morsom real på Instagram. Hvordan ville du opplevd det? (HS4)*

Helsesykepleierne snakket også om viktigheten av at foreldrene er bevisste på hva barna faktisk ser på skjermen, hvor foreldrene bør benytte seg av skjermaktivitet som kan ha positiv effekt på barna. Det å fremme at foreldre bør være kritiske til hva barnet ser på skjermen, ble trukket fram av helsesykepleierne som essensielt. En helsesykepleier sa også at hun pleide å spørre barnet selv hva hen ser på, som bidrar til å bevisstgjøre foreldrene:

*Prøv å gjøre dem litt beviste hva de faktisk har på skjermen som barna skal se. Spør litt hva det barnet ditt ser på. Eller spør barnet, for den saks skyld, en fireåring. Hva ser du på TV-en eller på skjermen? (HS3)*

### 6.3.3 Bort fra pekefingermentalitet

Helsesykepleierne delte en felles erfaring om at de fleste foreldre synes det er greit å snakke om skjermbruk. De erfarte at de fleste foreldre synes spørsmål de får fra helsestasjonen er uproblematisk, fordi de forstår at spørsmålene kommer. Samtidig var samtlige helsesykepleiere tydelige på viktigheten med å unngå pekefingeren i veiledningen av foreldrene, slik at de ikke ble

oppfattet som dømmende i tilnærmingen. En helsesykepleier beskrev: «Jeg forteller dem det, men jeg prøver ikke å ha pekefingermentalitet. For det tror jeg ikke vi kommer så langt med» (HS1). En annen helsesykepleier sa at hun ikke ønsker å være moralens vokter når hun skal snakke om skjermbruk, fordi det kan skade mer enn det hjelper.

De fleste helsesykepleierne sa at det er viktig å tilnærme seg temaet skjermbruk på en saklig måte, slik at foreldrene ikke føler seg angrepet, satt i bås eller får en vond følelse. Å formidle rådene om skjermbruk fra helsedirektoratet, og etterpå fortelle foreldrene hvordan de skal gjøre det hjemme beskrev de som pekefingermentalitet. Helsesykepleierne mente derfor at det er viktig å tilnærme seg temaet ved å informere om at rådene og begrunnelsen av disse, blir gitt til alle foreldre. En helsesykepleier beskrev tilnærmingen slik:

*Og kanskje [gi] informasjon om konsekvensene, hvorfor det finnes anbefalinger rundt [skjermbruk]. Jeg tror at hvis vi bare kommer med og sier at det er sånn man må gjøre, og ikke sier mer om det, så kan det fort virke som man er dømmende. (HS5)*

I familier der skjermbruk er en utfordring eller de har et usunt forhold til skjerm, erfarte helsesykepleierne at en ikke-dømmende tilnærming i veiledningen er viktig. De fortalte at slike familier kan være ekstra sårbare for pekefingeren, og derfor opplevde de det som vanskeligere å tilnærme seg temaet. En helsesykepleier hadde erfaring med at pekefingeren kunne skape mistillit i veiledningen, og beskrev det slik:

*Ikke bare komme å duse på og si at det er sånn dere må gjøre det. Da har vi ikke fått noe tillit til å kunne jobbe med ting som de eller jeg tenker er viktig at de jobber med. (HS3)*

Alle helsesykepleierne uttrykte at de ønsket å være tydelig på hva som er anbefalt, men syntes balansen mellom å tilnærme seg temaet på en god måte eller med pekefingeren kan være vanskelig. For at foreldrene ikke skal føle at rådene som gis er dømmende, mente helsesykepleierne at det i tillegg er viktig å vise forståelse for at skjerm blir brukt hjemme og som et nyttig verktøy i en hektisk hverdag. En helsesykepleier trakk fram viktigheten av å uttrykke ovenfor foreldrene at hun har en grunnholdning om at de fleste foreldre vil barnet sitt det beste, og selv om de bruker skjerm så gjør de så godt de kan. En annen helsesykepleier fortalte:

*Eller at man har en sånn ikke-dømmende tilnærming til det. Vise forståelse for at det kan være fristende, for det skjønner jeg. Og prøver å ikke være dømmende, men likevel være tydelig på anbefalingene. (HS5)*

## 7.0 Diskusjon av resultater og metode

I dette kapittelet diskuteres resultater fra denne studien i lys av relevant teori og tidligere forskning, med grunnlag i studiens problemstilling: *Hvordan erfarer helsesykepleier å veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år?* Vi har valgt å diskutere funn som vekket vår interesse, samt de mest gjentakende funnene.

### 7.1 Helsesykepleierens ressurser i veiledning om skjermbruk

Alle helsesykepleierne i denne studien var enig i at de er i en unik posisjon til å formidle kunnskap knyttet til skjermbruk, fordi de møter de aller fleste familier i samfunnet. Men de mente at det er viktig at de har verktøy og oppdatert kunnskap om skjermbruk for å kunne gi god informasjon til foreldrene, og dermed god veiledning. Dette samsvarer med forskning som viser at for å kunne veilede på en god måte er helsepersonells ressurser og kunnskap essensielt (Hewitt et al., 2021; Sandtrø et al., 2022; Helle et al., 2023). Samtidig sier teori om helsefremmende arbeid at det stilles krav til at helsesykepleier har faglig innsikt for å kunne opplyse, foreslå, antyde og oppfordre foreldrene til løsninger (Clansy, 2020, s. 166). Helsesykepleierne fremhevet også viktigheten av at foreldrene får en bevissthet over valgene de tar ovenfor barna sine, slik at foreldrene kan komme fram til en løsning på skjermbruk som fungerer for dem. De sa at det er viktig å prøve å forstå hva foreldrene har behov for inn i veiledningen av skjerm. Forståelsen av foreldrenes behov kan bidra til at helsesykepleier veileder og formidler kunnskap ut fra dette, slik at foreldrene får en bevissthet ovenfor egne handlinger. Dette er i samsvar med empowerment som legger vekt på at brukeren er ekspert på seg selv, men har ikke nødvendigvis faglig kunnskap til å ta avgjørelser som gjelder egen helse på egen hånd (Askheim, 2012, s. 12). Fra et helsefremmende perspektiv skal derfor helsesykepleier styrke brukerens ressurser og strategier for mestring, ved å formidle helseinformasjon og tilrettelegge for gjensidig dialog. Prinsippet om å omfordele makt fra fagperson til bruker kan også trekkes inn her, fordi når fagkunnskap formidles øker foreldrenes helsekompetanse. Med økt helsekompetanse kan de lettere finne strategier for mestring i egne ressurser (Dahl, 2020, s. 138; Tveiten, 2020, s. 26).

