



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SPECIALISTSJUKSKÖTERS KANS ERFARENHETER AV ATT SAMTALA MED FÖRÄLDRAR OM BARN S SKÄRMTID

En kvalitativ intervjustudie

Anna Glansberg

Johanna Hansson

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska & OM5310 Examensarbete i omvårdnad – primärvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2016
Handledare:	Margaretha Jenholt Nolbris
Examinator:	Stefan Nilsson

Titel (svensk):	Specialistsjuksköterskors erfarenheter av att samtala med föräldrar om barns skärmtid.
Titel (engelsk):	Specialist nurses experiences' of conversations with parents about children's screen time.
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska & OM5310 Examensarbete i omvårdnad – primärvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2016
Handledare:	Margaretha Jenholt Nolbris
Examinator:	Stefan Nilsson
Nyckelord:	Skärmtid, barnhälsovård, folkhälsa, familjefokuserad omvårdnad, samtal, omvårdnad.

Sammanfattning:

Bakgrund: Användandet av digitala medier och skärmar ökar i dagens samhälle, även bland barn. Allt yngre barn använder skärmar vilket ger både positiva och negativa effekter för dem. Stor del av effekterna beror på hur användandet ser ut samt balansen mellan skärmtid och andra aktiviteter. Dagens rekommendationer är inte tidsgränser för skärmtid utan det förordas istället en reflektion kring vad barnen ser på och att vuxna funderar över sitt användande. Föräldrar har ett ansvar över barnen och hur deras relation till skärmar formas. Specialistsjuksköterskor på barnavårdscentraler träffar familjer och barn från tidig ålder och har en nyckelroll för att stödja föräldrar i föräldraskapet och ge evidensbaserade rekommendationer för att ge förutsättningar för en god hälsa. Skärmtiden ökar bland barn i yngre åldrar och därför blir det relevant för specialistsjuksköterskorna att arbeta med detta. Det är inte tidigare undersökt hur specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården, på barnavårdscentraler, samtalar med föräldrar om barns skärmtid.

Syfte: Att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att, på barnavårdscentral, samtala med föräldrar kring barns skärmtid.

Metod: Kvalitativ design med induktiv ansats. Semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide av nio specialistsjuksköterskor på sex barnavårdscentraler användes för att samla data. Kvalitativ innehållsanalys av insamlat material genomfördes.

Resultat: Intervjuerna med specialistsjuksköterskorna om deras erfarenheter av att samtala med föräldrar om barns skärmtid resulterade i tre kategorier och nio subkategorier. Möjligheter i samband med hälsosamtalet identifierades i form av specialistsjuksköterskornas ingångar till samtalet, att ha en positiv ingång och se till den unika familjen. Möjligheter hittades även i när föräldrar tog initiativ till hälsosamtalet och om föräldrar hade kunskap om skärmtid öppnades det upp för ett neutralt samtal. Hinder i samband med hälsosamtalet var att skärmtid inte poängterades tillräckligt eller tidigt nog i det nationella barnhälsovårdsprogrammet, att skärmtid var känsligt att tala om och att föreställningar om socioekonomiska förutsättningar påverkade om skärmtid togs upp i hälsosamtalet. Specialistsjuksköterskorna använde sig av olika typer av informationsmaterial, i första hand Rikshandboken, och gav rekommendationer utifrån den. Råden varierade mellan specialistsjuksköterskorna men handlade i huvudsak om den tid barnen spenderade framför skärmen i relation till deras ålder. Specialistsjuksköterskorna poängterade föräldrars inflytande över och ansvar för sina barns skärmtid och vikten av att stötta familjerna.

Slutsats: Specialistsjuksköterskorna samtalade med föräldrar om barns skärmtid och upplevde både möjligheter och hinder i hälsosamtalen. Specialistsjuksköterskorna gav råd utifrån varje familjs unika situation: dock var råden inte fullt uppdaterade enligt de senaste nationella riktlinjerna. Specialistsjuksköterskorna efterfrågade utbildning och mer stöd i frågan om barns skärmtid.

Nyckelord: Barnhälsovård, familjefokuserad omvårdnad, folkhälsa, omvårdnad, samtal, skärmtid.

Abstract

Background: There is an expanding use of digital media and screens in today's society. The use among children is increasing and even very young children are using screens, likely affecting them in both positive and negative ways. The effects are in great parts considered be related to how the children use the screens, and the balance between screen time and other activities. The recommendations today are not concerning the timespan; rather it is promoted to reflect on what the children are viewing as well as the screen use of the adults around the children. Parents do have a responsibility regarding children and the formation and establishment of the children's relationship to screens. Specialist nurses in child health care have a key role in supporting parents in all aspects of parenthood and provide evidence-based recommendations to form the basis of a healthy childhood. The specialist nurses meet families and their children in their early years and due to the use of screen tend to increase in toddlers it is relevant for the specialist nurses to work with the screen time. The issue on how specialist nurses at Child Health Centres have conversations with parents about children's screen time has not yet been examined.

Aim: To investigate specialist nurses experiences of conversations with parents, in the Child Health Care Service context, regarding children's screen time.

Method: A qualitative design with an inductive approach. Semi-structured interviews with an interview-guide held with nine specialist nurses at six different Child Health Centres was the method of choice to collect data. Qualitative content analysis of the collected data was performed.

Results: The interviews about the specialist nurses experiences of conversations with parents about the screen time of their children resulted in three categories and nine subcategories. Possibilities in connection to the health-promoting conversations were identified in the specialist nurses way of beginning the conversations, to have a positive beginning of the conversation and to have the uniqueness of the family in mind. Possibilities were also found when the families initiated the conversation and if the parents had knowledge, which made the conversation neutral. Obstacles in connection to the health-promoting conversations were that screen time was not recognised enough or early enough in the national child health-care programme, and that the subject of screen time was a sensitive conversational topic. Ideas about socio-economic conditions influenced whether screen time were addressed during the health-promoting conversations. The specialist nurses used different types of information material and guidelines, primarily "*Rikshandboken*", and gave recommendations on the basis of those guidelines. The recommendations varied between the specialist nurses but in general they were about the amount of time the children spent in front of the screen in relation to the age of the child. The specialist nurses stressed the parental influence on and responsibility of the screen time of their children and the nurses' important role in supporting the families.

Conclusion: The specialist nurses had discussions with the parents about the screen time of the children and experienced both possibilities and obstacles in the health-promoting conversations. The specialist nurses provided advice with regard to every family's unique situation; however the advice were not fully up to date according to the latest national guidelines. The specialist nurses requested education and extended support regarding the questions about the screen time of children.

Keywords: Child Health Care Services, conversation, Family-focused care, nursing, Public health, screen time.

Förord

Tack till de specialistsjuksköterskor som deltog och blev intervjuade, utan era berättelser hade vi inte klarat detta arbete. Tack till vår handledare, Margaretha, för gott stöd och handledning under hela processen. Tack till våra klasskamrater för peppande ord och de viktiga lunchpauserna.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Digitala medier och skärmtid	1
Rekommenderad skärmtid	2
Skärmars påverkan på barn	3
Sömn	3
Viktutveckling	3
Kognitiv och språklig utveckling	4
Pedagogisk- och social utveckling	4
Föräldrars förhållande till barns skärmtid	5
Föräldrabalken	5
Föräldrars inflytande på skärmtiden	5
Föräldrars gränssättning	5
Specialistsjuksköterskans hälsofrämjande arbete inom barnhälsovården	6
Teoretisk bakgrund	6
Familjefokuserad omvårdnad	6
Hälsofrämjande samtal inom familjefokuserad omvårdnad	7
Self-efficacy	8
Problemformulering	8
Syfte och frågeställning	9
Syfte	9
Frågeställning	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Deltagare	9
Bortfall	10
Datainsamling	10
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
Samtyckeskravet	11

Konfidentialitet	12
Resultat	13
Möjligheter i samband med hälsosamtalet	13
Specialistsjuksköterskans ingångar till samtal	13
Föräldrars initiativ till samtal	14
Föräldrars kunskap	14
Hinder i samband med hälsosamtalet	15
Ingen punkt om skärmtid i barnhälsovårdsprogrammet	15
Känsligt ämne	15
Socioekonomi	16
Rådgivning i samband med hälsosamtalet	16
Informationsmaterial	16
Rekommendationer	17
Föräldraansvar	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	21
Familjefokuserad omvårdnad	21
Hälsofrämjande samtal	22
Self-efficacy	24
Slutsats	25
Kliniska implikationer	25
Referenslista	26
Bilagor	29
Bilaga 1.	29
Bilaga 2.	31
Bilaga 3.	32
Bilaga 4.	34

Inledning

Användandet av digitala medier och skärmar har senaste åren ökat kraftigt i samhället och användandet har även sjunkit i åldrarna. Debatten har senaste tiden vänt från att användandet av skärmar mestadels är farligt för barn till att det kan vara en möjlighet till kreativitet och ett socialt umgänge. Livet levs i dag till stor del genom skärmar, det är en del av livet och ger en möjlighet att följa med i samhällets utveckling och framtiden innebär troligen fortsatt skärmanvändning.

Efter att ha läst om skärmtid på Internet och i media skönjdes en oro speciellt bland föräldrar och flertalet av dem har funderingar kring skärmtid, huruvida det är bra eller dåligt samt hur barnen ska förhålla sig till skärmar. Att barn i tidig ålder överdrivet använder sig av skärmar kan medföra att tiden för andra viktiga aktiviteter minskar, vilket kan bidra till negativa konsekvenser för barns hälsa. En god idé för föräldrar är att skaffa sig kunskap och att reflektera över användandet av skärmar för att kunna minska föräldrars oro och stress.

Specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården träffar föräldrar och barn i ett tidigt skede i barnets liv och deras främsta uppgift är att stödja och förmedla aktuell och evidensbaserad forskning till familjen för att möjliggöra en god hälsoutveckling för barnen.

Bakgrund

Digitala medier och skärmtid

Digitala medier omfattar en rad olika aktiviteter så som tv, DVD, datorer, smarttelefoner och surfplattor. Skärmtid är ett samlingsbegrepp för den tiden som spenderas framför digitala medier. I detta arbete används i huvudsak begreppet skärmtid. Användandet av olika typer av digitala skärmar har ökat kraftigt de senaste åren och är en stor del av vardagslivet och den sociala kontakten med omvärlden. Idag har i princip alla vuxna en smarttelefon i fickan och har möjlighet att koppla upp sig på Internet var de än är (1).