Helsesykepleierne trakk fram at de hadde trengt mer basiskunnskap om skjermbruk for å styrke sin veiledningskompetanse innenfor det spesifikke fagområdet. På en annen side ble kompetansen helsesykepleierne hadde om samspill og tilknytning satt fokus på. Det ble sagt at denne kompetansen er verdifull i veiledning av skjerm og spørsmål om konsekvenser av for mye skjermbruk hos barn 0-5 år. Forskning viser at minimering av skjermtid vil virke helsefremmende på de minste barna, og at skjermbaserte stillesittende atferd bør erstattes med lesing og historiefortelling for å fremme den



kognitive utviklingen til barnet (Poitras et al., 2017). Skjermtid barn har sammen med foreldrene forbedret også barnets fonologiske, språklig uttrykksevner og generelle språkevner (Mustonen et al., 2022). Både historiefortelling og felles skjermaktivitet kan ses i sammenheng med samspill og tilknytning med foreldre. Likevel var det også noen av helsesykepleiere som uttrykte skepsis og bekymring til at det er lite forskning på hvilke konsekvenser skjermen vil gi barna som vokser opp i dag. En helsesykepleier fortalte i denne sammenhengen at hun pleide å sammenligne skjermbruk med tobakk. Her brukte hun føre-var-prinsippet i veiledningen, fordi det ikke finnes nok forskning på området. Tveiten (2020, s. 97) sier at veiledning handler om å bevisstgjøre og rette oppmerksomhet mot forhold som kan påvirke helsen. I henhold til Askheim (2012, s. 21-23) bidrar refleksjon i dialogen til at mennesket får en forståelse og dermed en bevissthet ovenfor egne valg. Bevissthet kan skape grobunn for at mennesket gjør endring i egen situasjon. Overnevnte kan ses i sammenheng med at helsesykepleier brukte føre-var prinsippet som en framgangsmåte for refleksjon. Dette for å gi foreldrene en bevissthet på hvordan skjermbruk kan påvirke barnets utvikling, selv om det enda ikke er tilstrekkelig med forskning på området.

Alle helsesykepleierne i denne studien uttrykte at de hadde manglende kunnskap om skjermbruk og hvilke konsekvenser skjermbruk kan ha for de minste barna. De erfarte det vanskelig å begrunne helsedirektoratas råd om skjermtid, og svare på spørsmål knyttet til disse. Et interessant funn i denne sammenhengen er at samtlige helsesykepleiere uttrykte at de ikke hadde tid til å lese seg opp på forskning og tilegne seg ny kunnskap. En helsesykepleier sa også at hun *ikke* hadde lest rådene om skjermtid fra helsedirektoratet. Dette samsvarer med studien til Helle et al. (2023) som fant at helsesykepleierne ikke hadde tid til å holde seg faglig oppdatert, noe som førte til at de fikk en følelse av å ikke strekke til på spørsmål foreldrene hadde. På en annen side viste forskning at helsepersonell hadde gode kunnskaper om innhold i de nasjonale faglige retningslinjene, og at råd om barns skjermtid, fysisk aktivitet og søvn ble gitt i samsvar med disse (Hewitt et al., 2021). Videre sa helsesykepleierne at de ikke hadde tid til å snakke om og/eller veilede om teamet skjermbruk. På grunn av det ble skjermbruk ofte en salderingspost blant alle temaer som skal tas opp på en konsultasjon. Dette kan ses i lys av forskning som sa at tidspress og manglende kunnskap var faktorer til at veiledningen ble utfordrende for helsesykepleierne, og at tidspress gjorde at de ikke fikk utført en helhetlig tilnærming i veiledningen. På en annen side strider dette imot det helsefremmende arbeidet som sier at helsepersonell skal ha generell kompetanse og kapasitet innenfor de offentlige tjenesteområdene (Mæland, s. 259). Det helsefremmende arbeidet krever også at arbeidsformene er erfaringsbasert og utprøvd (Mæland, 2020, s. 238). For at dette skal imøtekommes bør helsesykepleierne ha nok tid og ressurser for en helhetlig tilnærming i veiledningen.

## 7.2 Betydning av tillitt og relasjon i veiledning om skjermbruk

Det var en felles erfaring fra alle helsesykepleierne at en tillitsfull relasjon og det å skaffe seg kunnskap om foreldrenes utgangspunkt og refleksjoner rundt skjermbruk, er like viktig inn i en veiledningsprosess som det å styrke veiledningskompetansen med basiskunnskap. De sa at å bruke tid og være nysgjerrig på hvem foreldre er, for å lære dem å kjenne, er viktig for å bygge tillitt. Dette samsvarer med tidligere forskning om at når foreldre opplevde å bli lyttet til, hadde de tillitt til helsesykepleierne og dermed fikk helsesykepleierne innflytelse inn i veiledningen (Helle et al., 2013; Henström et al., 2020). Bli-kjent fasen i veiledningsteori handler om det samme, der denne fasen handler om å bli kjent med brukeren og legge til rette for en tillitsfull relasjon. På denne måten kommer brukeren i posisjon til å bli veiledet (Tveiten, 2020, s. 2014). Flere helsesykepleiere trakk også fram at relasjonen til foreldrene er av vesentlig betydning for om de fikk en god samtale om teamet skjermbruk. Det ble sagt at å skape en god relasjon fra første møte med foreldrene bygger grunnlaget for god veiledning. Dette samsvarer med at en relasjon som bygger på tillitt ofte er noe en veileder legger vekt på i en veiledningsprosess, fordi en god dialog ofte kommer med en god relasjon (Tveiten, 2020, s.101). Samtidig mener Eide & Eide (2018, s. 26) at når en forelder viser tillitt til helsesykepleier oppstår en gjensidig dynamikk der begge parter slipper kontroll, og er henvist til å stole på den andre. En relasjon bygget på tillitt kan derfor i de fleste tilfeller bidra til god veiledning, fordi foreldrene stoler på helsesykepleier.

På en annen side erfarte helsesykepleierne at de fleste foreldre synes det er greit å snakke om skjermbruk, og at spørsmål som stilles er uproblematisk. Forskning sier at råd som gis og veiledning som blir utført av kvalifisert helsepersonell ble godt mottatt og oppfattet som legitime av foreldre (Heffler et al.,2022: Vincent et al. 2021). Dette kan ses i lys av teori om at tillitt ofte medfølger rollen som fagperson, som innebærer at foreldre lettere kan vise sårbarhet ovenfor helsesykepleier enn andre personer (Eide og Eide, 2018, s. 26). Likevel sammenlignet flere av helsesykepleierne en god samtale om skjermbruk ut fra en god- eller ikke eksisterende relasjon, hvor de sa at foreldrene var mer mottakelig for veiledning med en god relasjon. De trakk også fram at dersom de ikke har en tillitsfull relasjon er det vanskeligere eller ubehagelig å ta opp teamet, spesielt hvis foreldrene vet at de har utfordringer med skjermbruk. Relasjon kan derfor knyttes opp mot foreldrenes mottakelighet for veiledning. I henhold til empowerment krever tankegangen en arena som bygger på likeverdig relasjon og fri bruk av makt (Walseth og Malterud, 2004). For at en forelder skal komme i posisjon til å bli veiledet er tillitt og fortrolighet til helsesykepleier et viktig aspekt (Tveiten, 2020, s.100). Bevissthet på egen funksjon, kunnskap om empowerment- prosessen og at helsesykepleier tar konsekvensen av eget ansvar i samhandlingen er en forutsetning for å skape og opprettholde en

likeverdig og tillitsfull relasjon. På denne måten kan relasjonen bidra til å speile brukerens behov for muligheter til mål, som vil bidra til at den enkelte tar kontroll over eget liv (Tveiten, 2020, s. 50-51: Eide og Eide, s. 258).

### 7.3 Helsesykepleierens tilnærming i veiledning om skjermbruk

Helsesykepleierne i denne studie la vekt på en reflekterende og undrende tilnærming til foreldrene. Selv om helsesykepleierne hadde stort fokus på å reflektere sammen med foreldrene om temaet skjermbruk, kom det fram at de opplevde det ubehagelig å tematisere. De omtalte temaet som sensitivt. Dette kan ses i lyset av tidligere forskning som fremhevet at kun halvparten av helsepersonell kom med informasjon om skjermbruk. Forskningen viste at det var en tendens til at temaet ble tatt opp oftere hos foreldre med lavere utdanningsnivå enn foreldrene med høyere utdanning (Vincent et al., 2020). Dette kan ha en sammenheng med at helsepersonell er redde for å dømmes av de med høyere utdanningsnivå, eller at de tenker deres veiledning ikke er nødvendig. Helsesykepleiere sin mangel på kunnskap om temaet skjermbruk, beskrevet tidligere i diskusjonen, kan også ha betydning for hvorfor helsesykepleierne opplevde skjermbruk som et sensitivt tema. Dette kan handle om at helsesykepleierne ikke følte de hadde kunnskap til å besvare spørsmålene foreldrene har og den letteste utveien var å unngå å snakke om temaet. Likevel er det tydelige fra våre resultater at helsesykepleierne hadde gode kunnskaper rundt generelle tilnærminger og gode formidlinger i en veiledning. Tveiten (2020, s. 100-101) fremhever hvordan fagpersonen pedagogisk formidler kunnskap som betydningsfullt, og at fagpersonen bør inneha kunnskap og råd som skal formidles til foreldre i veiledning. Dette bidrar til å stimulere til refleksjon som styrker foreldrenes bevissthet og mestringsfølelse (Tveiten, 2020, s.98).

Helsesykepleierne fremhevet at det finnes mange delte meninger om temaet skjermbruk blant foreldrene om hva som er rett og galt. Dette kan også føre til at det oppleves sensitivt å tematisere for helsesykepleierne. De fortalte at noen foreldre har dårlig samvittighet ved at de ikke klarer å håndtere anbefalte råd i hverdagen, og at diskusjoner blant foreldrene skapte usikkerhet. Helsesykepleierne erfarte at foreldre er i forsvarsmodus da de opplevde skjermbruk problematisk, som kan gjøre det vanskelig for helsesykepleier å veilede. Våre funn samsvarer med studien til Kane et al. (2007) som trakk fram foreldrenes skyldfølelse ovenfor valg de tar for barna sine. Overnevnte kan gjøre at helsesykepleierne er redde for å støtte fra seg foreldrene ved at de lett kan trå feil i veiledningen. Askheim (2012, s. 17-18) fremhever empowerment sin emosjonelle dimensjon hvor skam gir lav grad av emosjonell energi og stolthet gir høy grad av emosjonell energi. Ved veiledning av foreldre om skjermbruk kan foreldrenes følelse av skam være dominerende, dette kan gi reaksjoner som avviser

helsesykepleierne og kan gjøre det vanskeligere for helsesykepleierne å ta opp temaet skjermbruk. Skamfølelse omgjort til stolthetsfølelse gjør foreldrene i bedre stand til å ta gode valg.

Helsesykepleierne fremhevet det å reflektere og undre seg sammen med foreldrene som betydningsfullt for en god tilnærming av temaet. Flere utrykte at kommunikasjon med foreldrene på en inviterende og forståelsesfull måte skapte refleksjon og åpenhet. Herunder var helsesykepleierne svært opptatt av å gå bort fra en pekefingermentalitet i tilnærmingen fordi den kan oppfattes dømmende. Helsesykepleiernes anerkjennende tilbakemeldinger på det foreldrene gjør bra, ble også fremhevet som viktig i en dialog med veiledende hensikt. Våre funn støttet oppunder tidligere forskning som fremhever åpen tilnærming, hvor anerkjennelse av det foreldrene gjør bra i samspeillet med barnet hadde stor betydning for å kunne veilede på utfordrerne temaer. Samt at det skal legges vekt på foreldrenes mestring og egenkompetanse i veiledningen (Sandvik et al., 2018). Nyansene i studien til Heffler et al. (2022) sier at økt kunnskap og trygghet gjennom veiledning endret foreldrenes atferd positivt ved valg ovenfor barna sine. Helsesykepleierne viser til dialog for å stimulere til bevissthet hos foreldrene. De mente at dialogen bør inneholde tanker om konsekvenser av valgene foreldrene tar, og hvilke utfordringer, vaner eller positive utfall det kan bli for barna senere. Dette samsvarer med arbeidsfasen i veiledningen hvor man lytter til brukeren gjennom dialog. Målet er å forstå brukerens egne behov, opplevelser og vurderinger, for å kunne finne ut hva brukeren selv synes er viktig (Tveiten, 2020, s. 103-106). Dette kan også ha sammenheng med foreldrenes brukermedvirkning. I det helsefremmede arbeidet blir brukermedvirkning fremhevet som essensielt hvor helsesykepleier har respekt, lytter og anerkjenner deres behov (Cansy, 2020, s. 166).