Användandet av digitala medier och Internet har under de senaste åren sjunkit i åldrarna och andelen barn under ett år som använder Internet dagligen har ökat (2). Enligt en utvärdering av Statens medieråd 2015 (3) använde 0-1 åringarna Internet lika ofta som 3-5 åringarna gjorde 2010. Ungefär hälften av alla barn börjar titta på olika typer av skärmar redan under sitt första år och vid två års ålder tittar nio av tio tvååringar på tv mer än en timme per dag. Användandet av surfplatta är den skärmaktivitet som ökat mest de senaste åren bland de yngre barnen. De Internetsidor som är populärast för barn mellan 0-5 år är YouTube och SVTplay/Barnkanalen (4). I en

jämförande studie mellan ett antal europeiska länder tittade svenska barn kortast tid på tv, DVD och video under veckodagarna (5). Enligt en systematisk litteraturöversikt (1) visade internationell statistik att barn i Kanada, USA och Australien spenderade mellan 1,5 till 7,0 timmar per dag framför skärmar. Samt att den tid barn tillbringade framför skärmar översteg varje annan enskild verksamhet som de normalt bedrev efter att ha sovit. I en systematisk litteraturöversikt av Duch et. al. (6) kunde de inte se några skillnader mellan pojkars och flickors skärmtid eller att syskon skulle påverka i åldrarna 0-3 år. Inget samband mellan mer skärmtid om barnet gick på förskola eller inte kunde hittas (6).

Familjens socioekonomiska status har satts i samband med barnens skärmtid. I de familjerna med lägre socioekonomisk status hade barnen en längre skärmtid jämfört med familjer med högre socioekonomisk status (6-9). Förklaringar till detta var hård press på föräldrar så som ekonomiska bekymmer och således stressad livssituation vilket i sin tur minskade föräldrars förmåga att sätta gränser för barnens skärmtid (7). Sambandet med lägre socioekonomisk status har inte hittats i alla studier utan skärmtiden har varit längre än rekommenderat för barn från samtliga socioekonomiska grupper (10). Även föräldrars utbildningsnivå har satts i samband med skärmtid, en högre utbildning innebar mindre skärmtid för barnet och lägre utbildning innebar längre skärmtid. Huruvida föräldrarna hade ett arbete eller inte hade ingen koppling till barnens skärmtid (6, 11).

Rekommenderad skärmtid

Den svenska barnhälsovården, BHV, har tidigare hänvisat till den amerikanska barnläkarföreningens, *American Association of Pediatrics*, rekommendationer för vad som är lagom skärmtid för barn i en viss ålder. Rekommendationerna innebär att barn under två år helt ska undvika skärmtid, att barn mellan 2-3 år rekommenderas max en timmes skärmtid samt att barn mellan 3-7 år ska titta högst två timmar per dag (12). Statens medieråd har satt en gräns för skärmtid på mer än tre timmar per dag för att definieras som högkonsumtion bland barn (3).

Nyligen har Rikshandboken, som är ett centralt stöd- och arbetsmaterial för barnhälsovården, i samarbete men Statens medieråd tagit fram ett utbildningsmaterial angående skärmtid som innefattar ett bildspel med tecknade bilder på barn och föräldrar med skärmar i olika situationer (3). Bilderna utgör ett stöd till barnhälsovårdens specialistsjuksköterskor i samtalet med föräldrar, till bilderna medföljer det även förslag på frågor som kan ställas till föräldrarna både enskilt eller i grupp för att diskutera skärmtid. Rikshandboken har inte några generella tidsrekommendationer för vad som är lämplig skärmtid i en viss ålder då dessa kan vara svåra att följa i dagens digitala samhälle. Tidsrekommendationer och nollvisioner kan

vara svåra mål att nå och att istället tala med föräldrarna om hur de förhåller sig till skärmar kan vara en väg att nå fram. Föräldrar uppmanas att reflektera kring sin egen skärmanvändning och hur det påverkar barnet, även det allra yngsta barnet. Vidare att skärmanvändandet inte sker på bekostnad av andra aktiviteter, då det är viktigt att barnet får tid för kreativ lek och rörelse, sömn och socialt samspel för att kunna utvecklas och må bra (4). En annan viktig del att tänka på är vad barnet tittar på och med vem. Barn har inget kritiskt förhållningssätt och behöver på så sätt hjälp av den vuxne att välja vad som är lämpligt för barnet att titta på utifrån både ålder och personlighet för att inte bli skrämnda av vad de ser på (4, 9).

Det finns en informationsbroschyr "Små barn, tv och digitala medier" skriven av Hugo Lagercrantz, professor i barnmedicin på Astrid Lindgrens barnsjukhus som flertalet barnavårdscentraler valt att köpa in. Där tas skärmtidens påverkan på barn i åldrarna 0-6 år upp samt nackdelar med vad en hög skärmtid kan innebära. Broschyren inkluderar råd till föräldrar angående hur de kan förhålla sig till barnens skärmtid (13). Ofta används en version av broschyren från 2012 på barnavårdscentraler, "Små barn, tv, filmer och dataspel".

Skärmars påverkan på barn

Barn påverkas av den tid de tillbringar framför digitala medier och skärmar. Dels finns det evidens för negativa hälsokonsekvenser, dels evidens för positiva effekter. Mycket utav effekterna beror på hur användandet ser ut.

Sömn

Sömn är en viktig del hos barn för att kunna orka med vardagen samt växa och utvecklas. För lite sömn ger negativa långtidskonsekvenser för barns beteende, sociala förmågor, akademiska framgångar och hälsoaspekter så som vikt och sömn (14). Att använda skärmar på kvällen, en timme innan läggdags, påverkar sömntiden negativt samt ger en sämre kvalitet på sömnen (4, 14). En tv i sovrummet är kopplat till mer skärmtid, som i sin tur kan förskjuta sömnen till senare på kvällen vilket ger kortare nattsömn. Även det ljus som en skärm ger i från sig kan undertrycka melatoninsekretionen vilket kan leda till en längre insomningstid. Melatonin är kroppens huvudsakliga sömnhormon som ska göra människor trötta när det blir mörkt, det kräver också exponering för dagsljus (5, 14-15). Studier visar även att spädbarn som utsatts för skärmexponering till exempel tv i bakgrunden, hade en kortare nattsömn (16).

Viktutveckling

Barns vanor kring fysisk aktivitet och skärmtid grundas redan i småbarnsåren och följer sedan det inslagna spåret (17). Barn som drabbas av övervikt eller fetma är ett ökande problem i västvärlden (5). Stillasittande beteende på grund av omfattande skärmtid kan

vara en bidragande orsak till övervikt hos barn. Studier har visat att tiden barn tittade på skärmar tog tid från andra aktiviteter så som att vara fysisk aktiva, till exempel utelek (4, 18-19). Stillasittande på grund av tv-tittande mer än två timmar per dag hos barn 0-5 år har satts i samband med mindre gynnsam viktutveckling, samt kognitiv och psykosocial utveckling (20). Studier visade att det finns ett samband mellan skärmtittande vid måltid och övervikt. Skärmen avleder uppmärksamheten från aptitregleringen och barnet känner inte av mättnadssignaler och äter mer än vad de hade gjort annars (4). Tv-tittande kan även leda till högre intag av energitäta livsmedel och drycker på grund av exponeringen för reklam för det (21-22). Ett samband har hittats mellan att barn som har kortare sömn tid även har en högre konsumtion av energirika livsmedel och minskad fysisk aktivitet, vilket kan sättas i samband ökad risk för övervikt (15).

Kognitiv och språklig utveckling

Barns första år är en period då barns hjärnor växer snabbt och som sätter prägel på livet. Barn som ser på mycket tv när de är små gör det även som äldre (9). Det har inte helt kartlagts hur tv-tittande påverkar barns hjärnor, men ett samband har hittats mellan småbarns tv-tittande och deras språkutveckling. Även negativ påverkan på social- och kognitiv utveckling, så som korttidsminne, läskunnighet och matematikkunskaper, har framkommit i och med hög skärmtid bland barn (6, 10-11, 22). Att tv är på i bakgrunden har visat sig kunna ha negativa konsekvenser för hur mycket föräldern och barnet talar med varandra och interagerar. Barns utveckling av kommunikativa förmågor är starkt beroende av barn-föräldrar interaktionen. De barn som såg på tv mer än två timmar om dagen hade större risk för att få dåliga resultat på språktester (6). Det finns ett flertal tv-program som utger sig för att vara bra för småbarns utveckling, till exempel *Baby Einstein* och *Sesame Street*, som emellertid har visat sig ha negativa effekter på språkutvecklingen hos barn under 2 år (12).

Pedagogisk- och social utveckling

Det har framkommit fördelar med barns skärmanvändning. Forskning har visat att vissa spel och program av hög utbildningskvalité har haft positiva egenskaper gällande språkutveckling, sociala färdigheter samt hur förbereda barn är för att börja i förskolan. Det gällde dock endast barn över två år samt där tiden inte togs från andra pedagogiska och sociala aktiviteter (12). Att tillsammans med en vuxen titta på en film eller spela ett spel framför en skärm kan främja den sociala samvaron inom familjen, det kan också vara ett sätt för barnet att koppla av och ta det lugnt efter en hektisk dag (17).

Fördelar med barns skärmtid som föräldrar uppgett var att skärmen kan agera som en distraktion för barnen och ge föräldrar möjlighet att få gjort något annat då till exempel att laga middag, eller att få lite egen tid. Vidare tog de upp att det utvecklar barnens datorkunskaper, vilket de har nytta av senare i livet, att de kan vara aktiva med hjälp av

olika tv-spel som uppmuntrar till dans, att önskvärda beteenden kan belönas med skärmtid och att tv och datorn kan vara utbildande (8, 17).

Föräldrars förhållande till barns skärmtid

Föräldrabalken

Föräldrarna, eller den som är vårdnadshavare för barnet, har enligt lag ansvar för att tillgodose barns behov av att få omvårdnad, trygghet och god fostran. Föräldrar ansvarar också för att barnet får den tillsyn som behövs utifrån dess ålder och utveckling, samt att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning. Barnets bästa är det som skall komma i första rummet (23).

Föräldrars inflytande på skärmtiden

Föräldrar har en viktig roll i att lägga grunden för att främja hälsosamma vanor för sina barn, i synnerhet under deras tidiga år då det är föräldrarna som styr över den största delen av barnens levda erfarenheter, inklusive barnens förhållande till digitala medier och skärmar (2, 6-7, 17). Om barnen fick bestämma själva över hur mycket de tittade på tv så ökar skärmtiden (2). Ett flertal studier har visat på ett positivt samband mellan föräldrars skärmtid och barns skärmtid. De föräldrar som tittade på och använde skärmar mycket hade även barn med högre skärmtid jämfört med de barn vars föräldrar hade en lägre skärmtid (2, 6, 8, 11, 18-19, 24-25). Carson, Stearns och Janssen (25) förklarar sambandet mellan föräldrar och barns skärmtid utifrån den sociala kognitiva teorin som baseras på att föräldrars beteende har en direkt inverkan på barnens beteende, barnet lär och tar efter det som de observerar hos den vuxne. Studier har visat på att ju mer föräldrarna tittade, ju mer tittade barnen (8). Ytterligare förklaringar som angavs var att föräldrar såg sina barn som naturligt aktiva och därför inte behöver uppmaningar för att vara fysiskt aktiva (17).