Helsesykepleierne trakk fram viktigheten av at foreldrene ikke skal føle seg angrepet eller satt i bås. En av helsesykepleierne snakket også om at man ikke skal være «moralens vokter» i tilnærmingen av temaet skjermbruk, fordi det kan skade mer enn det kommer til nytte i veiledningen. Dette er i tråd med tidligere forskning som vektlegger at veiledningen ikke skal foregå på en belærende måte (Sandvik et al. 2018). Det kan også ses i sammenheng med teorien om Empowerment som fremmer det å reflektere sammen med foreldrene. Refleksjon kan bidra til at foreldrene selv kan finne ut om skjermbruk er en utfordring som eksisterer eller ikke (Tveiten, 2020, s. 41). Samtidig vil formidling av kunnskap gjennom samhandling med foreldrene være essensielt, slik at de tilegner seg kunnskap for å kunne ta gode valg for barnet (Askheim, 2012, s. 21-23). Alle helsesykepleierne sa at de ønsket å være tydelig på hva som er anbefalt om skjermbruk, men de syntes balansen i å tilnærme seg temaet på en god måte kan være vanskelig. Fra et foreldreperspektiv i studien til Henström et al. (2020) ble det også trukket fram et ønske om at helsepersonell er tydelig i kommunikasjonen og at de

gir mer konkrete råd. Dette kan vise at behovet for konkret veiledning kan være avhengig av helsesykepleierens tilnærming, erfaring og kunnskapsnivå. I vår studie fremhevet helsesykepleierne at noen foreldre har holdninger om at begrenset skjermtid for barnet ikke er så viktig. Samtidig opplevde de at andre foreldre pyntet på sannheten og de ble usikre på foreldrenes ærlighet om barnas skjermbruk. Dette kan også gjøre det vanskelig for helsesykepleierne å gi tilpasset veiledning. Overnevnte kan ses i lys av Askheim (2012, s. 17) som hevder at mennesket er et aktivt og handlende individ, som har en iboende vilje til å ta ansvar for eget liv dersom det legges til rette for det. Likevel står foreldrenes frie vilje sterkt, og de velger selv hva de vil gjøre med kunnskapen helsesykepleier kommer med i veiledningen (Tveiten, 2020, s. 100 – 101).

### 7.3.1 Individuell tilpasning av familien i tilnærmingen

Tilnærming i veiledning gjennom individuell tilpasning er et viktig funn i vår studie. Helsesykepleierne sa at individuell tilpasning er essensielt for en god veiledning om skjermbruk. De var opptatt av at fokuset skal være på det foreldrene ønsker, samt familiens utfordringer. Dette ses i lys av funnene i studien til Sandtrø et al. (2022) som sier at lite anerkjennelse, begrenset tilgjengelighet og begrenset individuell tilpasning fra helsesykepleierne gjorde veiledningen av foreldre utfordrende.

Veiledningsteori sier at man skal ta utgangspunkt i foreldrenes behov, erfaring og forståelse, som vil bidra til at foreldrenes autonomi og likeverd ivaretas (Tveiten, 2020, s. 100-101). Flere av helsesykepleierne i vår studie nevnte at foreldrenes travle hverdag ga utfordringer med å unngå skjermbruk hos barna. Dette samsvarer med Henström et al. (2020) som fremhevet at veiledningen bør tilpasses familiene for å redusere stress og bekymringer da mange familier har en travel hverdag. Videre fortalte helsesykepleierne at dersom de ser at skjermbruk er en utfordring bruker de denne situasjonen for å individuelt veilede i konsultasjonen. Situasjonene helsesykepleierne nevner er når skjerm blir brukt som avledning for barnet, som ved vaksinerings, gråt, uro og måling av lengde. Tveiten (2020, s. 97) fremhever at målet med veiledning er at fagutøveren skal tilrettelegge for at den enkelte tar kontroll over eget liv og egen helse, gjennom bevisstgjøring og ved å rette oppmerksomhet mot forhold som påvirker dette. Situasjonen med vaksinerings er et eksempel på hvordan helsesykepleier kan bevisstgjøre foreldrene på forhold som påvirker barnets utvikling.

Helsesykepleierne snakket om at de må tilpasse veiledningen av skjermbruk ulikt til førstegangsforeldre og flergangsforeldre. En av helsesykepleierne sa at foreldrene ofte forteller at når første barnet har gått opp løypa med skjerm, blir det raskere skjerm på nummer to og tre. Det kommer også fram at det er vanskelig for foreldrene å nekte det minste barnet å se på skjerm når søsknene gjør det. Dette kan ses i lys av studien til Helle et al. (2023) som fremhever at foreldre med

førstefødte barn er mer åpne for veiledning av helsesykepleier, som er en av grunnene til viktigheten med ivaretagelse av den enkelte families behov. Samtidig fremhever Mæland (2020, s. 261) at det familierettede helsefremmede arbeidet omhandler å styrke familiens egne ressurser for å forbedre deres helse. Dette belyses også i beskrivelse av individrettet helsefremming, hvor mestringsstrategier trekkes fram (Mæland, 2020, s. 240-241). Herunder kan flergangsforeldre ha mer ressurser i form av erfaring med egne barn, som vil være essensielt å rette fokus på i en individuell tilpasset veiledning.

Skjermbruk er ofte et tema som blir nedprioritert av helsesykepleierne, fordi det er andre temaer som er viktigere. En helsesykepleier fortalte at selv om man forbereder seg på å veilede om temaet skjermbruk, så kan foreldrene ha et annet behov som gjør at konsultasjonen endrer retning. Dette samsvarer med at tilnærmingen i det helsefremmede arbeidet skal være prosessorientert som innebærer at tilnærmingen skal være helhetlig og bærekraftig. I prosessen kan brukerens behov være skiftende, og tilnærmingen bør tilpasses deretter. Tilnærmingen omhandler også å se på de faktorene som påvirker brukerens helse og hvordan dette kan optimaliseres (Mæland, 2020, s. 238). Det ble også sagt av flere helsesykepleiere at temaet skjermbruk sjeldent har fokus i en konsultasjon dersom foreldrene ikke ser det som en utfordring, eller hvis familien forteller at de avstår fra skjerm. Dette kan forklare hvorfor temaet skjermbruk kan nedprioriteres da foreldrene har andre viktigere behov. Samtidig fortalte alle helsesykepleierne at de ser an situasjonen under konsultasjonen, og avtaler om nødvendig et nytt tidspunkt for veiledning om skjermbruk. Dette kan ses i lys av studien til Heffler et al. (2022) som fremhever individuell tilpasning, hvor blant annet tidspunkt for veiledningen ble tilpasset etter foreldrenes kalender, og at den kunne gjennomføres ved telefonsamtaler. Overnevnte viser grunnen til nedprioriteringer av veiledning om skjermbruk og hvordan helsesykepleier individuelt kan tilnærme seg temaet på en helhetlig og bærekraftig måte, tilpasset foreldrene hverdag.

#### 7.4 Styrker og begrensninger med studien

En styrke i denne studien er det mangfoldige strategiske utvalget av deltakere med målsettingen om å belyse problemstillingen. Malterud (2020, s. 59) sier at et strategisk utvalg bidrar til mangfold i erfaringene, noe denne studien representerer. Studien har et rikt datamateriale knyttet til problemstillingen som kommer tilsynet gjennom studiens resultater. Dette samsvarer med Malterud (2020, s. 31) ved at datamaterialets mangfold synliggjøres gjennom varierende erfaringer hvor mening, nyanser og betydning av atferd og hendelser kommer fram. Ved å benytte individuelle dybdeintervju fikk vi også god dybdeforståelse for deltakernes individuelle meninger av valgt tema, uten at de ble påvirket av en gruppe (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Likevel kunne det vært en

fordel å benytte fokusgruppeintervju i denne studien, for å skape en dynamikk mellom deltakerne som hadde bidratt til diskusjon. Dette kunne gitt forskjellige synspunkter om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179; Malterud, 2012, s. 18). Dersom vi skulle gjentatt denne studien ville det vært fordelaktig å benytte prøveintervju i forkant av intervjuprosessen. Prøveintervju ville vært til stor hjelp for å bli kjent med og fått erfaring med intervjusituasjonen. Dette kan ses i lys av Kvale og Brinkmann (2015, s. 85-86) som hevder at forskeren er det viktigste forskningsinstrumentet, og derfor kan forskerens kompetanse, praktiske ferdigheter og personlig innsikt være avgjørende for kvaliteten på kunnskap som produseres.

Vi erfarte at seks deltakere var tilstrekkelig, da erfaringene helsesykepleierne delte begynte å gjenta seg. Dette samsvarer med Malterud (2020, s. 65) som sier at metning er oppnådd når forsker erfarer at ytterligere datamateriale ikke vil tilføre nye erfaringer eller kunnskap. På en annen side kan dårlig intervjuteknikk, uskarpt fokus og at man ikke har mulighet til å fordype seg tilstrekkelig være en grunn til at forskeren ikke finner noe nytt i datamateriale. Dette kan også skyldes at man ikke kjenner fagfeltet tilstrekkelig godt (Malterud, 2020, s. 65). Ovennevnte kan være en svakhet i studiens reliabilitet, da vi er uerfarne forskere og har lite erfaring fra arbeid i helsestasjonstjenesten. Dette kan også ses i lys av Kvale og Brinkmann (2015, s. 277) som sier at hvem forskeren er og deres moralske integritet kan være avgjørende i tolkningsprosessen. Derfor har vi som forskere gjennom hele prosessen vært klar over egen rolle, for å belyse gyldigheten av datamaterialet vårt. En annen styrke i denne studien er at vi er to forskere, som ga oss muligheten til å kvalitetssikre hverandres arbeid. Det å være to forskere vil bidra til at man kan oppdage selvopptatthet og tolkninger som ubevisst farger eget arbeid, samt at man kan oppnå en dypere forståelse og bevissthet over eget ståsted. Samarbeid kan også gjøre at man utforsker og forstår datamaterialet tydeligere (Malterud, 2020, s. 41-42).

Underveis i analyseprosessen ble det gjort en liten endring i problemstillingen fra *samarbeid til veiledning*. Dette kan anses som en styrke, fordi det ble oppdaget at *veiledning* passet bedre til innholdet i datamaterialet. En slik endring er ifølge Malterud (2020, s. 122) en normal prosess i kvalitativ forskning. En annen styrke er at tidligere forskning som er innhentet samsvarer med studiens funn. Det ble ikke funnet forskning med tilsvarende hensikt som denne studien, og styrker studiens formål om å få økt innsikt i helsesykepleiernes kunnskap om hvordan de kan styrke sin veiledningskompetanse i samhandling med foreldre, for å fremme balanserte og sunne skjermvaner hos barn.

## 8.0 Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å besvare problemstillingen: «*Hvordan erfarer helsesykepleier å veilede foreldre om skjermbruk hos barn 0-5 år?*»

Resultatene i denne studien fremhevet helsesykepleier sitt kunnskapsgrunnlag som essensielt for å kunne veilede foreldre om skjermbruk. Helsesykepleierne erfarte at de er i en unik posisjon til å veilede nesten alle foreldre, og derfor er kunnskap om skjermbruk viktig. Det kom likevel fram at helsesykepleierne uttrykte et behov for ytterligere basiskunnskap om hvilke konsekvenser skjermbruk kan ha for de minste barna. Dette ble også sett på som viktig for å kunne gi en god begrunnelse av de nasjonale faglige rådene. Helsesykepleierne erfarte i denne sammenheng tid som en manglende ressurs, slik at de ikke hadde tid til å lese seg opp på forskning og tilegne seg ny kunnskap om skjermbruk. Videre viste resultatene at helsesykepleierne hadde gode kunnskaper om generell veiledning, samspill og tilknytning som de nyttiggjorde seg av i veiledningen om skjermbruk. Dette viser at faglig innsikt, kunnskap og bruk av ressurser er viktig for å styrke helsesykepleierne sin veiledningskompetanse innenfor skjermbruk. Mer tid og ressurser for å oppnå dette kan gjøre at helsesykepleierne står i en bedre posisjon til å veilede foreldre. Videre fremhevet helsesykepleierne at en tillitsfull relasjon er grunnleggende for å gi en god veiledning. Hvor helsesykepleierne trakk fram at det å lære foreldrene å kjenne bidrar til å skape tillitt mellom dem. De sa at en relasjon bygget på tillit gjør veiledningen av skjermbruk lettere, samtidig som det bidrar til å skape åpenhet og god kommunikasjon mellom helsesykepleier og foreldre. Å legge til rette for en tillitsfull relasjon kan derfor anses som essensielt for god veiledning. Bruk av tid og ressurser for å imøtekomme dette, kan derfor være utslagsgivende for at foreldre tilegner seg kunnskap som vil bidra til at de tar gode valg for barnets helse og utvikling.

Hovedresultatene viste at tilnærmingen av foreldre i veiledning om skjermbruk er avgjørende for hvordan veiledningen utspiller seg. Helsesykepleierne la vekt på å reflektere og undre seg sammen med foreldrene for å bevisstgjøre dem ovenfor valg de tar for barna sine. Resultatene viste at helsesykepleierne opplevde skjermbruk som et sensitivt tema og dermed vanskelig å tematisere. Herunder ble foreldrenes dårlige samvittighet for at de blant annet ikke klarte å følge anbefalte råd i hverdagen, trukket fram som en grunn for at skjermbruk oppleves sensitivt. I forbindelse med dette fremhevet alle helsesykepleierne viktigheten av å unngå pekefingeren i tilnærmingen, samt at man ikke kommer noen vei i en veiledning hvis man opptrer belærende ovenfor foreldrene. Dersom helsesykepleierne har en belærende tilnærming, kan det være en risiko for å støte foreldrene fra seg. Dette kan ha konsekvenser for framtidig veiledning og dermed helsesykepleiernes oppfølging av



barnet. Å ta opp temaet allerede ved de første møtene kan bidra til å ufarliggjøre temaet, og skape åpenhet for veiledning ved et senere tidspunkt. Samtidig erfarte helsesykepleierne at det er viktig å være tydelige i kommunikasjonen, og at de må finne en balanse mellom å reflektere sammen med foreldrene og være tydelig på anbefalte råd. Helsesykepleierne erfarte at individuell tilpasning etter foreldres behov er essensielt for en god veiledning. Flere sa herunder at skjerm ofte er et tema som ble nedprioritert, blant annet fordi foreldrene hadde behov for at andre temaer opptok tiden i en konsultasjon. Dersom veiledningen ikke er tilpasset foreldrene kan det ha betydning for foreldrenes mottakelighet av innholdet i veiledningen. Å finne en balanse med en reflekterende individuell tilnærming kan derfor anses som avgjørende. Så lett, men likevel så vanskelig.