Föräldrars gränssättning

När barnen är yngre är det föräldrarna som styr över skärmtiden i hemmet men det kan behöva göras mer aktivt när barnen är upp mot 3-4 år då de själva kan sköta skärmen. Det kan till exempel vara att olika områden i hemmet är skärmfria som vid matbordet för att främja kommunikationen, eller att olika tider är skärmfria för att främja andra aktiviteter (2, 4). Flertalet studier har visat på att de föräldrar som har regler och sätter gränser för skärmtid hos sina barn resulterade generellt sett i kortare skärmtid. Det visade sig också att de föräldrar som hade en hög *self-efficacy*, det vill säga en tilltro till sin egen förmåga att göra förändringar, hade större möjlighet att stå emot och sätta gränser för sina barn (2, 7-8, 10-11, 17-18, 26-27). De förklaringar som föräldrarna angav till varför de inte hade några gränser angående skärmtiden för sina barn var ofta att de inte trodde att skärmtid kunde vara skadligt för barnen på något sätt samt att det istället var lärorikt och utvecklande för barnet (8). I hem där barn från 0-3 år, hade

tillgång till kognitivt stimulerande aktiviteter, så som högläsning och pedagogiska leksaker, var skärmtiden kortare (6).

Specialistsjuksköterskans hälsofrämjande arbete inom barnhälsovården

Barnhälsovården är till för alla barn från nyföddhet till att de börjar förskoleklass, det är en frivilligt och kostnadsfri verksamhet. Barnhälsovården räknas in i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1983:763), där målet med hälso- och sjukvård är en god hälsa som skall ges på lika villkor samt med respekt för alla människors lika värde (28). Målet med barnhälsovården är att främja hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa hos barn, att tidigt identifiera och hitta åtgärder till problem i barnens hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Till sin hjälp har de ett nationellt barnhälsovårdsprogram, Rikshandboken, för att följa barnens utveckling. Detta genom att olika undersökningar och tester utförs i olika åldrar. Skärmtid börjar nämnas som diskussionsämne i programmet när barnen är 10 månader (29). I en nyligen publicerade text på Rikshandboken specifikt om Digitala medier tas det upp att ämnen bör diskuteras under barnets första levnadsår (4). Föräldrar involveras och är delaktiga i hela barnhälsovårdsprogrammet. De får fylla i frågeformulär inför besöket från 18-månaders ålder, samt vid två och ett halvt, fyra och fem års ålder. I frågeformuläret finns det en fråga om hur mycket tid barnen spenderar framför skärmar, men inte i det de får fylla i vid 5 år.

Specialistsköterskan inom barnhälsovården ska kunna främja barns hälsa med hjälp av sin kompetens och kunskap. Denna kunskap ska de överföra till praktik och stötta familjer med (4). I en randomiserad kontrollerad studie visade Yilmaz et. al. (22) att föräldrar och barn som var med i en studie där de fick informationsmaterial och stöd av vårdpersonal för att minska skärmtiden minskade barnens skärmtid jämfört med kontrollgruppen och inte fick informationsmaterial och stöd. Här har specialistsköterskan en nyckelroll när det kommer till att kunna påverka barns digitala medievanor och skärmtid för att gynna en hälsosam livsstil.

Teoretisk bakgrund

För att optimera en sund tillväxt och utveckling under de första åren är det viktigt att arbeta med familjefokuserade interventioner. Studier visar att skärmtid är ett viktigt område att arbeta med då långsiktiga konsekvenser av skärmanvändning inte ännu är kartlagda och således förordas reflektion kring användandet (4, 25).

Familjefokuserad omvårdnad

I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor står det att den specialistutbildade sjuksköterskan ska ha djupare omvårdnadsfärdigheter för att kunna identifiera

individens och familjens resurser för att möjliggöra att de själva ska kunna främja sin hälsa (30). Familjen är en sammansättning av människor som definierar sig själva som en familj. Denna grupp är i centrum för den familjefokuserade omvårdnaden (31). I den familjefokuserade omvårdnaden är familjens styrkor och resurser i fokus för att kunna arbeta hälsofrämjande. Feeley och Gottlieb (32) beskriver strategier för att kunna arbeta hälsofrämjande via familjefokuserad omvårdnad. Inom alla familjer finns det resurser och styrkor i form av personlighetsdrag, till exempel optimism, individernas kompetens och förmågor och även drag av mer kortvarig natur, till exempel motivation. När det kommer till familjer räknas även deras materiella tillgångar, sociala nätverk och samhällets skyddsnät in som resurser. Inom den familjefokuserade omvårdnaden kan distriktssköterskan arbeta med familjens ovanstående resurser. Detta arbete går ut på att identifiera resurserna och sätta ord på dem med familjen samt att utveckla och frambringa resurser. Styrkorna måste verbaliseras och konkretiseras samt erkännas som just styrkor av både familjen och sjuksköterskan. Familjen stöds till att engagera sig i det hälsofrämjande arbetet och blir delaktiga. Ett partnerskap utvecklas för samarbete. Identifikationen av styrkor kan i sig fungera hälsofrämjande genom att det ger en känsla av kompetens och förändringsmöjlighet. Att diskutera vad familjen har prövat för gynnsamma strategier innan, i andra sammanhang, för att se om de kan appliceras på den aktuella situationen är att rekommendera (32-33). Inom barnhälsovården är familjefokuserad omvårdnad lämplig, det lilla barnet är beroende av sin familj och familjen är onekligen påverkade av barnet.

Hälsofrämjande samtal inom familjefokuserad omvårdnad

Inom den familjefokuserade omvårdnaden har samtalet en central plats och sjuksköterskor har möjlighet att föra hälsofrämjande samtal (33). I kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor står det att den specialistutbildade sjuksköterskan ska ha djupare kunskaper om samtalet och dess pedagogiskt gynnsamma möjligheter för det hälsofrämjande arbetet (30). Det finns flera typer av samtal men alla syftar i grunden till att samla information för att sedan kunna ge stöd och finna lösningar. Samtalet kräver ett partnerskap, att deltagarna har en icke-hierarkisk relation, samt att samtalet förs utan förutfattade meningar. Det finns modeller för hälsofrämjande familjefokuserade samtal där deltagarna ses en längre stund, vid fler tillfällen, som har visat sig ha positiva effekter för familjen. Att ha kortare, enstaka, familjefokuserade samtal har visat sig ha positiv effekt även de (33). Samtalet med barn och föräldrar har en central plats i barnhälsovårdens hälsofrämjande arbete och är en stor del av specialistsjuksköterskans arbete där. Detta samtal syftar till att stärka föräldrar och deras förmågor för att ge barnet en god uppväxt. Barnhälsovården ska stötta föräldrar och har ett ansvar att samtala kring levnadsvanor för att uppnå en hälsosam utveckling för barnet. Förändringen, när en människa just blivit förälder, är gynnsam för specialistsjuksköterskan att ta vara på för att få till hälsosamma livsstilsförändringar inom familjen (34).

Self-efficacy

Begreppet *self-efficacy* grundar sig i beteendevetenskapen där studier kring individers och grupper beteenden är i fokus (35). När det talas om hälsa och hälsofrämjande beteendeförändringar har *self-efficacy* en plats och lika så i modernt folkhälsoarbete. Distriktssköterskans kompetens innefattar dels omvårdnadsvetenskapen, dels folkhälsovetenskapen (30) och begreppet *self-efficacy* blir ett arbetsverktyg i det hälsofrämjande arbetet. *Self-efficacy* handlar, enligt Albert Bandura, om att en människas tilltro till den egna förmågan avgör huruvida denna kan uppnå olika mål, slutföra uppgifter och kunna använda sig av olika coping-strategier. Även att kunna bedöma hur mycket energi som kommer gå åt och hur länge beteendeförändringen kommer kunna upprätthållas med tanke på hinder och motgångar. Begreppet inkluderar ens optimism kring att starta en förändring trots att det kan kännas motigt och att sedan inte ge upp. En människas *self-efficacy* påverkar hela personen. Tron på möjlig beteendeförändring påverkar den egna förmågan och de val som görs. I synnerhet när det kommer till beteendeförändringar som handlar om hälsa. Fyra viktiga punkter har identifierats av Bandura (35) för att lägga grunden för *self-efficacy*: 1, Egna prestationer, tankar, ens exponering för ämnet och tillvänjning till det. 2, Andras erfarenheter och allmänna förebilder. 3, Verbal övertalning, förslag och uppmaningar från andra och ens interna förslag. 4, Fysiologiska förutsättningar, ens egenskaper, hur ens svarar an på förändringen fysiskt och emotionellt sett. Desto mer tillförlitliga de erfarenhetsmässiga punkterna är desto större chans för upplevd *self-efficacy* (35).

Problemformulering

Digitala medier och skärmtid är en del av det dagliga livet i dagens och framtidens samhälle, även för barn som specialistsjuksköterskan träffar på barnavårdscentralen, BVC. Hur det påverkar barn är omdiskuterat, men att det påverkar flera delar av livet är konstaterat. Överdriven exponering av skärmar kan ge negativa hälsokonsekvenser för barn, men att vänjas vid skärmar gör barnen redo för framtiden. Barnen är som allra mest formbara under sina första år då föräldrarna har stort inflytande över deras tillvaro. Specialistsjuksköterskans uppdrag inom barnhälsovården är att stötta familjen för att kunna ge sina barn en god och hälsosam uppväxt. Det inkluderar även deras förhållande till digitala medier och skärmar. Mycken internationell forskning har bedrivits på kvantiteten av skärmtittande, hur det påverkar barnen och vad föräldrar har för inflytande. Hur specialistsjuksköterskan, i sin roll på barnhälsovårdscentralen använder sig av samtalet för att lyfta frågan om barns skärmtid tillsammans med familjen för att gynna en hälsosam utveckling och därigenom kunna ge evidensbaserad rådgivning blir således ett viktigt område att undersöka för att utveckla kunskapsbasen.

Syfte och frågeställning

Syfte

Att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att, på barnavårdscentral, samtala med föräldrar kring barns skärmtid.

Frågeställning

Hur samtalar specialistsjuksköterskan med föräldrar kring barns skärmtid på barnavårdscentral?

Metod

Design

Vald metod i denna studie var kvalitativ induktiv design med intervjuer (36), som syftar till att studera personers erfarenheter och därefter analysera dem för att visa på mönster som framträder i analysen. En fördjupad förståelse kring vad som ligger till grund för intervjupersoners handlingar och uppfattningar eftersträvas (36).

Urval

Den valda urvalsmetoden var ett strategiskt urval, vilket innebär att deltagare som har erfarenheter av ett område frågas om deltagande. Detta för att kunna svara på syftet (36). Specialistsjuksköterskor tillfrågades om deltagande via mail eller telefonsamtal till Verksamhetschef eller till specialistsjuksköterskor på barnavårdscentraler i Göteborg och angränsande kommuner, totalt 20. Urvalskriterierna var specialistsjuksköterskor som varit anställda och hade arbetat minst ett år inom BHV, specifikt på barnavårdscentral. Detta för att de skulle haft samtal kring barns digitala mediavanor och skärmtid. Specialistsjuksköterskorna gavs information om studien i form av ett forskningspersonsinformationsbrev (Bilaga 1) och ett muntligt godkännande inhämtades därefter.