Resultatene fra denne studien kan bidra til kunnskap som helsesykepleiere kan benytte i veiledning om skjermbruk til foreldre. Det kan medvirke til at helsesykepleiere settes i bedre stand til å formidle kunnskap i en veiledning. Samtidig kan dette gjøre at foreldre tar positive valg angående barns skjermbruk, som vil gi positiv innvirkning på barnets utvikling, trivsel og helse. Denne studien setter også søkelys på et aktuelt og økt bekymringsområdet i samfunnet, hvor videre forskning vil være viktig.

For videre forskning vil konsekvenser av skjermbruk, spesielt i forhold til psykososial utvikling hos barn 0-5 år, være nødvendig. Dette kan bidra til at helsesykepleiere har mer kunnskap inn i en veiledning, og kan med større sikkerhet begrunne hvorfor skjermbruk bør begrenses. Videre hadde det vært interessant å se nærmere på hvordan helsesykepleierne utfører og tilpasser veiledning av foreldrene med barn 0-5 år i praksis. Dette ville gitt et mer helhetlig bilde på hvordan en veiledning faktisk utføres, istedenfor kun deres subjektive erfaringer gjennom et intervju. Det ville også vært interessant å se på foreldrenes erfaringer av helsesykepleiernes veiledning om skjermbruk, for å få en annen synsvinkel på problemstillingen.

## Referanseliste

- Askheim, O. P. (2012) *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal Norsk forlag.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Tematic analysis: Apractical guide*. SAGE Publications.
- Bufdir (u.å.) Små barn og skjermbruk. Hentet 4.september 2023 fra <https://www.bufdir.no/foreldrehverdag/smabarn/digital-hverdag/sma-barn-og-skjermbruk/>
- Burnett, A. J., Ray, C., Lehto, R., Leppänen, M. H., Sajaniemi, N., Erkkola, M., & Roos, E. (2023). The role of parental congruence in pre-school children's screen time, moderated by parental education. *Acta Paediatrica*, 112(7), 1504–1510. <https://doi.org/10.1111/apa.16782>
- Clancy, A. (2020) Fra helsesøster til helsesykepleier. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok*. (s. 154 – 168). Fagbokforlaget
- Dahl, B. M. (2020) Helsesykepleierns kunnskapsgrunnlag og kunnskapsbasert praksis. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok*. (s. 136 – 152). Fagbokforlaget
- Eide, H. og Eide, T. (2018) Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk. (3.utg.) Gyldendal norsk forlag.
- Findley, E., LaBrenz, C. A., Childress, S., Vásquez-Schut, G., & Bowman, K. (2022). 'I'm not perfect': Navigating screen time among parents of young children during COVID-19. *Child : Care, Health & Development*, 48(6), 1094–1102. <https://doi.org/10.1111/cch.13038>
- Fitzpatrick, C., Binet, M.-A., Harvey, E., Barr, R., Couture, M., & Garon-Carrier, G. (2023). Preschooler screen time and temperamental anger/frustration during the COVID-19 pandemic. *Pediatric Research*, 94(2), 820–825. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02485-6>

Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleieutdanningen (2021). Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanningen (FOR-2021-04-09-1146). Lovdata.

<https://lovdata.no/LTI/forskrift/2021-04-09-1146>

Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver (2017) Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver (FOR-2017-04-24-487) Lovdata.

<https://lovdata.no/forskrift/2017-04-24-487>

Gialamas, A., Haag, D. G., Mittinty, M. N., & Lynch, J. (2020). Which time investments in the first 5 years of life matter most for children's language and behavioural outcomes at school entry? *International Journal of Epidemiology*, 49(2), 548–558. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz192>

Glavin, K. (2020) Public Health Intervention Wheel – helsesykepleierens helsefremmende og forebyggende intervensjoner. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok*. (s. 170 – 190). Fagbokforlaget

Gülbetekin, E. & Yildirim, Z. (2023). Investigation of the relationship between screen usage habits, behavioral problems and self-regulation skills of children aged 4–6. *Journal of Pediatric Nursing* 73(2023). 525-533. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.10.025>

Heffler, K. F., Frome, L.R., Garvin, B., Bungert, L. M. & Bennett, D.S (2022). Screen time reduction and focus on social engagement in autism spectrum disorder: A pilot study. *Pediatrics International*., 64(1). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ped.15343>

Helle, C., Hillesund, E. R. & Øverby, N. C. (2023). A qualitative study of public health nurses' perspectives and experiences on nutritional guidance for parents of infants and toddlers. *Maternal & Child Nutrition* 20(S2). 1-12. <https://doi.org/10.1111/mcn.13546>

Helsedirektoratet (2022a, 9. mai) Tiden 1-5 sitter helt i ro eller fastspent i våken tilstand bør begrenses, skjermtid frarådes for 1-åringer nettdokument. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 9. februar fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/barn-og-unge/barn-1-5-ar-tid-i-ro-stillesitting-skjermtid>

Helsedirektoratet. (2022b). *Helsestasjonsprogrammet: Alle barn 0-5 år bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen*. (Sist faglig oppdatert: 10. mai 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#helsestasjonsprogrammet-alle-barn-05-ar-bor-fa-tilbud-om-regelmessige-konsultasjoner-pa-helsestasjonen>

Helsenorge (2022, 9.mai). *Stillesitting og skjermbruk for barn i skolealder*.

<https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/stillesitting-barn/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-2>

Henström, M., Müssener, U., Campbell, K. J., Hesketh, K. D., Rosell, M. & Nyström, C. D. (2020). The Need for an Evidence-Based Program in Sweden to Support Parents to Create Healthy Lifestyle Behaviors from the Start of Life—Parental Perceptions. *Nutrients* 12(12). 1-16.

<https://doi.org/10.3390/nu12123823>

Hewitt, L., Frohmuller, C., Wall, J., & Okely, A. D. (2022). Clinician and early childhood educator knowledge and advice given to parents regarding physical activity, screen time and sleep. An observational study. *Journal of Pediatric Nursing*, 66, 143–150.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.06.010>

Kane, G. A., Wood, V. A. & Barlow, J. (2007). Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: care, health & development*, 33(6). 784-793. [10.1111/j.1365-2214.2007.00750.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00750.x)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (utg. 3.). Gyldendal Akademisk.

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

Universitetsforlaget

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (utg. 4.).

Universitetsforlaget.

- McArthus, B. A., Tough, S. & Madigan, S. (2022). Screen time and development and behavior outcomes for preschool children. *Pediatric Research* 91, 1616-1621.  
<https://doi.org/10.1038/s41390-021-01572-w>
- Medietilsynet (2021, 26. april). Småbarn og skjermbruk (0-6 år).  
<https://www.medietilsynet.no/digitale-medier/barn-og-medier/smabarn-og-skjermbruk/>
- Miguel-Berges, M. L., Santaliesra-Pasias, A. M., Mouratidou, T., Flores-Barrantes, P., Androutsos, O., De Craemer, M., Galcheva, S., Koletzko, B., Kulaga, Z., Manios, Y., & Moreno, L. A. (2020). Parental perceptions, attitudes and knowledge on European preschool children's total screen time: the ToyBox-study. *European Journal of Public Health*, 30(1), 105–111. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz151>
- Mustonen, R., Torppa, R., & Stolt, S. (2022). Screen Time of Preschool-Aged Children and Their Mothers, and Children's Language Development. *Children (Basel)*, 9(10), 1577.  
<https://doi.org/10.3390/children9101577>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg.) Universitetsforlaget
- Mæland, J. G. (2020). *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal
- NESH. (2021, 16. Desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Neshteruk, C. D., Tripicchio, G. L., Lobaugh, S., Vaughn, A. E., Luecking, C. T., Mazzucca, S., & Ward, D. S. (2021). Screen time parenting practices and associations with preschool children's tv viewing and weight-related outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7359.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18147359>
- Nyeng, F. (2021). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.

Personopplysningsloven (2018) Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

Poitras, V. J., Gray, C. E., Janssen, X., Aubert, S., Carson, V., Faulkner, G., Goldfield, G. S., Reilly, J. J., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*, 178(Suppl 5), 68–868. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4849-8>

Sandvik, B. M., Dybdahl, R., & Hauge, S. (2018). Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 71217, e–71217. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71217>

Sandtrø, H. P., Galvin, K., Størksen, H. T., Holter, M. T. S. & Drozd, F. (2022). Mothers and public health nurses' experiences of sleep problems in children aged 6 months to 3 years: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 32(15-16). 4852-4867. <https://doi.org/10.1111/jocn.16586>

Sikt (u.å.) Meldeskjema for personopplysninger i forskning. Hentet 23. januar 2024 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>

Skalická, V., Wold Hygen, B., Stenseng, F., Kårstad, S. B., & Wichstrøm, L. (2019). Screen time and the development of emotion understanding from age 4 to age 8: A community study. *British Journal of Developmental Psychology*, 37(3), 427–443. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12283>

Tang, L., Darlington, G., Ma, D. W. L., & Haines, J. (2018). Mothers' and fathers' media parenting practices associated with young children's screen-time: A cross-sectional study 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *BMC Obesity*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0214-4>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5.utg) Fakkbokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (utg. 3.). Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2020) *Helsepedagogikk – helsekompetanse og brukermedvirkning*. (2.utg.) Fagbokforlaget

Vincent, V., & Blot, N. (2021). Screens for infants and preschool children: Assessment of medical prevention with parents and assessment of exposure. *Archives de Pédiatrie : Organe Officiel de La Société Française de Pédiatrie*, 28(8), 632–637.  
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.09.028>

Walseth, L. T. og Malterud, K. (2004) Salutogense og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124 (1), 65-66. Hentet fra  
<https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmennt-medisinsk-perspektiv>

World Health Organization (2019, 24. april). To grow up healthy, children need to sit less and play more. <https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

World Health Organization (1946) Constitution: WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Hentet 2 april 2024 fra  
<https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

World Health Organization (2009) *Health promotion. Track 1: Community empowerment*. Hentet 2.april 2024 fra <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>

World Health Organization (1998) Health Promotion Glossary. Hentet 2 april 2024 fra  
[https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1)

World Medical Association. (2013) WMA declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects 2013. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zhang, Z., Adamo, K. B., Ogden, N., Goldfield, G., Okely, A., Kuzik, N., Crozier, M., Hunter, S., Predy, M. & Carson, V. (2022). Associations between screen time and cognitive development in preschoolers: *Paediatrics & Child Health*, 27(2), 105-110.  
<https://doi.org/10.1093/pch/pxab067>

Øen, G. (2022) Sunn fremtid ved overvekt: forebygging, samarbeid og kommunikasjon med barn, ungdom og familier (1.utgave). Fagbokforlaget



## Vedlegg 1: Informasjonsskriv med tilhørende samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet “Helsesykepleiers møte med foreldre om barns skjermbruk”

#### **Formålet med prosjektet**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer helsesykepleiere har om samarbeid med foreldre knyttet til skjermbruk hos barn 0-5 år. En kjent problemstilling for småbarnsforeldre er hvor mye tid barnet bruker på skjerm, og forskning viser at barns skjermbruk har betydning for barnets utvikling. Hensikten med dette prosjektet er derfor å belyse hvordan helsesykepleier kan samarbeide med foreldre for å fremme sunn og balansert skjermbruk til barnet.

Prosjektet er en avsluttende masteroppgave (30 studiepoeng) i vår videreutdanning innenfor helsesykepleie ved NTNU Ålesund.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

NTNU, institutt for helsevitenskap, Ålesund, er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å intervjuer helsesykepleiere som arbeider i helsestasjonstjenesten. Inklusjonskriteriene for deltagelse i denne studien er videreutdanning eller master i helsesykepleie, og minst ett års erfaring i 70-100% stilling fra helsestasjon 0-5 år. Vi vil rekruttere 6-7 informanter fra 4-5 kommuner i Innlandet og Viken fylke. I forkant av at du får dette informasjonsskrivet har jeg sendt ut spørsmål til din leder, for å be om tillatelse til å sende deg denne invitasjonen.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du ønsker å delta i prosjektet innebærer dette at vi gjennomfører et individuelt dybdeintervju via teams eller ved fysisk oppmøte. Intervjuet vil ha en varighet på 45-60 minutter. Det vil gjøres lydopptak av intervjuet via ekstern lydopptaker som vil bli slettet når masteroppgaven er ferdigstilt. Opplysningene vi samler inn vil være rettet mot dine erfaringer rundt samarbeidet med foreldre om førskolebarns skjermbruk, i tillegg til noen spørsmål om din arbeidsbakgrunn. Svarene dine vil ikke kunne være til skade for deg og din arbeidsplass da disse anonymiseres.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt, og i samsvar med personvernregelverket.