Deltagare

Studiens deltagare blev nio specialistsjuksköterskor som arbetade i två kommuner i sydvästra Sverige. Sex intervjuer genomfördes i områden med skilda ekonomiska förutsättningar, två områden med övervägande låginkomsttagare och en högre arbetslöshet och två områden med höginkomsttagare och högre utbildningsnivå. Samtliga var anställda vid privatfinansierade barnavårdscentraler och var kvinnor i åldrarna 34-57 år, med en genomsnittlig ålder av 46 år. De hade arbetat på BVC i 1-11 år, med en genomsnittlig arbetserfarenhet av BVC på fyra år.

Bortfall

Tjugo barnavårdscentraler och barnavårdscentraler vid Familjecentraler tillfrågades om deltagande, både privat- (13) och offentligt finansierade (7). Tolv barnavårdscentraler svarade och fem svarade nej till att delta, åtta svarade inte alls och sju svarade ja och kunde delta. Angivna anledningar bland de som svarade nej var tidsbrist och att de inte hade möjlighet att ta emot oss för tillfället. En intervjudeltagare exkluderades då intervjun kunde genomföras först efter den planerade datainsamlingsperiodens slut.

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer med en förberedd intervjuguide valdes som datainsamlingsmetod, då ett bestämt syfte fanns (36). Intervjuguiden (Bilaga 4) utvecklades utifrån studiens syfte och frågeställning. Två öppna huvudfrågor skrevs, en för att fråga när de samtalade om digitala medievanor och skärmtid och en fråga om vilka råd och rekommendationer specialistsjuksköterskorna gav. Följdfrågor ingick i guiden för att utveckla de två huvudfrågorna. Intervjuguiden fungerade som ett stöd i intervjun och då ordningen på frågorna kunde ändras.

Intervjuerna genomfördes under veckorna 37-39. Båda författarna genomförde intervjuer, den första intervjun var ena författaren intervjuare och den andra var observatör för att ge likartade intervjuer. Författarna genomförde 5 respektive 4 intervjuer var. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats, företrädesvis i deras arbetsrum. Intervjuerna spelades in som digital inspelning. För intervjuerna avsattes ca 30 minuter. Tidsåtgång för intervjuerna var mellan 6-16 minuter.

Dataanalys

En kvalitativ manifest innehållsanalys valdes som analysmetod för att kunna fånga gemensamma nämnare, skillnader och mönster i det insamlade materialet (36). Analysen utgick ifrån Graneheim och Lundmans metodik (37). Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes igenom flera gånger av båda författarna för att få en känsla av textens helhet. Författarna arbetade gemensamt för att identifiera meningsbärande enheter i materialet som svarade mot syftet. De meningsbärande enheterna organiserades i en tabell på datorn och kondenserades. Vidare bildades det koder från meningarna. Koder som handlade om samma sak organiserades under samma subkategori. I dialog med handledaren utformades tre kategorier som innehåller tre subkategorier vardera (Tabell 1). Analysens alla steg utfördes av båda författarna, för att öka trovärdigheten (36). För att öka trovärdigheten gav handledaren respons på den första intervjuens analys, samt att citat finns med i resultatet (37).

Tabell 1. Utdrag ur den kvalitativa innehållsanalysen.

Nr.	Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Subkategori	Kategori
8	Vi har bra informationsmaterial att lämna ut om vi inte får ett bra samtal. Så kan man alltid lämna en informations-broschyr	Vi har bra informations-material att lämna ut om vi inte får ett bra samtal	En broschyr	Informations-material	Rådgivning i samband med hälsosamtal
7	Men det ska inte vara istället för något annat, bok eller prata, eller ja göra något annat för att mamma och pappa är bara trötta liksom, det kanske vi pratar lite om	Det ska inte vara istället för något annat, en bok, att prata eller något annat för att mamma och pappa är trötta	Skärmtid ska inte ta tid från andra saker	Rekommendationer	

Forskningsetiska överväganden

Arbetet med studien grundar sig på de etiska kraven och riktlinjerna från Vetenskapsrådet (38). Deltagare informeras via ett forskningspersonsinformationsbrev, vilket utformats efter riktlinjer från Göteborgs Universitet och godkändes av handledare innan det skickades ut tillsammans med förfrågan om deltagande, i enlighet med forskningsetiska riktlinjer och informationskravet (39). I riskanalysen kunde det inte identifieras några risker med ett deltagande, men det kan vara möjligt att ämnen berörts som kan upplevts som känsliga.

Författarna tog sig till en plats utvald av deltagaren som då inte behövde spendera tid eller pengar på transporter. Dag och tid bestämdes av deltagaren. Tidsramen för intervjun presenterades i forskningspersonsinformationsbrevet så att deltagaren kunde ta ställning till i förhand om tid fanns för ett deltagande.

Samtyckeskravet

I enlighet med samtyckeskravet (38) informerades deltagare om syftet med intervjun och vad som efterfrågades av dem i sitt deltagande. Samt att deltagandet var frivilligt och att deltagare när de ville kunde avbryta sitt deltagande, utan att ange orsak.

Skriftligt godkännande inhämtades från Verksamhetschef inför samtliga intervjuer. Verksamhetscheferna fick information angående examensarbetet från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa (Bilaga 3), specifik information angående aktuell studie (Bilaga 2) samt forskningspersonsinformationsbrevet (Bilaga 1).

Konfidentialitet

I intervjumaterialet användes koder för deltagare. Kodnyckel förvaras separat från intervjumaterialet och oåtkomligt för obehöriga. Endast de ansvariga för studien hade tillgång till insamlat intervjumaterial. Materialet användes enbart till examensarbetet och gavs inte vidare till någon utomstående part, i enlighet med nyttjandekravet (38). Intervjumaterial och annan insamlad information förstördes efter att examinator godkänt examensarbetet. Ingen ersättning utgick för deltagandet. Inga enskilda personer eller arbetsplatser kan identifieras i studien. Om den intervjuade nämnde sitt namn eller arbetsplats togs det bort för att bibehålla anonymitet.

Resultat

Utifrån dataanalysen framkom nio subkategorier och tre kategorier, se tabell 2. I resultatet finns citat vilka är numrerade 1-9 som motsvarar deltagarnas intervju.

Tabell 2. Resultat: subkategorier och kategorier.

Subkategori	Kategori
Specialistsjuksköterskans ingångar till samtal	Möjligheter i samband med hälsosamtalet
Föräldrars initiativ till samtal	
Föräldrars kunskap	
Ingen punkt om skärmtid i barnhälsovårdsprogrammet	Hinder i samband med hälsosamtalet
Känsligt ämne	
Socioekonomi	
Informationsmaterial	Rådgivning i samband med hälsosamtalet
Rekommendationer	
Föräldraansvar	

Möjligheter i samband med hälsosamtalet

Hälsosamtal mellan specialistsjuksköterskan och familjen innebar samtal om olika livsstilsfaktorer och barns utveckling, här specifikt kopplat till skärmtid.

Specialistsjuksköterskorna tog alla upp olika möjliga ingångar till samtalsämnet skärmtid för att kunna påbörja ett neutralt hälsosamtal. Föräldrarna tog i sin tur upp barnens skärmtid när behov uppstod.

Specialistsjuksköterskans ingångar till samtal

Flera av specialistsjuksköterskorna upplevde att skärmtid hade lite utrymme i barnhälsovårdsprogrammet och inte togs upp i tillräcklig utsträckning innan barn var 18 månader gammalt. Flertalet av specialistsjuksköterskorna började dock samtala om barns skärmtid tidigare än så. Det kunde vara i samband med hälsosamtal om barnens utveckling där de hittade ingångar till samtalet men även tidigare i föräldragrupper. Specialistsjuksköterskornas erfarenheter var att användandet av skärmar ökar och att användandet blivit vanligare bland allt yngre barn och var därför rimligt att ta upp tidigare än när det tas upp i barnhälsovårdsprogrammet. En av deltagarna talade om att problemen med skärmtid blir större ju äldre barnen blir och att det är bra att ta upp det när de är yngre.

"Annars är det när vi pratar språk och lekstimulans som vi pratar om det, ja då frågar jag extra även om det inte står i något frågeformulär, hur ofta." (5)

"Det kan bli ganska tidigt nu att man, en vanlig fråga kan ofta vara vad tycker barnet om att göra? Eller vad gör ni för lekar eller så? Då kan de svara att de tycker om iPaden, telefonen, eller tv:n eller så. Och då brukar jag börja utifrån det." (9).

Flertalet av specialistsjuksköterskorna poängterade vikten av att alltid öppna upp ett samtal med en positiv ingång oavsett vad samtalet handlar om, inklusive skärmtid. De ville inte ge intrycket av att ge föräldrarna kritik eller pekpinningar, utan hitta positiva saker att lyfta på ett bra sätt och samtala om det i en dialog. De kunde även vinkla frågor om skärmtid ur barnhälsovårdsprogrammet för att få föräldrarna att reflektera kring skärmtid och bjuda in dem och deras tankar.

"Det finns alltid hinder i allt man pratar med föräldrar om på BVC, om de känner att man ger dem kritik då kan det vara svårt, å det är väldigt viktigt att möta föräldrarna med ett öppet sinne och med en positiv, att man kommer med en positiv ingång." (8)

"Där brukar jag lägga till eller vinkla det åt ett annat håll genom att fråga föräldrarna tycker ni att det är något problem med den här tiden? Känner ni att ni måste begränsa den?" (2)

Föräldrars initiativ till samtal

Flera av specialistsjuksköterskorna tog upp att föräldrar ibland hade frågor och önskade råd angående skärmtid för sina barn, men att det inte var så ofta. De kunde under besöket på barnvårdscentralen ta upp skärmtiden då de pratade om olika faktorer som påverkar barns utveckling. Det hände även att föräldrar ringde eller tog upp frågan utöver de vanliga besöken om de upplevde en oro eller var bekymrade över barnets skärmtid. När föräldrarna själva tog upp ämnet upplevde specialistsjuksköterskorna att det gav en god grund för samtalet.

"Det händer ju också faktiskt att en del ringer och ber om råd och vill prata om såna saker, det är inte så ofta men det händer." (8).

Föräldrars kunskap

Om föräldrarna var insatta och själva hade kunskap om barn och skärmtid blev det ett neutralt samtal om skärmtid. Föräldrar med kunskap kunde tala om olika effekter av skärmtid för sina barn, både negativa och positiva. Specialistsjuksköterskorna tog upp en koppling mellan att föräldrar med kunskap inte upplevde ämnet som känsligt att samtala om. Hälsosamtal om skärmtid gynnades av att föräldrarna var insatta och neutralt inställda till skärmtid som samtalsämne enligt specialistsjuksköterskorna.

"Det är ju fritt fram att prata om det, det är ju inte tabu att prata om det, det tycker jag inte." (1)

"De kanske inte tänker alltid på det så, men jag tror överlag egentligen, om man sitter och pratar om det så tror jag att de har egentligen ganska bra [koll]." (7)

Hinder i samband med hälsosamtalet

Flera av de intervjuade specialistsjuksköterskorna uppgav att det fattades kunskap eller information om skärmtid relaterat till barn för att kunna arbeta optimalt med ämnet. De efterfrågade mer forskning och träning i ämnet för att kunna ge information till föräldrarna och även själva känna sig uppdaterade.

Ingen punkt om skärmtid i barnhälsovårdsprogrammet

Specialistsjuksköterskorna tog upp att det fattades tid för samtalet om skärmtid inom ramarna för det ordinarie besöket på barnavårdscentralen, då det är mycket annat som ska ingå i besöken. Skärmtid tas upp i det frågeformulär föräldrarna får hemskickat inför besök på barnavårdscentralen först när barn är 18-månader gamla och då inte som en speciellt framträdande punkt, enligt specialistsjuksköterskorna. I formuläret finns det bara en fråga om skärmtid och den handlar om den tid som barnen spenderar framför skärmar och detta uttryckte specialistsjuksköterskorna som för lite. Frågan finns inte med i formuläret när barnen är fem år vilket också påpekades av en specialistsjuksköterska som en brist. Många talade om att ämnet inte togs upp under barnets första levnadsår om det inte togs upp spontant, vilket föräldrar sällan gjorde.

"Man hade kunnat göra mycket mer och det är ju ofta tiden som spelar in där, man har väldigt många saker man ska gå igenom." (9)

"Små barn, asså de är ju mycket känsliga, men det temat berörs inte så mycket när dom är så små. (...) Så att det borde kanske stå som en särskild punkt och kanske poängteras mera att det här skall vi ta upp. Vid kanske tremånaderskontroll och då, då kanske skett mer strukturerat" (6)

Känsligt ämne

Flertalet av specialistsjuksköterskorna upplevde att skärmtid kunde vara ett känsligt ämne att samtala om. De talade om att det kunde vara känsligt för föräldrarna då de upplevde att föräldrarna kände skuld för barnens skärmtid. Några tyckte att det kändes jobbigt för dem att ta upp när de hade olika åsikter jämfört med föräldrarna, att de mötte motstånd när ämnet togs upp. De kunde känna att de var svårt att komma in och styra. En specialistsjuksköterska upplevde även att föräldrar inte var mottagliga för samtalet och inte såg skärmtid som ett problem.

"Jag själv som person kan tycka att det är ganska svårt att gå in och styra för man har ju barn själv och man vet att det är knepigt." (3)

"Jo man gärna att de känner en skuld att man ska tro att de använder det som en barnvakt." (4)

Socioekonomi

Specialistsjuksköterskorna tog upp familjernas socioekonomiska status som ett hinder i samband med hälsosamtalet. Detta i form av att utsatta familjer hade arbets- och bostadsproblematik att tänka på i första hand. Samt att tolkar behövde användas under besöket och att det tog tid. I de utsatta områdena uppgav specialistsjuksköterskorna att det fanns svårigheter att få föräldrar att närvara vid föräldragrupper. Vidare att de familjerna med hög inkomst förutsattes vara allmänt pålästa och införstådda i ämnet och inte behöva mer samtal.

"Vi har väldigt svårt att få ihop grupper här, det är väldigt individ, i hela [området] är det inte så attraktivt att gå på grupper. Man kommer inte när vi ordnar grupper här." (9)

"Jag tycker att det är väldigt olika faktiskt även här, detta är ju ett område med hög, övre-medelklass kan man säga och överklass som bor här och man tror att de är välinformerade och det är de visserligen men det är många som, ehm, använder skärmar (...) man använder de felaktigt ibland." (8)

Rådgivning i samband med hälsosamtalet

Under intervjuerna framkom det att specialistsjuksköterskorna använde sig av olika typer av informationsmaterial och rekommendationer. Informationsmaterialet var ofta en ingång till samtalet och där de uppgav att de hämtade information.

Rekommendationer handlar om vad de sa till föräldrarna och de rekommendationer de gav. Föräldraansvaret innefattar det ansvar föräldrar har när det kommer till barns skärmtid.

Informationsmaterial

Specialistsjuksköterskorna uppgav att de hämtade information om skärmtid och barn från Rikshandboken, dock var den informationen de talade om inte den senaste och uppdaterade. Det stora flertalet tog upp broschyren av Hugo Lagercrantz "Små barn tv, filmer och dataspel" från 2012. De använde den för att ge information till föräldrar och även för att ge till föräldrar för att ta med sig hem. En nämnde broschyren men att hon inte använde sig av den då informationen i den inte var uppdaterad och inte stämde överens med det som står i den uppdaterade texten på Rikshandboken från i år. En uppgav att hon kände till bildkort för diskussion med föräldrar från Statens Medieråd, men inte använt sig av dem.

"Sen har vi haft broschyrer och så med men de tror jag är gamla så de vågar jag inte använda mig av längre." (9)

"Vi har bra informationsmaterial att lämna ut om vi inte får ett bra samtal så kan man alltid lämna en informationsbroschyr." (8)

Rekommendationer

Specialistsjuksköterskornas rekommendationer till föräldrarna varierade. De flesta gav rekommendationer om tidsgränser i förhållande till barnets ålder uttalat i timmar. En som inte gav denna typ av rekommendationer upplevde att föräldrar ibland efterfrågade tidsgränser och då gav hon de rekommendationer som *American Academy of Pediatrics* i USA angivit. Vidare rekommenderade några specialistsjuksköterskor föräldrar att sätta gränser för skärmtiden och att det inte ska vara tillgängligt för barnen hela tiden. Att sätta en tidsgräns och tala om det tydligt för barnen kan minska konflikter mellan föräldrar och barn när skärmen ska stängas av. Flertalet talade med föräldrar om rekommendationer för hur skärmarna används, att barnen inte ska titta ensamma utan tillsammans med föräldern och att det de ser på ska vara anpassat utifrån barnets ålder. Några specialistsjuksköterskor sa att skärmtiden kunde påverka barnens utveckling och att barnvårdscentraler hade ett ansvar att informera om detta. Vidare att det ska finnas en balans mellan skärmtid och andra aktiviteter, att skärmtiden inte får ta tid från annat och innebära till exempel mindre samtal, bokläsningen, mer stillasittande och då ökad risk för övervikt. Två specialistsjuksköterskor poängterade att barnen inte bör se på skärmar på kvällstid för att de påverkar deras sömnkvalitet.

"Små barn under ett år ska inte titta över huvud taget och lite större barn vid två år då ska de tillbringa man en timme framför tv-skärmen och sen när det stora barnet är fyra år så får de tillbringa två timmar." (6)

"Så man uppmuntrar till bra skärmtid och den kan ju vara tillsammans med föräldern om man tittar på något och samtalar kring det då är det ju stimulerande, mer än att man kanske bara sätter barnet framför någonting som de inte förstår eller så." (4)

Föräldraansvar

Föräldrar har ansvar för att ta del av rekommendationer och omsätta dem i praktiken när det kommer till barnens skärmtid, uppgav flertalet av specialistsjuksköterskorna. Föräldraansvaret innefattade att skapa sunda skärmvanor för barnen och att föräldrarna själva uppmanades att se över sitt användande då de är förebilder för sina barn och att barnen gör så som föräldrarna gör. Specialistsjuksköterskorna uppgav att föräldrar i varierande grad var medvetna om eventuellt effekter av barnens skärmtid. De talade om att föräldrar kunde använda skärmen som en avlastning i vardagen, för att till exempel kunna laga mat eller få en ledig stund eller att de såg skärmtid som positivt för barnen och deras utveckling. Specialistsjuksköterskorna talade om att gemensamt tittande kunde vara positivt och att det fanns andra goda effekter av skärmtid. Specialistsjuksköterskorna talade om att stötta föräldrar i deras val.

"Så det handlar ju mycket om hur vi vuxna, om hur vi använder det här med digital tid och skärmar. Vi är ju verkligen förebilder för våra barn." (1)

”En del är ju det [medvetna] men vissa tar ju väldigt mycket, kan använda det som barnvakt eller att dom sätter babysittern framför tv:n eller så och tycker liksom, ser inte att det kan vara en nackdel utan ser det som mycket positivt.” (9)

”Den finns ju föräldrar som vill att deras barn inte ska ha någon skärmtid alls och det får man stötta, men samtidigt förklara att det är inte farligt med lite skärmtid. Det finns jättemycket bra pedagogiska saker att lära sig med skärmen också så man behöver inte vara jätterädd för det.” (8)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att, på barnavårdscentral, samtala med föräldrar om barns skärmtid, vilket framkommit med hjälp av semistrukturerade intervjuer (36) och de berättelser som specialistsjuksköterskorna gav.

Kvalitativ design valdes för att undersöka specialistsjuksköterskors egna erfarenheter kring att samtala med föräldrar om barns skärmtid på barnavårdscentral då den bedömts vara den mesta relevanta metoden för att kunna fånga deras erfarenheter och ge ett trovärdigt resultat. Ansatsen var induktiv, att dra slutsatser av deltagarnas erfarenheter som de berättades och inte utifrån till exempel en teoretisk referensram (36).

Vald urvalsmetod var strategiskt urval för att svara an på syftet med de som hade erfarenheter av att arbeta med samtal om skärmtid inom BHV och som således kunde svara på frågeställningen (36). Förfrågan om deltagande skickades till barnavårdscentraler för att nå specialistsjuksköterskor med ett års arbetslivserfarenhet för intervjuer.

För att få en bredd i urvalet inkluderades specialistsjuksköterskor i olika åldrar, mellan 34-57 år, med olika lång arbetslivserfarenhet, 1-11år, från två olika kommuner i västra Sverige och från områden med stora socioekonomiska skillnader. En begränsning är att antalet deltagare endast var nio stycken samt att resultatet kan vara en spegling av en något äldre generation specialistsjuksköterskor och i och med att yngre börjar inom yrket kan inställningen till skärmtid förändras då de själva är vana vid användandet. Samtliga deltagare var kvinnor, men detta bedöms vara fallet på majoriteten av barnavårdscentralerna generellt sett. Urvalet bedöms ha en god variation. En god variation ökar studiens giltighet, studiens resultats sanningshalt (37, 40). Samtliga deltagare var från privat finansierade barnavårdscentraler och det hade varit önskvärt med deltagare från offentligt finansierade barnavårdscentraler. Skillnader mellan

privata och offentliga barnavårdscentraler bedöms ändå vara relativt låg då de utgår ifrån samma nationella program och arbetsmaterial. Det hade varit önskvärt att kunna inkludera deltagare från barnavårdscentraler i centrala delar av staden, men detta kunde inte uppnås då de barnavårdscentraler i centrum som tillfrågades inte svarade eller tackade nej.

Det var initialt svårt att hitta deltagare att intervjua. Totalt tjugo barnavårdscentraler kontaktades via telefon eller mail, av dem var tretton privat- och sju offentligt finansierade. Därefter svarade sju ja och samtliga av dem var privat finansierade. Varför inte offentligt finansierade tackade ja till deltagande är inte känt. De anledningar som uppgavs var tidsbrist och att de inte kunde ta emot oss nu. Dock uppgav inte alla som tackade nej någon anledning. Svar erhöles inte från alla tillfrågade barnavårdscentraler. På grund av att en tillfrågad tionde deltagare inte kunde medverka förens den planerade intervjuperiodens slut exkluderades deltagaren. Detta bedöms inte ha påverkat resultatet.