Personopplysninger i denne oppgaven vil lagres etter NTNUs retningslinjer for lagring av data, i institusjonens skytjeneste med tofaktorautorisering. Lydopptak vil slettes umiddelbart etter transkribering. Personopplysninger i transkripsjonen vil aidentifiseres og erstattes med en kode som lagres på egen kodeliste adskilt fra øvrige data. Alder, kjønn og arbeidserfaring som helsesykepleier vil være de eneste personopplysningene som synliggjøres i studien. Deltakerne vil derfor være helt anonymiserte og vil ikke gjenkjennes i publikasjonen.

Studentene Anette Kvernes Ellevold og Marta Emilie Hunstad, samt veileder Kari Blindheim er de eneste som vil ha tilgang til opplysningene.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter prosjektet?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. august 2024. Lydopptakene vil slettes umiddelbart etter transkribering, og all materialet vil slettes ved prosjektets slutt.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU institutt for helsevitenskap har Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudenter: Anette Kvernes Ellevold og Marta Emilie Hunstad  
E-post: [anetteke@stud.ntnu.no](mailto:anetteke@stud.ntnu.no), [martaeh@stud.ntnu.no](mailto:martaeh@stud.ntnu.no)
- NTNU institutt for helsevitenskap, Ålesund, ved førstelektor Kari Blindheim  
E-post: [kari.blindheim@ntnu.no](mailto:kari.blindheim@ntnu.no)
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen  
E-post: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no), Telefon: 93079038

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

### **Med vennlig hilsen**

*Kari Blindheim*  
(Forsker/veileder)

*Anette Kvernes Ellevold*  
(Student)

*Marta Emilie Hunstad*  
(Student)

---

## Samtykkeerklæring

Om intervjuet foregår over teams vil jeg innhente muntlig samtykke fra deg og spørre om du har mottatt og forstått hva det innebærer for å deg å være med i prosjektet. Dersom vi gjennomfører intervjuet gjennom oppmøte, må du signere skriftlig.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan erfarer helsesykepleier samarbeidet med foreldre om skjermbruk hos barn mellom 0-5 år?*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at informasjon fra intervjuet brukes i denne studien

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 15.08.24

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Gjennomføring av intervju

En innledning om hvem vi som forskere er og bakgrunnen for masterprosjektet. Før intervjuet starter vil vi informere om at det er frivillig å delta, og at det er lov å trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn. Informantene skal signere på samtykkeskjema eller vi innhenter samtykke muntlig over teams.

### Vår problemstilling

*«Hvordan erfarer helsesykepleier samarbeidet med foreldre om skjermbruk hos barn mellom 0-5 år?»*

### Intervjuet

For få best mulig oversikt er spørsmålene strukturert i tematiske områder.

#### Del 1: Arbeidsbakgrunn

- Hvor lenge har du jobbet som helsesykepleier?
- Hvor lenge har du jobbet på helsestasjon 0-5 år?
- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du jobbet på denne arbeidsplassen?
- Beskriv en typisk arbeidshverdag for deg!

#### Del 2: Spørsmål om prosjektets tema og problemstilling

*Tema 1: Hvilke erfaringer har helsesykepleier i møte med foreldres refleksjoner knyttet til barnas skjermbruk?*

- Hvordan opplever du det når du tar opp temaet skjermbruk med foreldre?
- Helsedirektoratet kom med nye råd om skjermbruk for barn mellom 0-5 år i 2022, der skjermtid frarådes for 1-åring og fra barnet er 2 år bør skjermtid begrenses til én time daglig - hvordan opplever du at foreldre stiller seg i forhold til disse? På hvilken måte opplever du at foreldrene følger rådene?
- Hvilke holdninger erfarer du at foreldre har til barns skjermbruk?
- På hvilken måte opplever du foreldrenes bevissthet rundt egen skjermbruk foran barnet?

*Tema 2: Hvordan kan samarbeidet mellom helsesykepleier og foreldre om barns skjermbruk bidra til å fremme barns helse, trivsel og utvikling?*

- Kan du fortelle om hva du mener skal til for at helsesykepleier skal få tillitt hos foreldrene for å kunne veilede på best mulig måte?
- Kan du fortelle hvordan du går frem i samtalen angående temaet skjermbruk for å fremme barns helse, trivsel og utvikling?
  - Hvordan forbereder du deg i forkant av samtalen?
  - Har dere en egen praksis på denne arbeidsplassen?
- Hvilke råd/veiledning gir du til foreldre angående skjermbruk?
- Hvilke andre aktiviteter/lek anbefaler du til foreldre istedenfor skjerm, og hvorfor?
- Skjermaktivitet kan også ha positiv sosial og kognitiv innvirkning på barnet, hvordan legger du frem dette for foreldrene?
- Kan du fortelle om hvordan du håndterer eventuelle tilfeller der du opplever at barnets skjermbruk har negativ innvirkning på deres utvikling?
- Hvordan mener du at helsesykepleiere, med sin kompetanse, kan bidra i samarbeidet med foreldre om barns skjermbruk?

*Tema 3: På hvilken måte kan helsesykepleier tilpasse seg samfunnets endringer knyttet til spørsmål om skjermbruk?*

- Opplever du at du har god nok kunnskap for å håndtere spørsmål knyttet til barns skjermbruk og utvikling?
- Når og hvor oppfatter du at barna bruker mest skjerm?
- Opplever du at det er store variasjoner i hvor mye tid foreldre forteller at barna bruker på skjerm? Hva ja, hva tror du grunnen til dette er?
- Opplever du en forskjell mellom barns skjermbruk hos foreldre med ulik sosioøkonomisk eller kulturell bakgrunn? Hvis ja, hva er dine om tanker om dette?
- Hva er dine refleksjoner rundt økende bruk av skjerm de siste 10 årene og hvordan det har påvirket barnets utvikling?
- Hvordan tilpasser du din rolle som helsesykepleier til samfunnets endringer knyttet til bruk av skjerm?

### **Avsluttende kommentarer**

Til slutt er det noe du ønsker å tilføye?

Tusen takk for din deltagelse og for at du tok deg tid til å delta i dette intervjuet!

# Vedlegg 3: Vurdering av behandling av personopplysninger fra Sikt

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

24.04.2024, 13:24



## Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 646719	<b>Vurderingstype</b> Automatisk	<b>Dato</b> 16.12.2023
----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

### Tittel

Helsesykepleiers møte med foreldre om førskolebarns skjermbruk

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Ålesund

### Prosjektansvarlig

Kari Blindheim

### Student

Anette Kvernes Ellevold /Marta Emilie Hunstad

### Prosjektperiode

02.01.2024 - 31.12.2024

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger

<https://meldeskjema.sikt.no/657c6178-5ae5-4daa-8a78-a7867988f6e5/vurdering>

Side 1 av 2

- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

**Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.