För att på bästa sätt fånga specialistsjuksköterskornas erfarenheter valdes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod, dels för att hålla ett fokus, en struktur, för att svara på syftet och dels för att ge de intervjuade möjlighet att tala fritt kring ämnet (36). Semistrukturerade intervjuer möjliggjorde att författarna kunde ställa följdfrågor för att på så sätt kunna förtydliga och undvika missförstånd. Nackdelar med semistrukturerade intervjuer är att det kräver tid av den som deltar i intervjun (40), dock så valde författarna att åka till de som intervjuades för att inte uppta ytterligare av deltagarnas tid.

Intervjuguiden (Bilaga 4) godkändes av handledaren innan intervjuerna utfördes och bestod av två huvudfrågor med underordnade frågor som gav de intervjuade möjlighet att tala fritt. Följdfrågorna ställdes för att förtydliga eller utveckla svaren (40). De intervjuade svarade fylligt på samtliga frågor.

Intervjuerna genomfördes utav båda författarna var för sig vilket har sina fördelar och bister. Fördelar i form av att det är en som intervjuas och en som intervjuar och således en jämn fördelning och inte någon obalans i makten mellan de två parterna (40). Brister finns i form av att tillförlitligheten kan minska då följdfrågorna kan variera mellan författarna (40), men när intervjuerna lyssnas igenom ställdes inte så varierade följdfrågor och intervjuerna är relativt lika. Första intervjun hölls tillsammans, en författare intervjuade och en lyssnade för att ge likheter i de fortsatta intervjuerna. Om författarna hållit samtliga intervjuer tillsammans hade de kunnat ge varandra stöd och den ena hade kunnat ställa frågor och den andra hade lyssna aktivt (40).

Intervjuerna varade mellan 6-16 minuter, med ett medelvärde av 10 minuter, vilket är en kort tid som i sin tur skulle kunna påverka trovärdigheten i resultatet (36). Intervjuguiden följdes och samtliga frågor besvarades och den korta intervjutiden ses

inte som ett problem. Syftet och frågeställningen besvarades av det insamlade intervjumaterialet och kunde analyseras från samtliga intervjuer. Nio deltagare intervjuades och efter ett par intervjuer kunde likheter ses i svaren vilket bedömdes skulle räcka för analysen.

Kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (37) användes som metod för att analysera intervjuerna. Intervjuerna transkriberades av den författare som genomfört intervjun. Alla delar av analysprocessen genomfördes därefter tillsammans var för sig och sedan i en dialog, därefter tillsammans med handledare för att öka trovärdigheten (36-37). En manifest analys valdes av textinnehållet, till skillnad från det latent, för att det är lämpligt då författarna har begränsad erfarenhet av analysarbete (37).

Studiens trovärdighet talar om huruvida studiens resultat är att lita på; att datainsamling och analys är genomförd på ett korrekt och transparent sätt. För att studien kan upprepas i liknande kontext och på liknande deltagare och få motsvarande resultat (36). Metod och urval är tydligt beskrivet i studien. Med tanke på den begränsade erfarenhet av forskning som författarna besitter är det möjligt att studiens trovärdighet påverkas negativt. Vald metod, kvalitativa intervjuer, gynnas av lång erfarenhet hos den som intervjuar (40), men då detta inte var fallet i denna studie skulle resultatet kunnat bli fylligare med en mer erfaren intervjuare. Möjligheten att få resultatet bekräftat, att analysen är korrekt genomförd, är viktigt i kvalitativ forskning (36). I och med stöd från handledare i analysarbetet kan analysen ses som pålitlig. Citat från samtliga intervjuer presenterades i resultatet för att läsaren själv ska kunna bilda sig en uppfattning av materialet och bedöma studiens trovärdighet (37).

Det är av stor vikt för ett arbetes kvalitét att redovisa författarnas förförståelse för att ge transparens och möjliggöra en objektiv bedömning (41). Interesse för att skriva om ämnet väcktes då diskussioner kring barns skärmtid först i media och på sociala medier. Uppfattningen var att debatten var relativt vinklad mot att skärmtid var negativt för barnens hälsa och utveckling. Denna uppfattning förkastades och byttes mot en strävan efter att hålla ett öppet sinne genom hela arbetet. Arbetet med studien påbörjades genom att söka fram information i form av tidigare forskning för att skapa sig en bild av hur forskningsläget såg ut i dagsläget. Detta utan att läsa allt för mycket och få en statisk och fastslagen uppfattning om hur det ser ut och inte vara öppna för nya perspektiv (42). Under hela arbetet har en reflektion först över författarnas förförståelse och en strävan efter att arbetet inte ska färgas av den.

Styrkor i studiens valda metod finns i urvalet med en bredd i deltagarnas ålder, arbetslivserfarenhet, samt skillnader i de socioekonomiska förutsättningarna i de områdena deltagarna arbetade i. Valet av semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod visade sig vara adekvat då svaren från deltagarna svarade på

syftet. Antalet nio stycken intervjuer, gav en bredd från datamaterialet och således en god grund för analysen.

Svagheter i vald metod var att författarna hade begränsad erfarenhet av att genomföra kvalitativa intervjustudier. En annan svaghet var att deltagare endast var från privatfinansierade barnavårdscentraler och från utkanter av centrala delar av städer. Intervjutiden blev kort, och en erfaren intervjuare skulle kunna ha fått fylligare intervjuer, som varat längre.

Resultatdiskussion

Resultatet besvarade syftet och frågeställningen genom de svar som specialistsjuksköterskorna gav under intervjuerna, med att undersöka deras erfarenheter av att, på barnavårdscentral, samtala med föräldrar om barns skärmtid. Specialistsjuksköterskornas erfarenheter speglas i resultatet och har kunnat beskrivas. I samtliga intervjuer belystes ett familjefokuserat förhållningssätt hos specialistsjuksköterskorna, i deras förhållningssätt till möjligheter och hinder för hälsosamtalen och de råd och stöd de ger till föräldrarna.

Resultatet diskuteras utifrån den teoretiska referensramen, de tre begreppen familjefokuserad omvårdnad (32), det hälsofrämjande samtalet (33) samt *self-efficacy* (35).

Familjefokuserad omvårdnad

Den familjefokuserade omvårdnaden innebär att familjers resurser och styrkor identifieras tillsammans med familjen och den professionella för att de sedan ska användas för att möjliggöra en god hälsoutveckling (32). De intervjuade specialistsjuksköterskorna visade på möjligheter i hälsofrämjande arbete genom att använda sig av familjefokuserad omvårdnad. Detta genom att de strävade efter att möta familjerna med en öppenhet inför deras unika situation, tillvarata deras kunskaper och motivation (32). Inom den familjefokuserade omvårdnaden ligger upprättande att ett partnerskap i centrum, en dialog mellan jämbördiga parter, (32-33) och detta strävade de intervjuade specialistsjuksköterskorna efter att uppnå tillsammans med föräldrarna. En välfungerande professionell relation med och att känna stöd från den familjefokuserade specialistsjuksköterskan har visat sig ha stor betydelse för föräldrars upplevelse av vården som god (43).

De intervjuade specialistsjuksköterskorna uttryckte att de behövde mer information och utbildning för att kunna arbeta optimalt med skärmtid. Specialistsjuksköterskorna behöver vara välinformerade och kunniga inom ämnet skärmtid för att kunna ge evidensbaserad information och rådgivning till föräldrar, detta poängteras även i distriktssköterskans kompetensbeskrivning (30). En förutsättning för familjefokuserad

omvårdnad är att kunna ge föräldrar generell information om det aktuella ämnet i form av samtal, föräldragrupper och broschyrer och även specifik information i relation till familjen och barnens unika situation (43).

Det finns nyligen uppdaterad information och rekommendationer i Rikshandboken (4) samt en ny broschyr från barnläkaren Hugo Lagercrantz (13). Flera av specialistsjuksköterskorna kände inte till denna nyligen uppdaterade informationen utan gav föräldrade rekommendationer så som en specifik tidsram relaterat till barnens ålder. Information om det nya materialet bör kommuniceras tydligare och specialistsjuksköterskorna bör ta del av det för att kunna ge en ökad evidens och förbättrad familjefokuserad vård. Specialistsjuksköterskorna gav ändå råd utefter familjernas situation, men när de tar del av det nya materialet kan det familjefokuserade hälsoarbetet om skärmtid utvecklas ytterligare. I det nya materialet (4) inkluderas hela familjen och med en kunskapsbas i detta kan specialistsjuksköterskorna finna evidensbaserad information och genom detta utveckla sitt familjefokuserade arbetssätt (43).

Hälsofrämjande samtal

Det hälsofrämjande samtalet ingår i den familjefokuserade omvårdnaden som ett centralt verktyg för specialistsjuksköterskans hälsofrämjande arbete (33) och de specialistsjuksköterskor som intervjuades använde sig av detta verktyg. Likaväl som i arbetet med familjefokuserad omvårdnad var det viktigt att slå an en positiv ton för att ge ett gott hälsosamtal (32). Specialistsjuksköterskorna hade det familjefokuserade perspektivet i ryggen när de mötte hinder i samtalet så som att föräldrarnas åsikter inte delades med specialistsjuksköterskornas eller att specialistsjuksköterskorna inte ville att det skulle vara som att de ville styra i familjen. De ville öppna upp för samtalet och skapa en dialog (32-33). De gånger föräldrar tog initiativ till samtal om skärmtid tog specialistsjuksköterskorna tillvara på denna motivation och kunde påbörja ett neutralt hälsosamtal med utgångspunkt i familjens situation (32), vilket tolkas som ett användande av det hälsofrämjande samtalet inom familjefokuserad omvårdnad.

Specialistsjuksköterskornas erfarenhet var att tidsbrist var ett hinder för hälsosamtalet om skärmtid. Dock har det visat sig att även det korta familjefokuserade hälsosamtalet är gynnsamt då det väcker en reflektion hos föräldrarna och kan bidra till en god utveckling för barnet (33). Vilket ger specialistsjuksköterskorna en god anledning att ta upp skärmtid även om det samtalet blir kort.

Specialistsjuksköterskorna berättade att samtalet om skärmtid kunde vara känsligt att ta upp med föräldrar då det kan vara skuldbelagt. De tog upp föräldragrupper som ett forum där skärmtid kunde samtalas om utan att peka ut några individer och därför minska känsligheten. Dock uttryckte de som arbetade på barnavårdscentraler i socioekonomiskt utsatta områden uttryckte att det var svårt att få ihop föräldragrupper. I Sverige erbjuds nästan alla föräldrar deltagande i föräldragrupper, men deltagande

ligger på 40 procent (44). De som främst deltar är välutbildade medelklassmödrar medan det var svårare att få fäder, lågutbildade, invandrade, ensamstående och arbetslösa föräldrar att delta. Antalet deltagare varierar stort mellan barnvårdscentraler i olika områden (44). Även detta bekräftades av de intervjuade specialistsjuksköterskorna. De föräldrar som deltar i föräldragrupper är generellt sett nöjda med den information de får, ser det som meningsfullt och ett forum för att knyta nya kontakter. Studier visar att det är gynnsamt för de mer utsatta samhällsgrupperna, de som har lägst deltagande, att delta i föräldragrupper. Att rikta extra insatser mot att öka de gruppernas deltagande vore gynnsamt för folkhälsan (44). En möjlighet för ökat deltagande i föräldragrupper ses i att till exempel ha föräldragrupper på andra språk än svenska för att öka tillgängligheten.

Tidigare forskning har inte gett något entydigt svar på huruvida familjens socioekonomiska status påverkar barnens skärmtid (6, 10). De intervjuade specialistsjuksköterskorna hade socioekonomi i bakhuvudet när de samtalande med föräldrarna, i de socioekonomiskt utsatta områdena tog de i lägre grad upp och samtalande om skärmtid då familjerna hade andra, mer akuta, problem att samtala om, medan i de välbärgade områdena togs ämnet inte upp då föräldrarna redan ansågs vara insatta och inte i behov av mer information. Ett tydligt samband mellan socioekonomisk status och barns skärmtid har inte bekräftats (10) och specialistsjuksköterskorna bör sträva efter att inte låta förutfattade tankar påverka om samtalet om skärmtid äger rum eller inte. Alla familjer bör få lika mycket information och vägledning, oavsett bakgrund. Att ge stöd till föräldrar oberoende av hur medvetna de är kring eventuella konsekvenser av barnens skärmtid, oavsett om de är väldigt insatta eller inte, är en essentiell uppgift för specialistsjuksköterskan inom barnhälsovården. Föräldrar måste få stöd och stöttning oavsett utgångsläge (45), i enlighet med den familjefokuserade omvårdnaden (32). Det är viktigt att inte fastna i föreställningar kring föräldrars medvetenhet och den kunskap de antas besitta.

Specialistsjuksköterskorna hade erfarenheten att samtalet om skärmtid inte kom upp som en punkt i barnhälsovårdsprogrammet tidigt nog i barnens liv. När det kom upp i barnhälsovårdsprogrammet, vid 18-månaders ålder, så togs det upp i form av en fråga, vilket specialistsjuksköterskorna tyckte var för lite. En specialistsjuksköterska föreslog att skärmtid kunde finnas som en punkt vid tremånaders-besöket. Barnen utvecklas vid den åldern och blir mer medvetna om sin omvärld, utvecklar sin syn och kan ta in rummet (46). Ämnet bör få en tydlig plats i barnhälsovårdsprogrammet tidigare i barnens liv för att ge bättre förutsättningar för att ge föräldrar möjlighet att reflektera över sitt och barnens användande så att de är förberedda när barnen själva visar intresse för skärmar (4).

Self-efficacy

Self-efficacy används som ett arbetsverktyg för att stötta och arbeta hälsofrämjande med föräldrar och deras möjligheter till att ge sina barn en god uppväxt. *Self-efficacy* används för att stärka och stötta föräldrars förmågor till att genomföra hälsoförändringar och bibehålla den inslagna vägen (35).

Föräldrar har ett ansvar att ge sina barn goda möjligheter till en hälsosam uppväxt (23). Specialistsjuksköterskorna poängterade föräldrars ansvar gällande barnens skärmtid och att de vanor barnen utvecklar kring skärmtid ska vara hälsosamma. Föräldrars förmågor att sätta gränser för skärmtiden togs upp som en viktig aspekt. Föräldrar med en högre *self-efficacy* har visat sig vara bättre på att sätta gränser för barnens skärmtid (2, 11, 17-18, 26). Att stödja föräldrars och deras *self-efficacy* kan vara en väg att bidra till att de kan sätta gränser för sina barns skärmtid och stötta dem i att få en hälsosam relation till skärmar (47). Specialistsjuksköterskorna poängterade vikten av gränser för skärmtid för att det inte ska ta tid från andra aktiviteter och då få negativa hälsokonsekvenser som följd, till exempel stillasittande och att tid tas från socialt samspel. Detta framhålls även i de nationella riktlinjerna på Rikshandboken om barn och skärmtid (4). Föräldrar kan uppmuntras att säga nej till barnens önskemål och skärmtid och istället komma med förslag på andra aktiviteter, dels för att minska barnens skärmtid, dels för att få barnen att vara mer fysiskt aktiva, och dels för att öka föräldrars *self-efficacy* (47).

För att stärka sin *self-efficacy* finns det en rad punkter att använda sig av: att själv ta upp sina tankar kring ämnet, att ta del av andras erfarenheter, att dela förslag och ta emot andras förslag (35). Detta kan specialistsjuksköterskorna använda sig av i föräldragrupper där skärmtid diskuteras och där igenom öka föräldrars *self-efficacy* kring att styra barnens skärmtid mot en hälsosam balans. I föräldragrupperna kan föräldrarna dela sina egna tankar och förslag och ta det av andra föräldrars tankar och förslag, vilket i sin tur kan öka deras upplevda *self-efficacy* (47).

Överförbarheten, att resultaten kan överföras till ett större sammanhang (36), av denna studie bedöms som relativt stor då samtliga specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården, på barnhälsovårdscentraler, använder sig av samma nationella program, Rikshandboken, som bas i sin verksamhet, oavsett om de är offentligt eller privat finansierade.

Fortsatt forskning inom barns skärmanvändande behövs då ingen vet hur det kan tänkas påverka i framtiden. Att undersöka långtidseffekter av olika typer av skärmanvändande vore intressant. Ett annat intressant forskningsämne skulle vara att undersöka föräldrars erfarenheter av att samtala om deras barns skärmtid, eller att undersöka hur samtalen fungera inom en föräldragrupp.

Slutsats

Specialistsjuksköterskorna samtalar med föräldrar om barns skärmtid på barnhälsovårdscentralen. De har dock erfarenheten att det inte tas upp tidigt nog i barnens liv utifrån barnhälsovårdsprogrammet så de får själva lyfta ämnet skärmtid då de ser ett behov av hälsosamtal om det. Skärmtid kan vara känsligt att prata om men om föräldrarna hade kunskap och var insatta minskade detta hinder. Föreställningar hos specialistsjuksköterskorna om socioekonomiska förhållanden inverkar på om samtal om skärmtid fördes. Specialistsjuksköterskorna betonade föräldrars ansvar över sina barns skärmtid och att föräldrarna ska kunna sätta gränser.

Specialistsjuksköterskorna poängterade sin familjefokuserade roll i att stötta familjer för att gynna en hälsosam utveckling för barnen. Den rådgivning som gavs var utifrån den unika familjens situation. Specialistsjuksköterskorna visade sig inte vara fullt uppdaterade inom de senaste riktlinjerna för barns skärmtid och gav något daterade råd.

Kliniska implikationer

Denna studie har gett ökad kunskap om hur specialistsjuksköterskor erfar samtal om barns skärmtid med föräldrar inom barnhälsovården. Resultatet har ökat kunskapen om hur arbetet med skärmtid ser ut på barnhälsovårdscentral och hur det behöver utvecklas. Specialistsjuksköterskor som tar del av studien kan förhoppningsvis utveckla sin kunskap om barns skärmtid och känna att de har evidens i ryggen när de arbetar med det, i exempel föräldragrupper. Det vore önskvärt om barnhälsovårdens frågeformulär utvecklades för att möta specialistsjuksköterskornas efterfrågan om att skärmtid tas upp tidigare i barnens liv.

Referenslista

1. Vanderloo LM. Screen-viewing among preschoolers in childcare: a systematic review. *BMC pediatrics*. 2014;14:205.
2. Veldhuis L, van Grieken A, Renders CM, Hirasing RA, Raat H. Parenting style, the home environment, and screen time of 5-year-old children; the 'be active, eat right' study. *PloS one*. 2014;9(2):e88486.
3. Statens Medieråd. Småungar och medier 2015. Fakta om små barns användning och upplevelser av medier [Internet]. Stockholm: Statens medieråd; 2014 [Uppdaterad 2015; citerad: 2016-09-12]. Hämtad från: <http://statensmedierad.se/download/18.7a953dba14fef1148cf3a0e/1442841273052/Småungar-och-medier-2015.pdf>
4. Bergström M. Digitala medier [Barn och media] [Internet]. Stockholm: Rikshandboken i barnhälsovård; 2016 [Uppdaterad 2016-03-11; citerad 2016-09-12]. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barn-och-media/Digitala-medier/>
5. Santaliestra-Pasias AM, Mouratidou T, Verbestel V, Bammann K, Molnar D, Sieri S, et al. Physical activity and sedentary behaviour in European children: the IDEFICS study. *Public health nutrition*. 2014;17(10):2295-306.
6. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Harrington A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2013;10:102.
7. Lampard AM, Jurkowski JM, Davison KK. The family context of low-income parents who restrict child screen time. *Childhood obesity (Print)*. 2013;9(5):386-92.
8. De Decker E, De Craemer M, De Bourdeaudhuij I, Wijndaele K, Duvinage K, Koletzko B, et al. Influencing factors of screen time in preschool children: an exploration of parents' perceptions through focus groups in six European countries. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2012;13 Suppl 1:75-84.
9. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Font M, Harrington A, Taromino C, et al. Association of Screen Time Use and Language Development in Hispanic Toddlers: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *Clinical Pediatrics*. 2013;52(9):857-65.
10. Hinkley T, Salmon J, Okely AD, Crawford D. The correlates of preschoolers' compliance with screen recommendations exist across multiple domains. *Preventive medicine*. 2013;57(3):212-9.
11. Carson V, Janssen I. Associations between factors within the home setting and screen time among children aged 0-5 years: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2012;12:539.
12. American Academy of Pediatrics. Council on Communication and Media. Media Use by Children Younger Than 2 Years.; 2011. Contract No.: 5.
13. Lagerkrantz. H. Små barn, tv och digitala medier. Stockholm: Gothia utbildning AB; 2016.
14. Magee CA, Lee JK, Vella SA. Bidirectional relationships between sleep duration and screen time in early childhood. *JAMA pediatrics*. 2014;168(5):465-70.
15. Sijtsma A, Koller M, Sauer PJ, Corpeleijn E. Television, sleep, outdoor play and BMI in young children: the GECKO Drenthe cohort. *European journal of pediatrics*. 2015;174(5):631-9.

16. Vijakkhana N, Wilaisakditipakorn T, Ruedeekhajorn K, Pruksananonda C, Chonchaiya W. Evening media exposure reduces night-time sleep. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2015;104(3):306-12.
17. Hesketh KD, Hinkley T, Campbell KJ. Children's physical activity and screen time: Qualitative comparison of views of parents of infants and preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9:152.
18. Xu H, Wen LM, Rissel C. Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *Journal of obesity*. 2015;2015:546925.
19. Xu H, Wen LM, Rissel C. Associations of maternal influences with outdoor play and screen time of two-year-olds: Findings from the Healthy Beginnings Trial: Maternal influences on play/screen time. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2014;50(9):680-6.
20. Socialstyrelsen. Insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar – en systematisk översikt [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013 [Uppdaterad 2013-10-24; citerad 2016-09-12]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19230/2013-10-24.pdf>
21. Fröberg A, Raustorp, A. Klena bevis för att stilla-sittande ger kardiometabol ohälsa hos unga. *Läkartidningen*. 2015(112):25-6.
22. Yilmaz G, Demirli Caylan N, Karacan CD. An intervention to preschool children for reducing screen time: a randomized controlled trial. *Child: care, health and development*. 2015;41(3):443-9.
23. Föräldrabalk (1949:381) [Internet]. Stockholm: Justitiedepartementet [citerad 2016-09-12]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381
24. Jago R, Thompson JL, Sebire SJ, Wood L, Pool L, Zahra J, et al. Cross-sectional associations between the screen-time of parents and young children: differences by parent and child gender and day of the week. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2014;11:54.
25. Carson V, Stearns J, Janssen I. The Relationship Between Parental Physical Activity and Screen Time Behaviors and the Behaviors of their Young Children. *Pediatric exercise science*. 2015;27(3):390-5.
26. Downing KL, Hinkley T, Hesketh KD. Associations of Parental Rules and Socioeconomic Position With Preschool Children's Sedentary Behaviour and Screen Time. *Journal of physical activity & health*. 2015;12(4):515-21.
27. Lampard AM, Jurkowski JM, Davison KK. Social-cognitive predictors of low-income parents' restriction of screen time among preschool-aged children. *Health education & behavior* : the official publication of the Society for Public Health Education. 2013;40(5):526-30.
28. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad: 2016-09-12]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
29. Magnusson MT, J. Blennow, M. Reuter, A. 10 månader. [Barnhälsovårdsprogrammet - åldrar] [Internet] Stockholm: Rikshandboken; 2014 [uppdaterad 2014-10-01; citerad 2016-09-12]. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Barnhalsovardsprogrammet-aldrar/10-manader/>
30. Distriktssköterskeföreningen. Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska [Internet]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2005 [uppdaterad 2008; citerad 2016-09-20]. Hämtad från:

<http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterksa.kompbeskr.webb.pdf>

31. Svensk sjuksköterskeförening. Familjefokuserad omvårdnad [Internet]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2015 [uppdaterad 2015-02; citerad 2016-09-20]. Hämtad från: <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>
32. Feeley N, Gottlieb LN. Nursing Approaches for Working With Family Strengths and Resources. *Journal of Family Nursing*. 2000;6(1):9-24.
33. Benzein EG, Hagberg M, Saveman BI. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health- promoting conversations with families. *Nursing Inquiry*. 2008;15(2):106-15.
34. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014 [uppdaterad 2014-04-04; citerad 2016-09-20]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>
35. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
36. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
37. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
38. Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2002 [uppdaterad 2002; citerad 2016-09-20]. Hämtad från: http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
39. Cöster H. *Forskningsetik och ömsesidighet: vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber; 2014.
40. Trost J. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur; 2010.
41. Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber; 2011.
42. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström Pettersson M. *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.; 2008.
43. Fordham L, Gibson F, Bowes J. Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services: Information and professional support. *Child: care, health and development*. 2012;38(5):647-53.
44. Lefevre A, Lundqvist P, Drevenhorn E, Hallstrom I. Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want? *JOURNAL OF CHILD HEALTH CARE*. 2016;20(1):46-54.
45. Magnusson M, Blennow M, Hagelin E, Sundelin C. *Barnhälsovård: att främja barns hälsa*. Stockholm: Liber; 2016.
46. Havnesköld L, Risholm Mothander P. *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber; 2009.
47. Jago R, Wood L, Zahra J, Thompson JL, Sebire SJ. Parental Control, Nurturance, Self-Efficacy, and Screen Viewing among 5- to 6-Year-Old Children: A Cross-Sectional Mediation Analysis To Inform Potential Behavior Change Strategies. *CHILDHOOD OBESITY*. 2015;11(2):139-47.

Bilagor

Bilaga 1.



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Bakgrund. Vi är två studenter som utbildar oss till specialistsjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska vid Göteborgs Universitet. Ämnet barns användning av digitala medier och skärmtid är väldigt aktuellt och det har i forskning framkommit dels fördelar och dels nackdelar med användandet. Att ta del av digitala medier är en självklar del i många liv och detta även för allt yngre barn. Forskning har främst bedrivits på lite äldre barn, i skolåldern, men då användandet går ner i åldrarna vill vi undersöka hur det ser ut på barnavårdscentral, BVC. En roll som BVC har är att stödja föräldrarna i hur de ska hantera och reglera sina barns skärmtid.

Syfte. Att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att, på BVC, samtala kring digital medieanvändning och skärmtid.

Förfrågan om deltagande. Vi vänder oss till dig som specialistsjuksköterska på BVC och har arbetat mer än 1 år på BVC. Vi är intresserade av dina erfarenheter av kontakten med barn och föräldrar kring ämnet digitala medievanor och skärmtid. Vi har fått dina kontaktuppgifter genom att vända oss till olika verksamhetschefer på Barnavårdscentraler. Verksamhetschef och/eller vårdenhetschef har godkänt att studien utförs.

Hur går studien till. Om du är intresserad av att delta i studien kommer en av oss göra en personlig intervju, på tid och plats efter önskemål. Du behöver inte göra några specifika förberedelser. Intervjun beräknas att ta 30 minuter och spelas in på en ljudfil för att senare skrivas ut och analyseras. Resultatet av studien redovisas senare i form av ett examensarbete, en magisteruppsats, på avancerad nivå till distriktsjuksköterska, vid Göteborgs Universitet.

Vilka är riskerna. Vi ser inga risker med ett deltagande, men det kan vara möjligt att vi berör ämnen som du kan uppleva som känsliga. Du väljer själv vad du vill prata om under intervjun och vad just du sagt kommer inte gå att identifiera i det färdiga resultatet.

Finns det några fördelar. Genom deltagande i studien är vår förhoppning att du som specialistsjuksköterska ska få berätta om de åsikter föräldrar uttrycker om barnens medieanvändning och skärmtid. Studiens resultat kan utveckla och förbättra det hälsofrämjande arbetet på Barnvårdscentralen kring små barns användande av digital medieanvändning och skärmtid.

Hantering av data och sekretess? Allt datamaterial kommer att förvaras inlåst på ett säkert sätt och det du säger i intervjun kommer inte att kunna kopplas ihop med dig eller din arbetsplats, utan kommer att behandlas konfidentiellt. Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet. Endast de ansvariga för studien har tillgång till datamaterialet och ingen obehörig kan få tillgång. Allt insamlat material förstörs efter examensarbetet är godkänt av examinator.

Hur får jag information om studiens resultat? Om du önskar ta del av resultatet av studien går det bra att skicka ett mail till författarna som då skickar uppsatsen när den är färdigställd. Uppsatsen kommer även att publiceras på Göteborgs Universitets uppsatsportal: gupea.ub.gu.se.

Ersättning. Ingen ersättning kommer att utgå som är kopplat till studien.

Frivillighet. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst, utan förklaring avbryta ditt deltagande. Om du skulle avbryta din medverkan kommer allt material att förstöras, som kontaktuppgifter, ljudfil och textutskrift.

Ansvariga för studien

Johanna Hansson, leg sjuksköterska

Mail: guswhalwjo@student.gu.se

Tel: xxxx-xx xx xx

Anna Glansberg, leg, sjuksköterska.

Mail: gusglaan@student.gu.se

Tel: xxxx-xx xx xx

Lektor och handledare

Margaretha Jenholt Nolbris, universitetslektor vid Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa.

Mail: margaretha.nolbris@fhs.gu.se

Bilaga 2.



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Information till Verksamhetschef och Vårdenhetschef.

En magisteruppsats - Att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att arbeta hälsofrämjande kring digital medieanvändning och skärmtid på BVC

Hej! Vi är två studenter som utbildar oss till specialistsjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska vid Göteborgs Universitet. Ämnet barns användning av digitala medier och skärmtid är väldigt aktuellt och det har i forskning framkommit dels fördelar och dels nackdelar med användandet. Att ta del av digitala medier är en självklar del i många liv och detta även för allt yngre barn. Forskning har främst bedrivits på lite äldre barn, i skolåldern, men då användandet går ner i åldrarna vill vi undersöka hur det ser ut på barnavårdscentral, BVC. En roll som BVC har är att stödja föräldrarna i hur de ska hantera och reglera sina barns skärmtid.

Syfte. Att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att, på BVC, samtala kring barns digitala medieanvändning och skärmtid.

Godkännande. Vi vänder oss till dig som Verksamhetschef och/eller Vårdenhetschef på Vårdcentral/BVC för att erhålla godkännande för att genomföra en studie som ska ligga till grund för vårt examensarbete, en magisteruppsats.

För att studien ska kunna genomföras behövs ett skriftlig godkännande av Verksamhetschef. Ett godkännande per mail räcker för att få göra studien.

Till deltagare skickas ett Forskningspersonsinformationsbrev. Detta finner du som bilaga.

Ansvariga för studien

Johanna Hansson, leg sjuksköterska

Mail: guswhalwjo@student.gu.se

Tel: xxxx-xx xx xx

Anna Glansberg, leg, sjuksköterska.

Mail: gusglaan@student.gu.se

Tel: xxxx-xx xx xx

Lektor och handledare

Margaretha Jenholt Nolbris, universitetslektor vid Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa.

Mail: margaretha.nolbris@fhs.gu.se

Bilaga 3.



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Proprefekt Carina Sparud Lundin

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6389

E-post: carina.s-lundin@fhs.gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2016-xx-xx

1 / 2

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet, samt fristående kurser som leder till magister och masterexamen. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ masterexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänts av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Carina Sparud Lundin

www.caresci.gu.se

Bilaga 4.

Intervjuguide.

Syfte: Att undersöka specialistsjuksköterskors erfarenheter av att, på BVC, samtala kring barns digitala medieanvändning och skärmtid.

Frågor:

Hur samtalar du med föräldrar kring barns digitala medievanor och skärmtid här på barnvårdscentral?

Uttrycker föräldrar ett behov av att samtala om detta? När? Varför inte tror du?

Upplever du att det finns förutsättningar för samtalet?

Upplever du att det finns hinder?

Upplever du samtalsämnet som känsligt att ta upp med föräldrarna?

Vilka rekommendationer eller råd ger du till föräldrar ang. små barn och skärmtid?

Anser du att det finns ett tillräckligt underlag för att ge råd?

Vad för underlag använder du dig av?

Anser du att föräldrarna är medvetna hur skärmtid kan påverka deras barn på olika sätt?

Är det något du skulle vilja tillägga?

Följfrågor: Berätta mer, utveckla gärna, hur menar du nu, på vilket sätt?

Upprepa det den intervjuade just sagt.